



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17745

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17745>



RESEARCH ARTICLE

HEMORRAGIE DIGESTIVE ABONDANTE REVELANT UNE TUMEUR DUODENALE: A PROPOS D'1 CAS AU SERVICE URGENCE-DECHOQUAGE CHU MOHAMED VI MARRAKECH

Leonard Bouebazebi Biantona, Mouad Ladgani, Yila Armandaind, Rhezali Manel, Hayate Errifaiy, Aboul Hassan Taoufik, Nejmi Hicham and Badr Boutakiout

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 August 2023

Final Accepted: 27 September 2023

Published: October 2023

Key words:-

Tumeur Duodenale, Hemorragie Digestive, Angio Embolisation

Abstract

Duodenal gastrointestinal tumors are very rare. Represents approximately 2% of grelic tumors [1]. The discovery is often fortuitous, through chronically evolving digestive symptoms (epigastric pain, digestive disorder, abdominal pain, mass,) or through intermittent digestive bleeding complicated by anemia [2]. But the discovery of a large digestive hemorrhage generally poses a major problem of diagnosis and emergency management because it requires adequate emergency treatment and sometimes emergency hemostasis measures. We report the observation of a duodenal tumor, revealed by a large digestive hemorrhage with hemodynamic impact in a 35-year-old male patient.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Introduction:-

Présentation et Observation:-

Il a s'agit d'un patient de 35 ans, admis pour tableau d'hémorragie digestive haute et basse faite d'hématémèse et de rectorragie le tout évoluant depuis environ 12h avant son admission. Pas de notion prise d'Ains.

Comme antécédent:

Sans particularité (Atcd chirurgicaux=0, tabac=0, pas de pathologie chronique ni tumorale chez le patient ni dans la famille)

A l'examen:

Patient conscient, GS=15, pupilles symétriques et réactives,

Instabilité hémodynamique: TA=70/40 mmhg, FC=150/mn, froideur des extrémités, pâleur cutaneomuqueuse, marbrures=0

Polypnée superficielle a 22 cycles/mn

Abdomen souple, respire bien, légère sensibilité a la palpation de la région épigastrique, pas de défense, pas d'hépatosplenomegalie.

TR: Doigtier ramenant du sang rouge vif

Ailleurs: examen clinique sans particularité.

Biologie: GB=21000/mm3, Hb=6,3 g/dl pla=363

TP=80, bilan hépatique normal, bilan rénal normal

Echographie abdominale: pas de signe d'HTP. Le reste normal

La conduite a tenir en urgence a consisté : mesures de réanimations générales faite de remplissage avec cristalloïdes a raison de 20 cc/kilo en 1h, Transfusion sanguine avec 4Culots globulaires et 4 PFC selon le rapport 1/1. Devant la persistance de l'instabilité hémodynamique et saignement, on a eu recours aux drogues vasoactives plus précisément la noradrenaline a raison de 6 mg/h en PSE pour un objectif de PAS=90 mmhg et PAM=65 mmhg. Devant la demande importante de drogues vasoactives, le patient a été intubé sédaté et ventilé.

Après stabilisation:

NFS contrôle a révélé un taux d'HB a 8,4 (pour un objectif d'HB>7). Le patient a été acheminé par la suite en salle endoscopique gastro ou une FOGD a été faite en urgence

FOGD:

Présence d'une masse d'allure sous muqueuse au delà de DII surmonté d'un ulcère en nappe.

Pas de geste d'hémostase fait pendant le geste (vue le saignement abondant)

Biopsie faite, pièce envoyée a l'anapath



Figure 1:- Image endoscopique illustrant une masse d'allure sous muqueuse au delà de DII surmonté d'un ulcère en nappe.

1 Angioscanner abdominal réalisé par la suite

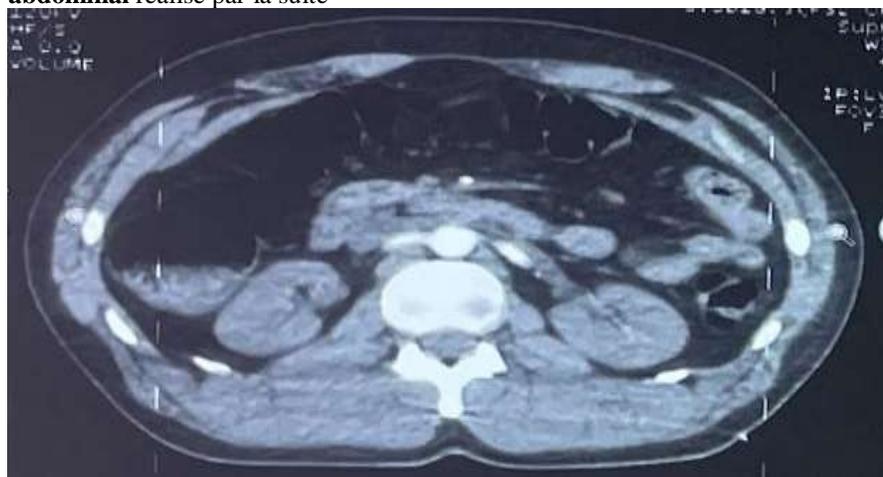


Figure 2:- Montrant un épaississement mural focal D3 bombant en endoluminal.

Afin d'optimiser la prise en charge du patient, une discussion pluri disciplinaires incluant les urgentistes-réanimateurs, gastro enterologue, chirurgiens digestifs, radiologues interventionnels a eu lieu. D'où en premier temps afin d'assurer l'hémostase d'urgence l'indication d'un traitement conservateur d'angioembolisation a été indiquée.

Le patient a bénéficié d'une angioembolisation en 3 temps : Embolisation prophylactique de l'artère gastroduodénale et ses branches de division pancréatico duodénale antero supérieure, inférieure et gastro epiplioide droite.

Bon résultat angiographique.



Figure 3:- Embolisation par Cole en 3 temps.

Evolution post angio embolisation satisfaisante: pas de saignement extériorisé, pas de déglobulisation, bilans hémostase et hépatique normaux stabilité hémodynamique. Patient extubé a H12 post embolisation et transféré a H48 d'hospitalisation en service de chirurgie viscérale pour poursuite de la seconde partie de la prise en charge chirurgicale en fonction des résultats anapath

Discussion:-

Les tumeurs duodénales sont une entité rare des tumeurs gastro intestinales. Quatre types histologiques sont généralement retrouvés a l'examen histopathologique: Adénocarcinome (40%), tumeurs stromales (25%), tumeurs neuro endocriniennes et lymphomes [1]. Dans notre cas les résultats histologiques seraient toujours en cours.

L'hémorragie digestive haute et basse intermittente compliquée d'une anémie chronique est souvent le principal symptôme révélateur des tumeurs gastro-intestinales à localisation duodénale. Chez notre patient l'hémorragie abondante a été le mode révélateur. Posant ainsi un problème de stratégie diagnostic plus difficile à résoudre car survenant dans un contexte d'urgence.

La première phase de prise en charge thérapeutique est d'assurer ou de restaurer l'hémodynamique car la perte sanguine brutale est responsable d'une baisse de la perfusion tissulaire [5]. Ainsi l'hémorragie digestive massive est une urgence absolue, relevant des mesures d'urgence et de réanimation comme ça été le cas pour notre patient qui a bénéficié l'oxygénothérapie, de transfusion des produits sanguins, drogues vasoactives.

L'hospitalisation en réanimation est recommandée devant toute hémorragie digestive haute abondante du fait du retentissement sur l'hémodynamique [5].

L'endoscopie nous a permis de repérer facilement la tumeur et d'évaluer l'hémorragie. Celle-ci montre le plus souvent une formation ulcérée saignante [3].

L'angioscanner abdominale est actuellement l'examen de référence pour le diagnostic, bilan d'extension [4].

La discussion multidisciplinaire permet de mieux ficeler les axes thérapeutiques en urgence afin d'assurer la survie du patient.

Au cours de ces dernières décennies, l'angioembolisation est devenue le traitement de première ligne dans la prise en charge des hémorragies gastro-intestinales hautes non variqueuses aiguës, réfractaires à une hémostase endoscopique []. Elle reste un atout incontournable dans un premier temps pour la réalisation d'hémostase d'urgence, avec des résultats satisfaisants.

Conclusion:-

L'hémorragie digestive massive révélant une tumeur duodénale est une entité clinique rare qui nécessite un diagnostic précoce afin de décider d'une prise en charge rapide dans l'urgence. Assurer une hémostase en urgence est bien primordiale pour la survie du patient. L'angio embolisation est une méthode sûre et efficace pour le traitement des hémorragies digestives hautes massives révélant des tumeurs gastro intestinales résistantes au traitement endoscopique, permettant le plus souvent d'éviter la chirurgie d'urgence. Ainsi la discussion pluridisciplinaire à ce sujet est très importante afin d'optimiser une prise en charge adéquate et urgente pour le patient.

Déclaration d'intérêts :

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt à divulguer

Références:-

1. Aparicio T, Zaanan A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrere N, Manfredi S, Locher C, Afchain P. Small bowel adenocarcinoma: Epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. *Dig Liver Dis* 2013;46:97-104.
2. Chung JC and al. Management and outcome of gastro-intestinal stromal tumours
3. Jason D. Jones, MD1, Stephen Oh, MBBS2, Clancy Clark, MD3, and Rishi Pawa, MBBSA Bleeding Duodenal GIST Masquerading as Refractory Peptic Ulcer Disease. Volume 3, Issue 4 | December 2016
4. Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle, imagerie des tumeurs duodénales - 05/06/20 [33-155-A-10] - Doi : 10.1016/S1879-8527(20)88432-9 A. David, E. Frampas
5. Hémorragie digestive: stratégie diagnostique et thérapeutique, SFMU 2013.