

Ulcère rectal de Dieulafoy. A propos d'un cas. Dieulafoy's rectal ulcer. Case report.

S.Miry - N.Lahmidani -A.Lamine - M.Lahlali - H.Abid - M.Elyousfi - M. El
Abkari - A. Ibrahimimi - D.Benajah

Service d'hépatogastroentérologie de CHU Hassan II de Fès Maroc
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Fès Maroc

Résumé: A propos d'un cas d'ulcère de Dieulafoy du rectum révélé par une hémorragie digestive basse grave. Il s'agit d'une localisation rare d'une affection elle-même rare, liée à l'existence d'une artériole anormalement volumineuse dans la couche sous muqueuse de la paroi digestive. La patiente a été traitée avec succès par voie endoscopique.

Mots clés : ulcère de Dieulafoy/ hémorragie digestive/ traitement endoscopique

Abstract: Case report of Dieulafoy's ulcer of the rectum revealed by a severe digestive bleeding. It's a rare localization of a rare disease which is particular by the presence of an abnormal vessel in the sub-mucosa layer of the digestive wall. The patient was successfully treated with endoscopic clips.

Keywords: Dieulafoy's ulcer / digestive bleeding / endoscopic treatment

Date of Submission: 10-04-2019

Date of acceptance: 25-04-2019

I. Introduction

L'ulcère de Dieulafoy représente une cause rare d'hémorragie digestive responsable de 1 à 2% des hémorragies digestives (1), décrit pour la première fois par Gallard en 1884 et défini par Dieulafoy en 1897(2). Il s'agit d'une anomalie vasculaire, une artériole anormalement volumineuse dans la couche sous muqueuse de la paroi digestive. La localisation préférentielle de ce type d'ulcère se trouve au niveau de l'estomac proximal, bien que des lésions identiques aient été décrites dans le reste de l'estomac, le duodénum, dans l'intestin grêle (3). La localisation recto colique de l'ulcère de Dieulafoy est exceptionnelle et son diagnostic endoscopique reste difficile.

Nous rapportons le cas d'un ulcère de Dieulafoy du rectum, diagnostiqué lors d'une endoscopie et traité avec succès par pose de clips.

Observation:

Une femme de 47 ans était hospitalisée en janvier 2019 au service de neurologie pour prise en charge d'une myélite aiguë. Cette patiente n'avait pas d'antécédents particuliers.

Au cours de son hospitalisation, la malade avait présenté des rectorragies de grande abondance avec instabilité hémodynamique. L'examen clinique montrait une tachycardie, une tension imprenable, une patiente consciente et paraplégique et au toucher rectal du sang rouge.

L'hémoglobine était à 7.4 g/dl, les plaquettes étaient correctes à 340000 et un taux de prothrombine à 78%.

L'endoscopie oeso-gastro-duodénale réalisée en premier en urgence n'avait pas montré d'anomalie. La rectosigmoidoscopie était de réalisation difficile et avait montré une muqueuse tapissée de sang jusqu'à l'angle colique droit sans individualisation de lésion. Un angioscanner a été réalisé n'avait pas montré d'extravasation de produit de contraste mais une hyperdensité spontanée au niveau du rectum correspondant probablement à du sang caillouté. Après transfusion par 2 culots globulaires, l'évolution était spontanément bonne. Une deuxième coloscopie réalisée 48 heures après l'épisode hémorragique a objectivé un gros caillot accolé à la paroi antérieure rectale non mobilisable sans lésions nettement individualisable.

Au 7^{ème} jour, les rectorragies récidivaient avec encore une instabilité hémodynamique et une déglobulisation à 7 g/dl nécessitant la transfusion par 2 culots globulaires. Une troisième endoscopie basse sous anesthésie générale permettait de visualiser des caillots de sang noirâtre pulsatile à 5cm de la marge anale : figure 1, après lavage abondant et aspiration des caillots, on a visualisé un petit ulcère millimétrique avec un saignement minime et un vaisseau visible en son sein à 4 centimètre de la marge anale. Cet ulcère évoquait fortement une lésion de Dieulafoy (figures 2). Un traitement endoscopique est alors réalisé avec mise en place de 3clips hémostatiques permettant l'arrêt du saignement (figure 3).

Les suites étaient simples sans récurrence hémorragique ou déglobulisation avec un recul de deux mois.

II. Discussion

L'ulcère de Dieulafoy est défini par la présence au niveau de la sous-muqueuse d'une artère tortueuse de calibre anormal, en regard d'une érosion de petite taille de la muqueuse. La pathogénie de cette lésion est mal connue (4). Elle se justifie par l'absence d'autres lésions muqueuses et vasculaires. L'âge moyen de survenue est entre 50 et 70 ans mais elle peut toucher l'enfant et le sujet âgé avec une prédominance masculine (sex-ratio de 2 à 5) (5).

La localisation rectale des ulcères de Dieulafoy est exceptionnelle, cette affection siégeant surtout au niveau de l'estomac 80% sont situés à moins de 6cm de la jonction œso-gastrique (5,6). Quelques cas de localisations œsophagiennes, duodénales, jéjunales, iléales et coliques ont été rapportés (6).

Le diagnostic endoscopique de l'ulcère de Dieulafoy est difficile en raison de la petite taille de la lésion et du caractère intermittent du saignement. Devant une hémorragie digestive basse sans cause évidente, la répétition des endoscopies permet le plus souvent d'identifier l'origine du saignement (7).

Le traitement endoscopique de ces lésions s'est développé. Plusieurs techniques sont possibles : injection d'adrénaline, thermo coagulation, électrocoagulation, photo coagulation, encollage ou ligature élastique. Elles permettent l'arrêt du saignement dans 82 à 100% des cas d'ulcères de Dieulafoy gastro-duodénaux, sans récurrence hémorragique dans 75 à 95% des cas (8). Pour les ulcères de Dieulafoy recto coliques, l'hémostase endoscopique doit être tentée en première intention, embolisation au cours de l'artériographie pourrait être une alternative thérapeutique et la chirurgie par l'excision suture est réservée aux échecs (9).

III. Conclusion

L'ulcère de Dieulafoy de localisation rectale est exceptionnel mais pouvant aboutir à une hémorragie digestive cataclysmique. Son diagnostic est souvent difficile nécessitant plusieurs coloscopies. Le traitement endoscopique reste efficace.

Références

- [1]. Stark ME, Gostout CJ. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992 ; 38 : 545-50.
- [2]. Maire F, Cellier C. Ulcère de Dieulafoy colique 1998 : 958-959.
- [3]. Chaussende C, Collet D, Laurent C. Ulcération duodénale de Dieulafoy. A propos de deux observations ; 2000 ; 125 : 66-67.
- [4]. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, et al.: Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc*. 2003, 58:236-43.
- [5]. Alshumrani G, Almuaikeel M : Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease 2006, 12 : 151-4.
- [6]. Baetting B, Haeckl W, Lammer F, et al. (1993) Dieulafoy disease: endoscopic treatment and follow-up. *Gut* 34:1418-1421
- [7]. Driver CP, Bruce J (1997) An unusual case of massive gastric bleeding in a child. *J Pediatr Surg* 12:1749-1755
- [8]. Franko E, Chardavoigne R, Wise L (1991) Massive rectal bleeding from a Dieulafoy's type ulcer of the rectum: a review of this unusual disease. *Am J Gastroenterol* 86:1545-1547
- [9]. Dhineshreddy G, Jobin P, Haddad F : A bleeding Dieulafoy's lesion in the anal canal (Published 01/08/2019).

Figure 1 : Caillot fixe et pulsatile au niveau du rectum



Figure 2 : Petit ulcère avec vaisseau visible évoquant un ulcère de Dieulafoy rectal



Figure 3 : Traitement endoscopique par pose de 3 clips hémostatiques



S.Miry - N.Lahmidani." Ulcère rectal de Dieulafoy. A propos d'un cas. Dieulafoy's rectal ulcer. Case report." IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS) 14.2 (2019): 84-86.