

Fait clinique

Un cas de fistule duodénocave compliquant un ulcère duodénal

Rajaonahary TMA^{*1}, Solofoarimanana E², Rahehinantaina F¹, Rajaonarivony T¹, Razafimahandry HJC³, Rakoto-Ratsimba HN¹



¹ Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

Une fistule duodénocave est une complication rare de l'ulcère peptique. Nous en rapportons un nouveau cas compliquant un ulcère duodénal. Une femme de 46 ans présentait un 4ème accident d'hémorragie digestive haute. Elle était en état de choc hémorragique. Le scanner abdominal montrait un hématome péri-duodénocave et des images de pneumopéritoine. L'exploration chirurgicale objectivait une fistule duodénocave sur un ulcère de la face postérieure du premier duodénum. La veine cave inférieure était suturée et la brèche duodénale fermée. L'état de la patiente était plutôt satisfaisant en péri opératoire précoce. Une embolie pulmonaire probable entraîne rapidement le décès de la malade au 10ème jour post opératoire malgré un traitement préventif bien conduit. Les particularités de la prise en charge de cette complication inhabituelle sont discutées.

Mots-clés: Duodénum; Fistule duodénocave; Hémorragie; Ulcère

Abstract

Titre en anglais: A case of duodenocaval fistula complicating duodenal ulcer

Duodenocaval fistula is a rare complication of peptic ulcer. We report herein a new case which complicates a duodenal ulcer. A 46 year-old woman presented a fourth accident of upper digestive bleeding. She was in hemorrhagic shock. Abdominal computerized tomography scan displayed periduodenocaval hematoma and pneumoperitoneum. Explorating surgery showed duodenocaval fistula on posterior part of first duodenum. Vena cava was sutured and duodenal opening was closed. Early peri operating period was uneventful. Ten days after operation, probable pulmonary embolism fastly led to death despite well conducted preventive treatment. Care features of this uncommon complication were discussed.

Keywords: Bleeding; Duodenocaval fistula; Duodenum; Ulcer

Introduction

Une fistule duodénocave est une complication rare de l'ulcère peptique [1,2]. Le diagnostic est difficile et le pronostic est très souvent sombre. Nous rapportons un nouveau cas de fistule duodénocave compliquant un ulcère duodénal sous-diagnostiqué afin de montrer l'importance d'un bilan minutieux devant une hémorragie digestive haute.

Observation

Une femme de 46 ans était admise au service des urgences pour un 4ème accident d'hématémèse et de méléna. Les épisodes antérieurs, ayant débuté trois ans auparavant, étaient non explorés. A son admission, elle présentait une tension artérielle à 70mmHg / 40mmHg et une fréquence cardiaque à 110 battements par minute. La palpation de l'abdomen révélait une région épigastrique sensible. Le taux d'hémoglobine était chiffré à 3g/dL. L'endoscopie digestive haute montrait l'existence d'une hémorragie active abondante gênant l'exploration. L'origine du saignement n'avait pas pu être déterminée. Le scanner abdominal permettait de visualiser une structure hypodense hétérogène intrapéritonéale péri-duodénocave, prenant le contraste au temps artériel et des images de pneumopéritoine (Figures 1 et 2). Suite à l'instabilité hémodynamique, une exploration chirurgicale était décidée. Lors de la gastroduodénotomie, l'aspiration des caillots faisait découvrir une fistule duodénocave sur un ulcère creusant de la face postérieure du premier duodénum fixe. La veine

cave inférieure était suturée en bourse et la brèche duodénale était fermée avec un patch épiploïque. Une gastrostomie était également confectionnée dans le but de protéger la duodénoanastomose. En post-opératoire, de l'héparine de bas poids moléculaire à dose préventive était prescrite afin de prévenir les complications thromboemboliques. Au 10ème jour post-opératoire, alors que l'état de la patiente était plutôt satisfaisant, un état dyspnéique grave inexplicable emportait la patiente qui succombait en quelques heures.

Discussion

La fistule duodénocave est rare. En 2010, 39 cas sont rapportés dans la littérature [3] et six cas seulement étaient directement liés à un ulcère peptique [1]. L'étiologie la plus souvent retrouvée est l'ulcère duodénal secondaire à une radiothérapie [1]. Sinon, quelques cas d'origine traumatique, par ingestion de corps étranger, par irruption d'un filtre cave sont décrits [1,2]. Notre observation rapporte un nouveau cas compliquant un ulcère peptique. Le diagnostic est souvent difficile car la symptomatologie est peu spécifique [3,5]. La présence d'une douleur épigastrique avec un état de sepsis, d'une hémorragie digestive occulte, intermittente ou massive, sont souvent rapportées [1]. La symptomatologie peut évoluer de plusieurs jours à plusieurs semaines du fait de l'alternance de thrombose et de repermeabilisation spontanée de la fistule [5]. L'existence de facteur favorisants tel qu'une radiothérapie locale, un geste chirurgical récent à proximité de la veine cave inférieure renforce les arguments diagnostiques [1]. L'épigastrie non explorée depuis trois ans que présentait

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: tokybeloh@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Fig. 1: Scanner abdominal non injecté: hypodensité périoduodénocave

notre patiente traduit fortement un ulcère peptique. La survenue d'une hémorragie digestive répétée et négligée peut évoquer la complication. Toutefois, il n'y avait pas de notion de syndrome infectieux chez elle. Si l'endoscopie est utile pour la recherche d'un ulcère, le plus souvent elle ne peut pas à elle seule affirmer la présence de fistule duodéno-cave [1,5]. Selon Choné, l'indication d'une endoscopie oeso-gastro-duodénale doit être prudente devant l'association des symptômes pré-cités car dans un cas similaire, une embolie gazeuse était constatée après l'insufflation endoscopique [1]. Dans notre observation, l'endoscopie gênée par le saignement ne pouvait même pas détecter la présence d'un ulcère duodénal. L'intérêt du transit oeso-gastro-duodénal (TOGD) à la gastrografine reste limité; en effet, il a permis le diagnostic dans seulement un cas dans la littérature [5]. Devant une septicémie, l'hémoculture souvent polymicrobienne est très évocatrice [1,3,5]. La majorité des auteurs confirment l'intérêt du scanner abdominal dans la recherche étiologique. La présence de bulle d'air et/ou de thrombus adhérent dans la lumière de la veine cave inférieure oriente fortement vers la possibilité d'une complication fistuleuse. Pour notre part, le scanner abdominal permettait uniquement de voir un hématome périoduodénocave avec quelques bulles d'air extradigestives. De ce fait, le diagnostic n'était posé que lors de la laparotomie exploratrice. Le traitement est avant tout chirurgical. Les gestes à réaliser dépendent des caractéristiques des lésions, de la cause de la fistule et de la présence d'une thrombose cave [3,5]. Beaucoup d'auteurs préfèrent réaliser une simple fermeture de la fistule en commençant du côté vasculaire [1]. Vient ensuite la suture duodénale avec un patch épiploïque ou jéjunal [1,3]. Pour une fistule secondaire à un ulcère peptique, une vagotomie associée à une antrectomie et une gastroentérostomie peuvent être réalisées mais l'état de notre patiente ne l'avait

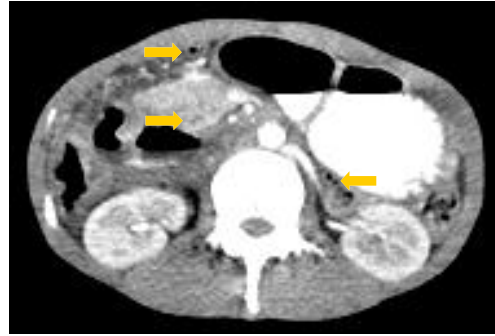


Fig. 2: Scanner abdominal injecté au temps artériel: hématome périoduodénocave et bulles d'air extra digestives

pas permis. La fistule intéresse habituellement le deuxième duodénum. Dans notre observation, la lésion intéresse le premier duodénum fixe facilitant la réparation chirurgicale qui s'était effectuée sans trop de décollement. La mortalité est voisine de 50% à cause du retard diagnostique et/ou thérapeutique. La cause du décès est souvent le sepsis et rarement une hémorragie cataclysmique [1]. Notre patiente décédait au 10ème jour post-opératoire dans un état dyspnéique inexplicé. Il pourrait s'agir d'une embolie pulmonaire malgré le traitement préventif institué.

Conclusion

Les fistules duodénocaves doivent être évoquées devant l'association d'une hémorragie digestive à un syndrome infectieux sévère. Le scanner abdominal est d'une aide capitale en montrant la présence de bulles d'air et de thrombus adhérent à la paroi de la veine cave inférieure. Néanmoins, le diagnostic reste habituellement difficile et tardif et n'est souvent posé que lors de l'exploration chirurgicale.

Références

- 1- Choné L, Régent D, Maurer P, Bigard MA. Fistule duodéno-cave: une complication rare de l'ulcère duodénal. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 489-91.
- 2- De Hays C, Mofredj A, Coutarel P, N'Guyen V, Danon O, Cadranel JF. Fistule duodéno-cave secondaire à un ulcère duodénal. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: 1129-30.
- 3- Miller GA, Melvin WS. Duodenocaval fistula complicating peptic ulcer disease: case report and review of the literature. *Surgery* 1996; 119: 718-9.
- 4- Brandao D, Canedo A, Maia M, Ferreira J, Vaz G. Duodenocaval fistula as a result of fish bone perforation. *J Vasc Surg* 2010; 51: 1276-8.
- 5- Ousmane ML, Herbecq P, Nyunga M, Vignozzi G, Lemaire C. Fistule duodénocave: mode de révélation inhabituel d'un ulcère duodénal. *Ann Fr Anesth Rea* 2005; 24: 1294-6.