

Hématome duodénal spontané géant au cours d'un traitement fibrinolytique

Intérêt de l'étude échotomographique

C. DELGOFFE, D. RÉGENT,
C. CHAULIEU, A. TRÉHEUX

Résumé : Hématome duodénal spontané géant au cours d'un traitement fibrinolytique. Intérêt de l'étude échotomographique

par C. DELGOFFE, D. RÉGENT, C. CHAULIEU et A. TRÉHEUX.

Les auteurs rapportent une observation d'hématome

Summary : Spontaneous extensive duodenal hematoma during fibrinolytic treatment. Ultrasonographic diagnosis and follow-up

by C. DELGOFFE, D. RÉGENT, C. CHAULIEU and A. TRÉHEUX.

A patient developed an extensive duodenal hematoma

duodénal volumineux survenu au décours d'un traitement fibrinolytique. Cette circonstance étiologique n'a jamais été rapportée dans la littérature jusqu'à ce jour. L'accent est mis sur l'intérêt de l'étude échotomographique dans le diagnostic et la surveillance de l'évolution de cette lésion.

Mots-clefs : Duodénum. Hématome. Echographie abdominale. Traitement fibrinolytique.

during the course of fibrinolytic treatment, a complication not previously reported in the published literature. Ultrasonography enabled the diagnosis to be established, and was employed to follow-up the course of the lesion.

Key-words : Duodenum. Hematoma. Abdominal ultrasonography. Fibrinolytic treatment.

Introduction

Les hématomes intramuraux de survenue spontanée, au niveau du duodénum, sont habituellement consécutifs à des traitements anticoagulants. De nombreuses publications leur ont été consacrées depuis l'observation princeps de BERMAN et MAINELLA en 1952 [2].

Nous rapportons l'observation d'un malade ayant présenté une lésion analogue au cours d'un traitement fibrinolytique et dans laquelle les examens radiographiques et échotomographiques ont permis d'affirmer le diagnostic et de suivre l'évolution.

Observation

Monsieur B. Alb..., 34 ans, est porteur d'une artérite juvénile avec lésions trophiques graves des mains. Un traitement fibrinolytique par streptokinase associée au plasminogène par voie intraveineuse est entrepris.

Quarante-huit heures après la mise en route de cette thérapeutique, il présente un syndrome douloureux abdominal aigu épi-

gastrique avec vomissement bilieux. La tension artérielle est conservée, il n'y a pas de saignement extériorisé mais la palpation soigneuse met en évidence une masse latéralisée dans l'hypochondre droit.

Biologiquement, la numération formule sanguine est normale, mais le temps de Howell est allongé (3 fois le temps du témoin). Les amylases sont discrètement élevées dans le sang (400 u. Somogyi pour un taux normal compris entre 60 et 200 u.) et dans les urines (1 200 u. Somogyi pour une normale comprise entre 20 et 500 u.). Il existe une cholestase biologique modérée (bilirubine totale 35 mg/l, phosphatases alcalines 140 mU/ml pour un taux normal compris entre 20 et 80 mU/ml).

Le transit opaque en réplétion (fig. 1) montre la présence d'une sténose s'étendant sur toute la deuxième portion du duodénum et le genu-supérieur avec présence de plis muqueux transversaux irrégulièrement épaissis, caractéristiques d'un hématome pariétal.

L'exploration échotomographique de l'abdomen confirme la présence d'une volumineuse masse liquidienne anéchogène, avec renforcement postérieur des échos, mesurant environ 10 cm de diamètre et 5 cm de profondeur. Le pancréas céphalique, cerné par cette collection, ne présente aucune anomalie de taille ni d'échostructure. La voie biliaire principale est très modérément dilatée dans ses segments pédiculaire et intrapancréatique (0,8 cm) (fig. 2 et 3).

Sous traitement médical, on assiste, dans les huit jours suivants, à une déglobulisation alors qu'apparaît un méléna, puis le



FIG. 1. — Sténose serrée et désorganisation du plissement muqueux normal du duodénum depuis le genu-superius jusqu'à la partie terminale de D3, avec aspect caractéristique de plis transversaux épaissis.

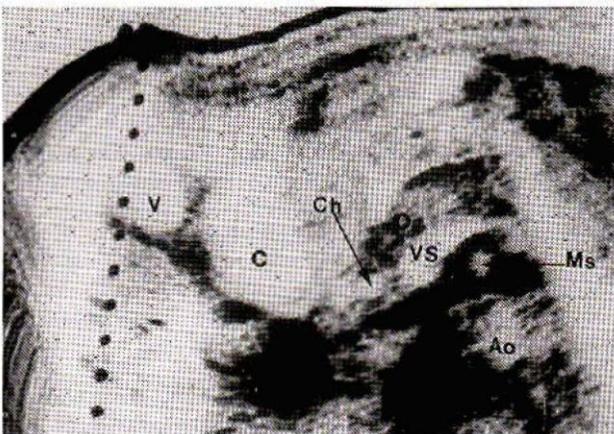


FIG. 3 — Coupe échotomographique transversale : collection liquidienne cernant la tête pancréatique, en continuité avec la structure gastrique. Dilatation du cholédoque intrapancréatique.
C : collection; Ch : cholédoque; P : pancréas; V : vésicule; Vs : veine splénique; Ao : aorte; Ms : artère mésentérique supérieure.

syndrome subocclusif régresse et l'ensemble des paramètres biologiques se normalise.

Plusieurs échotomographies permettent de surveiller la disparition progressive de la collection en trois semaines.

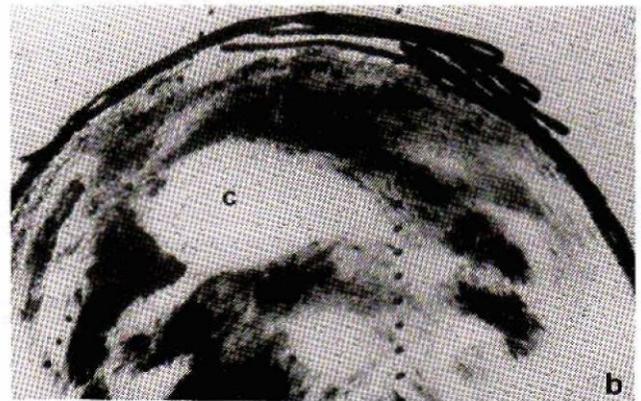
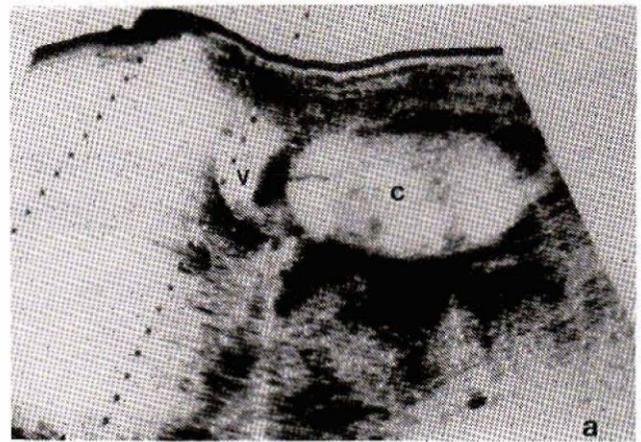


FIG. 2. — Echotomographie : collection liquidienne de la région cœliaque (9 cm × 10 cm × 5 cm).
a : coupe longitudinale; b : coupe transversale. C : collection; V : vésicule.

Commentaires

1) Les hématomes spontanés du duodénum sont relativement plus rares qu'au niveau des autres segments de l'intestin grêle [1, 3]. Certaines circonstances favorisantes sont à retenir :

- les affections pancréatiques (pancréatites, voire même cancer de la tête du pancréas) [5, 8, 12];
- l'alcoolisme;
- les troubles de la coagulation.

Dans ce dernier cas, les anticoagulants sont le plus fréquemment en cause, ceci étant probablement lié à la fréquence de leur prescription, au caractère ambulatoire du traitement et à l'association possible d'un traitement potentialisateur ou d'un terrain favorisant [11, 15].

D'autres troubles de la crase sanguine ont également été invoqués dans la responsabilité de la survenue d'hématomes pariétaux de l'intestin : hémophilie, purpura thrombopénique, purpura rhumatoïde [7].

Aucune observation de la littérature ne mentionne les traitements fibrinolytiques comme cause favorisant la survenue d'un hématome pariétal de l'intestin. Le

déclenchement d'un saignement pariétal peut s'expliquer par la fragilisation vasculaire considérable qu'entraîne le traitement fibrinolytique [11]. L'association aux fibrinolytiques du plasminogène, dans notre observation, pourrait encore potentialiser cet effet nociceptif.

2) Le transit opaque gastro-duodéal en réplétion ou en double contraste montre des images d'épaississement des plis muqueux transversalisés en « palissade » ou en « ressort à boudin », tout-à-fait caractéristiques d'une infiltration de la paroi intestinale [4, 8, 10, 13]. Devant ce « syndrome pariétal » du duodénum, il peut être difficile de trancher entre le retentissement duodéal d'une pancréatite céphalique, une infiltration hématurique pariétale ou une duodénite à gros plis. Le contexte clinique et biologique reste donc un élément essentiel du diagnostic devant ce type d'image radiologique.

3) L'apport de l'échotomographie dans le diagnostic et la surveillance de l'évolution des hématomes pariétaux de l'intestin et du duodénum en particulier, est fondamental [9]. WEILL a rapporté le premier cas d'hématome géant du duodénum en 1973 [14]. L'image de zone transsonique liquidienne bien limitée vient s'interposer entre le parenchyme hépatique et la tête pancréatique. En dehors d'un contexte clinique évocateur, on peut être amené à discuter d'autres collections liquidiennes localisées de la région cœliaque : méga-bulbe en réplétion, diverticule duodéal en réplétion, dilatation de D1 en amont d'une sténose du deuxième duodénum (en particulier dans le pancréas annulaire), tumeur liquidienne de la tête du pancréas de type cystadénome.

Le problème essentiel réside dans le diagnostic différentiel avec un faux kyste de la tête du pancréas, d'autant que le tableau clinique peut simuler une poussée douloureuse pancréatique et que, biologiquement, on peut observer comme dans le cas rapporté, une élévation du taux des amylases et un syndrome rétionnel biliaire [6]. Le fait qu'une pancréatite aiguë céphalique puisse être à l'origine d'un hématome pariétal du duodénum vient encore compliquer le problème [12].

Conclusion

Les traitements fibrinolytiques constituent donc une circonstance étiologique devant laquelle on peut craindre la survenue d'hématomes pariétaux de l'intestin. Les données du transit digestif et de l'exploration échotomographique permettent d'affirmer le diagnostic, de mesurer le volume de la collection hépatique et d'en surveiller la régression.

Bibliographie

1. BABB (R.R.), SPITTELLI (J.A.), BARTHOLOMEW (L.G.) : Gastro-entérologie complication of anti-coagulant therapy. *Mayo. Clin. Proc.*, 1968, 43, 738-751.
2. BERMAN (H.), MAINELLA (F.S.) : Toxic result of anti-coagulant therapy. *N.Y. State J. Med.*, 1952, 52, 725-727.
3. BIRNS (M.T.), KATON (R.M.), KELLER (F.) : Intra-mural hematoma of the small intestine with major upper gastro-intestinal hemorrhage. *Gastro Enterol.*, 1979, 77, 1094-1100.
4. FELSON (B.), LEVIN (E.J.) : Intra-mural hematoma of duodenum. Diagnostic roentgen sign. *Radiology*, 1954, 63, 823-829.
5. GILLET (M.), COMBE (J.), AUBERT (D.), KAHN (J.) : Hématome intramural d'origine pancréatique. *Ann. Chir.*, 1973, 27, 1149-1157.
6. GROSDIDIER (J.), BOISSEL (P.), GRUMILLIER (P.) : Hématomes intramurales du duodénum. *Ann. Méd. Nancy*, 1978, 17, 147-157.
7. JONES (W.R.), HARDIN (W.J.), DAVIS (J.T.), HARDY (J.D.) : Intra-mural hematoma of the duodenum : a review of the literature and case report. *Ann. Surg.*, 1971, 173, 534-544.
8. KEMPF (F.), MONATH (C.), HILD (H.) : Les signes radiologiques de l'hématome duodéal au cours des pancréatites. *J. Radiol. Electrol. Med. Nucl.*, 1978, 49, 723-726.
9. LEE (T.G.), BRICKMAN (F.C.), AVEICILLA (L.S.) : Ultrasound diagnosis of intra-mural intestinal hematoma. *J. Clin. Ultrasound*, 1977, 5, 423-424.
10. MOORE (S.W.), ERLANDSON (M.E.) : Intra-mural hematoma of the duodenum. *Ann. Surg.*, 1963, 157, 798-809.
11. RABY (C.) : Coagulations intravasculaires disséminées et localisées. 1974, Masson Edit. Paris, 247 pages.
12. WARTER (J.), KEMPF (F.), SIBILLY (A.), BRECHENMACHER (T.C.) : Dissection pseudo-anévrismale de la paroi duodénale, au cours d'une poussée de pancréatite. *J. Radiol. Electrol. Med. Nucl.*, 1970, 51, 639-642.
13. WARTER (P.), BERNARD (J.D.), TONGIO (J.), KEMPF (F.) : Les aspects radiologiques de l'hématome duodéal. *J. Radiol. Electrol. Med. Nucl.*, 1973, 54, 703-709.
14. WEILL (F.) : *Atlas clinique de radiodiagnostic ultrasonore*. 1973, Masson Edit., Paris, 240 pages.
15. WIOT (J.F.), WEINSTEIN (A.M.), FELSON (B.) : Duodenal hematoma induced by coumarin. *Am. J. Roentgenol.*, 1961, 86, 70-75.