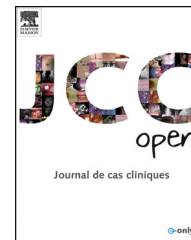




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Duplication œsogastrique révélée par un méléna

Esophageal and gastric duplication revealed by melena

R. Lamiri^a, A. Ksia^{a,*}, A. Zrig^b, S. Mosbahi^a,
 L. Sahnoun^a, J. Chahed^a, K. Maazoun^a, R. Jouini^a,
 I. Krichene^a, M. Mekki^a, M. Belghith^a, A. Nouri^a

^a Service de chirurgie pédiatrique, faculté de médecine de Monastir, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

^b Service de radiologie, faculté de médecine de Monastir, CHU Fattouma-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Reçu le 19 décembre 2012 ; accepté le 4 février 2013

La duplication digestive est une malformation sphérique ou tubulaire pouvant se rencontrer de la bouche à l'anus, ayant un contact avec le tube digestif normal, communicante ou non, possédant une musculature faite de deux couches musculaires lisses et d'une muqueuse de type digestif. C'est une malformation rare, qui représente 0,1 à 0,3% des malformations de l'enfant. Les duplications œsophagiennes et gastriques peuvent se rencontrer de façon isolée ou constituer une entité particulière : la duplication thoraco-abdominale qui est encore plus rare. Seulement 12 cas ont été rapportés dans la littérature.

Observation

Un nourrisson de sexe féminin âgé de huit mois, issu d'une grossesse de déroulement normal mais non suivie, a été adressé pour exploration d'un méléna apparu trois jours avant son admission. L'examen clinique était sans particularités en dehors d'une pâleur cutanéomuqueuse. La numération formule sanguine montrait une anémie microcytaire sévère à 3 g/dL. La fibroscopie œsogastroduodénale était normale. L'exploration radiologique par échographie et tomodensitométrie thoraco-abdominale révélait une masse kystique bilobaire retrogastrique avec extension médiastinale, ayant une paroi propre (Fig. 1).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amineks@yahoo.fr (A. Ksia).



Figure 1. Masse kystique rétrogastrique avec extension médiastinale.

L'opacification œsogastroduodénale ne montrait pas de communication entre cette masse et le tractus digestif. La scintigraphie au technétium n'a pas trouvé de fixation de l'isotope au sein de cette masse.

L'exploration chirurgicale trouvait qu'il s'agissait d'une duplication œsogastrique non communicante. La résection totale de la masse par voie abdominale était réalisée. À noter que la résection de la portion œsophagienne par cette voie était difficile (Fig. 2). L'étude histologique confirmait le diagnostic de duplication thoraco-abdominale avec absence d'hétérotopie gastrique ou pancréatique.

Les suites opératoires étaient simples avec un recul de deux ans.

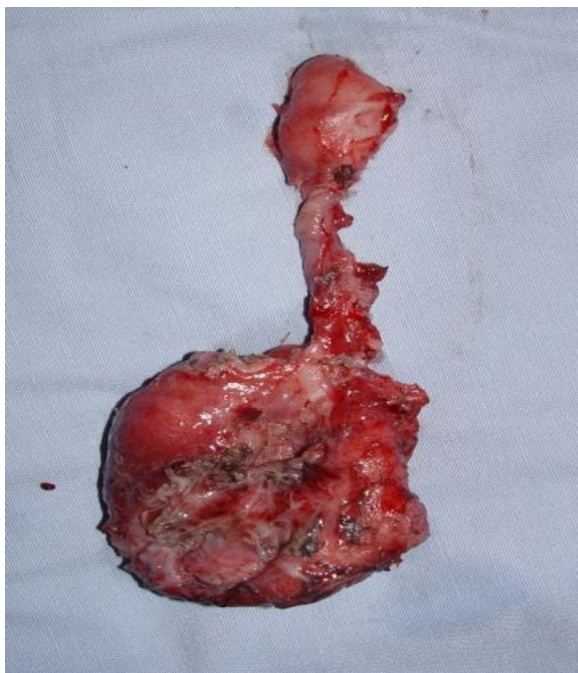


Figure 2. Pièce opératoire montrant une double composante œsophagienne et gastrique.

Discussion

Les duplications digestives sont rares : 0,1 à 0,3% des malformations de l'enfant. La localisation la plus fréquente est au niveau de l'iléon et en second lieu l'œsophage. La duplication gastrique est une entité encore plus rare, représentant 4 à 9% des duplications [1–3]. Cette dernière peut être constatée de façon isolée ou en association avec la duplication œsophagienne représentant ainsi la duplication thoraco-abdominale, comme c'est le cas de notre observation ainsi que 12 autres cas rapportés dans la littérature.

Les duplications œsophagiennes et gastriques ainsi que les autres localisations sont à révélation précoce généralement avant l'âge d'un an [1,4,5]. Certaines formes peuvent rester asymptomatiques et s'exprimer qu'à l'âge adulte [3,4].

La duplication œsophagienne se manifeste cliniquement par des troubles respiratoires, stridor, *wheezing*, troubles de la déglutition, douleurs dorsales, troubles neurologiques et troubles de rythme cardiaque [6].

La duplication gastrique a une symptomatologie polymorphe qui dépend du siège de la duplication et surtout de son volume, les manifestations les plus fréquentes sont : des vomissements, stagnations pondérales, des douleurs épigastriques intermittentes postprandiaux, un ballonnement abdominal, hémorragie digestive, diarrhée ou constipation [6].

Notre patiente s'est présentée avec un saignement digestif à l'origine d'une anémie sévère. Plusieurs mécanismes ont été évoqués pour expliquer ce saignement tel que l'hétérotopie gastrique au niveau de la duplication, ou la compression vasculaire ou encore une ulcération peptique.

L'examen clinique peut dans 50% des cas trouver une masse abdominale [1].

Le diagnostic anténatal est difficile [2,7] posant le problème de diagnostic différentiel avec toute formation kystique intra-abdominale à savoir kyste de l'ovaire, kyste rénal, kyste de cholédoque, kyste mésentérique et kystes hépatiques [7].

La radiographie de thorax face et profil permet de montrer une opacité médiastinale postérieure, en projection vertébrale, le plus souvent située à droite. Le cliché d'abdomen sans préparation peut montrer un refoulement des clartés digestives, mais il est le plus souvent normal [6].

L'échographie est d'un grand apport pour le diagnostic, seule ou couplée à la tomодensitométrie, elle précise souvent la nature liquidienne de la masse et étudie ses rapports avec les organes de voisinages [4].

La scintigraphie peut déceler une hétérotopie gastrique ou pancréatique [4,8].

L'opacification digestive permet dans des rares cas de préciser le caractère communicant de la masse ou seulement montrer une empreinte digestive extra-murale [8].

Les complications qui peuvent s'observer au cours de la duplication œsogastrique sont : la perforation intrapleurale, la fistulisation dans les bronches, l'hémorragie digestive, la perforation gastrique en péritoine libre entraînant une péritonite [6].

Le traitement de cette affection ne peut être que chirurgical [1,4]. Le risque couru lors de l'exérèse d'une duplication est surtout l'ouverture du tube digestif ou sa

dévascularisation. Les alternatives chirurgicales sont soit une exérèse totale de la duplication par énucléation soit une exérèse totale avec résection du segment adjacent du tube digestif, suivie d'anastomose termino-terminale, (technique la plus sûre mais non toujours possible) [6].

D'autres modalités thérapeutiques ont été décrites, à type de drainage endoscopique ou chirurgical (mais cela expose au risque de récurrence).

Dans la duplication thoraco-abdominale, l'exérèse complète peut se faire par une seule voie abdominale, qui posera le problème d'exérèse de la masse œsophagienne qui sera difficile comme était le cas dans notre observation, ou par double voie thoracique et abdominale (thoracophrénolaparotomie ou thoracotomie et laparotomie).

Ferro et al. [9] ont rapporté l'observation d'une fille âgée de 14 jours chez qui le diagnostic d'une duplication thoraco-abdominale a été évoqué en anténatale et confirmé en postnatal. Ils ont pu réaliser l'exérèse complète de la duplication grâce à un double abord. Ils ont commencé par la dissection de la composante thoracique par thoracoscopie (septième espace intercostale et deux autres trocarts opérateurs au neuvième espace intercostal) puis ils ont abordé la composante gastrique par laparoscopie pour terminer par la correction du défaut diaphragmatique.

Conclusion

La duplication œsogastrique est une malformation rare, moins de 3% de l'ensemble des duplications digestives. Son diagnostic est actuellement possible dès la période

anténatale. Son traitement est chirurgical (même dans les formes asymptomatiques).

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Mazziotti MV, Jessie L. Continuous communicating esophageal and gastric duplication. *J Pediatr Surg* 1997;32:775–8.
- [2] Danzer E. Congenital diaphragmatic hernia associated with a gastroesophageal duplication cyst: a case report. *J Pediatr Surg* 2001;36:626–8.
- [3] Tayar C, Brunetti F, Tantawi BP, et al. Traitement laparoscopique d'une duplication gastrique chez l'adulte. *Ann Chir* 2003;128:105–8.
- [4] Teklali Y, Kaddouri N, Barahioui M. Les duplications digestives chez l'enfant (à propos de 19 cas). *Arch Pediatr* 2002;9:903–6.
- [5] Daher P, Karam L, Riachy E. Prenatal diagnosis of an intra-thoracic gastric duplication: a case report. *J Pediatr Surg* 2008;43:1401–4.
- [6] Hélardot P, Bienaymé J, Barga F. Chirurgie digestive de l'enfant. Édition 1990; p. 65–82.
- [7] Foley PT, Sithasanan N, McEwing R, et al. Enteric duplication presenting as antenatally detected abdominal cysts: is delayed resection appropriate? *J Pediatr Surg* 2003;38:1810–3.
- [8] Saad DF, Gow KW, Shehata B, et al. Pyloric duplication in a term newborn. *J Pediatr Surg* 2005;40:1209–10.
- [9] Martinez-Ferro M, Laje P, Piaggio L. Combined thoraco-laparoscopy for trans-diaphragmatic thoraco-abdominal enteric duplications. *J Pediatr Surg* 2005;40:E37–40.