

Duplication duodénale révélée par une Pancréatite aiguë. À propos d'un cas

Néjib Kaabar*, Habib Bouthour*, Rabiaa Ben Abdallah*, Salma Hachicha**, Youssef Hellal*, Riadh Ben Malek*, Mongi Ben Hriz**, Sadok Sayed*.

* Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie. **Service de Pédiatrie, Hôpital Mongi Slim- La Marsa, Tunisie.
Université Tunis El Manar

N. Kaabar, H. Bouthour, R. Ben Abdallah, S. Hachicha, Y. Hellal, R. Ben Malek, M. Ben Hriz, S. Sayed.

N. Kaabar, H. Bouthour, R. Ben Abdallah, S. Hachicha, Y. Hellal, R. Ben Malek, M. Ben Hriz, S. Sayed.

Duplication duodénale révélée par une Pancréatite aiguë
À propos d'un cas

Duodenal duplication revealed by acute pancreatitis.
A case report.

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°02) : 195 - 197

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°02) : 195 - 197

R É S U M É

Prérequis : Les duplications duodénales sont des malformations rares dont la symptomatologie clinique est polymorphe pouvant être douloureuse, obstructive ou hémorragique. La pancréatite aiguë est l'une des complications exceptionnelles qui peut révéler la maladie.

But : Rapporter une nouvelle observation d'une duplication duodénale révélée par une pancréatite aiguë.

Observation : Un enfant âgé de 3 ans a présenté une pancréatite aiguë. L'échographie et la tomodynamométrie ont révélé une formation kystique oblongue endoluminale développée au niveau du 2ème duodénum, en contact intime avec la tête du pancréas et l'ampoule de Vater. A L'intervention l'aspect était celui d'une duplication duodénale qui a été réséquée en respectant la papille. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic. Aucune poussée de pancréatite n'a été notée en postopératoire avec un recul de 2ans.

Conclusion : La duplication duodénale est une malformation rare pouvant être révélée par une pancréatite aiguë constitue l'une de ses rares circonstances de découverte. L'échographie abdominale couplée à la TDM abdominale peuvent contribuer au diagnostic positif.

S U M M A R Y

Background: Duodenum duplications are uncommon congenital anomalies. Most symptomatic cases are diagnosed in childhood and usually present with obstructive or bleeding symptoms. Acute pancreatitis is rarely attributed to these cysts.

Aim: To report a new case of duodenum duplication revealed by acute pancreatitis.

Case report: This 3 year old child presented with an acute pancreatitis. Abdominal ultrasonography and Computer tomography were performed showing a cystic mass depending of the 2nd duodenum. Diagnosis of duodenal duplication is made in laparotomy. A surgical resection of the duplication was performed respecting the papilla. Microscopic examination of the specimen confirmed the duodenal duplication. The patient was asymptomatic after the intervention.

Conclusion: Duodenum duplications are uncommon congenital anomalies. Acute pancreatitis might be revealing presentation.

Mots-clés

Duplication, duodénum, pancréatite, enfant

Key- words

Duplication, duodenum, pancreatitis, infant.

Les duplications digestives peuvent se voir à n'importe quel niveau du tube digestif. Leur fréquence est estimée à 1/4500 à 10000 de la population générale (1). Les duplications duodénales sont rares. Les pancréatites aiguës et les obstructions biliaires sont rarement imputées à ces duplications. Nous présentons dans ce travail un cas de duplication duodénale qui s'est manifestée par une pancréatite aigue. Le but de ce travail est de rapporter une nouvelle observation qui souligne la possibilité de retentissement des duplications duodénales sur le pancréas, d'où l'intérêt des explorations duodénales systématiques devant toute pancréatite aiguë.

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un garçon âgé de trois ans, qui a présenté depuis l'âge de deux ans quatre épisodes de douleurs abdominales avec des vomissements bilieux. Les douleurs étaient épigastriques, violentes et brèves, ne dépassant pas une durée de deux jours pour l'épisode le plus long. Ces épisodes ont évolué favorablement sous traitement symptomatique à domicile. Ce n'est qu'au cours du dernier épisode que le malade a été hospitalisé dans un service de pédiatrie et a été exploré. A l'admission, le malade était asthénique, et anorexique. L'examen clinique était normal, mise à part une température à 38°C, une paleur conjonctivale et une sensibilité à la palpation de la région épigastrique. Une hyperleucocytose à 13400 EB/ml a été notée à la biologie, ainsi qu'une élévation des enzymes pancréatiques dans le sang et dans les urines : l'amylasémie était à 823U/L (valeur normale < 160 U/L), la lipasémie à 2340U/L (valeur normale < 160 U/L) et l'amylasurie à 4409U/L (valeur normale < 150 U/L). Le reste du bilan biologique était normal (calcémie: 2,5 mmol/l, glycémie: 4,8 mmol/l). Le diagnostic de pancréatite aiguë a été retenu. Une échographie abdominale a permis d'objectiver une masse kystique située au dessous du foie gauche, au contact de la tête du pancréas, d'échostructure hypo échogène, hétérogène, contenant un niveau liquide. Sa paroi de type digestif était épaissie et très évocatrice d'une duplication digestive. Les explorations ont été complétées par une tomodensitométrie (TDM) abdominale (Fig 1) qui a objectivé une formation kystique oblongue endoluminale, siégeant au niveau du 2^{ème} duodénum, en contact intime avec la tête du pancréas et l'ampoule de Vater. Elle était associée à une discrète dilatation de la voie biliaire principale, du canal de Wirsung et de la vésicule biliaire. Une fibroscopie oesogastroduodénale a été réalisée et a montré une masse obstruant la lumière du 2^{ème} duodénum, recouverte d'une muqueuse d'allure normale. La mise au repos du tube digestif a été suivie par une régression rapide des douleurs abdominales et une normalisation de la biologie.

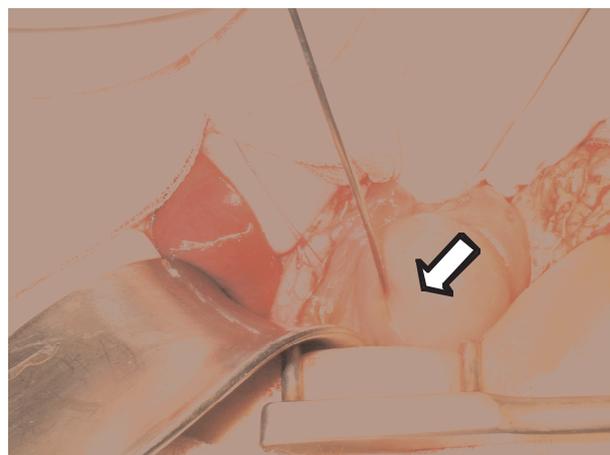
L'enfant a été opéré. On a découvert à l'intervention une duplication duodénale communicante avec la lumière duodénale et avec la papille (Fig 2). On a procédé à la résection de la duplication en respectant la papille. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de duplication duodénale en montrant une lésion qui comportait une paroi à deux couches de cellules musculaires lisses. Celles-ci étaient bordées d'un

épithélium de type digestif, qui était très remanié par des phénomènes inflammatoires locaux. Les suites opératoires étaient simples. Le bilan pancréatique s'est rapidement normalisé. La symptomatologie ayant amené le malade à consulter n'a plus été constatée.

Figure 1 : Coupe scanographique montrant une formation kystique oblongue endoluminale, siégeant au niveau du 2^{ème} duodénum, en contact intime avec la tête du pancréas.



Figure 2 : Photo per-opératoire montrant la duplication duodénale en contact avec la papille (stylet).



DISCUSSION

Telles que définies par LADD et GROSS (2), les duplications digestives possèdent une musculature faite de deux couches musculaires lisses et une muqueuse de type digestif. Cette muqueuse peut être celle du segment dupliqué ou, dans 25 à 30% des cas, hétérotopique. Les duplications du grêle sont les plus fréquentes (55%), les duplications duodénales ne représentent qu'un faible pourcentage (4 à 10%) (2).

Il est bien établi que les duplications digestives se manifestent surtout par des douleurs abdominales, une occlusion intestinale, une perforation ou une hémorragie digestive (3). Une duplication duodénale qui comprime les voies bilio-pancréatiques et se révèle par une pancréatite aigue comme c'est le cas de notre observation est rarement rapportée dans la littérature (4).

En effet, les pancréatites aigues de l'enfant sont généralement secondaires à un traumatisme abdominal, à des anomalies métaboliques ou de système ou plus rarement à une lithise biliaire (5). Dans 25% des cas elles sont idiopathiques et une anomalie anatomique n'est retrouvée que dans 10% des cas (3). Les pancréatites aigues et surtout celles qui sont récurrentes constituent une bonne indication à la réalisation d'une Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) qui est considérée comme un gold standard dans les anomalies de l'arbre biliaire. Les autres explorations radiologiques (Echographie, TDM) doivent être réalisées de première intention. Dans notre observation l'échographie, à elle seule, a permis d'évoquer le diagnostic de duplication digestive. Les

autres explorations réalisées par la suite ont permis d'appuyer le diagnostic. Le traitement classique des duplications digestives est chirurgical (6,7). En cas de duplication duodénale, il faut veiller à respecter la papille. Actuellement, l'intérêt est porté vers le traitement endoscopique des duplications duodénales. En effet quelques équipes ont publiés des travaux encourageants sur le traitement endoscopique (1, 8, 9), avec de bons résultats à long terme. Cette observation met la lumière sur l'intérêt de rechercher une anomalie anatomique dans tous les cas de pancréatite aigue de l'enfant. Une échographie ainsi qu'une TDM abdominale sont des examens paracliniques nécessaires pouvant orienter vers un diagnostic étiologique.

CONCLUSION

La duplication duodénale est une malformation rare et la pancréatite aigue constitue l'une de ses rares circonstances de découverte. L'échographie couplée à la TDM abdominale peut aider à porter le diagnostic positif mais c'est l'étude histologique de la pièce opératoire qui permet la confirmation diagnostique.

Références

1. Antaki F, Tringali A, Deprez P et al. Endoscopic treatment of duodenal duplication cysts. *Gastrointest Endosc* 2008; 67:163-8.
2. Stelling T, Rooij WJJ, Tio TL, et al. Pancreatitis associated with congenital duodenal duplication cyst in an adult. *Endoscopy* 1987; 19:171-3.
3. Mattioli G, Buffa P, Pesce F et al. Pancreatitis Caused by Duodenal Duplication. *J Pediatr Surg* 1999; 34:645-6.
4. Okuyama.H, Matsuo.Y, Fukui.Y et al. Intrapancreatic Duodenal Duplication Associated With Pancreatic Pseudocysts. *J Pediatr Surg* 1992 ;27 :1573-4.
5. Hoffman M, Sugarman HJ, Heuman D, et al. Gastric duplication cyst communicating with aberrant pancreatic duct: A rare cause of recurrent acute pancreatitis. *Surgery* 1987; 101:372-9.
6. Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, et al. Duodenal duplications. Clinical characteristics, embryological hypotheses, histological findings, treatment. *Eur J Pediatr Surg* 2006; 16:18-23.
7. Ackerman NB. Duodenal duplication cysts: diagnosis and operative management. *Surgery* 1974; 76:330-3.
8. Traif I, Khan MH. Endoscopic drainage of a duodenal duplication cyst. *Gastrointest Endosc* 1992; 38:64-5.
9. Vandembroucke F, Dagenais M, Letourneau R, et al. Endoscopic treatment of a duodenal duplication cyst. *Endoscopy* 2005; 37:601.