

Hémangiome caverneux pseudotumoral diagnostiqué par une vidéocapsule du grêle

Pseudo-tumoral cavernous hemangioma diagnosed through a video capsule in the small intestine

C. Duburque · T. Dugué · D. Lucidarme · P. Gosset · B. Filoche

© Springer-Verlag France 2013

Résumé Nous rapportons le cas d'une patiente de 52 ans présentant une lésion grêlique pseudotumorale responsable de douleurs abdominales chroniques sans déperdition sanguine dont l'origine vasculaire a été déterminée par une vidéocapsule endoscopique (VCE) de l'intestin grêle. Le diagnostic final d'hémangiome caverneux a été retenu grâce à l'étude anatomopathologique couplée à l'analyse clinicobiologique.

Mots clés Hémangiome caverneux pseudotumoral · Vidéocapsule · Grêle

Abstract We report the case of a 52 year old female patient with pseudo-tumoral lesions to the small intestine causing chronic abdominal pains without blood loss, the cause of which was determined by a video capsule endoscopy of the small intestine. The final diagnosis of a cavernous hemangioma was verified thanks to a pathological study coupled with bioclinical analysis.

Keywords Pseudo-tumoral cavernous hemangioma · Video capsule · Small intestine

C. Duburque (✉) · T. Dugué · D. Lucidarme · P. Gosset · B. Filoche
Université Nord de France, F-59000 Lille, France
e-mail : duburque.clotilde@ghicl.net

UC Lille, F-59000 Lille, France

Faculté libre de médecine,
groupe hospitalier de l'Institut catholique lillois,
F-59000 Lille, France

C. Duburque · T. Dugué · D. Lucidarme · B. Filoche
Département médicochirurgical d'hépatogastroentérologie,
centre hospitalier Saint-Philibert, rue du Grand-but,
BP 249, F-59462 Lomme cedex, France

P. Gosset
Département d'anatomopathologie,
centre hospitalier Saint-Philibert, rue du Grand but,
BP 249, F-59462 Lomme cedex, France

Introduction

Les hémangiomes de l'intestin grêle sont des tumeurs bénignes rares, qui se révèlent souvent par hémorragie digestive. Nous rapportons le cas d'une patiente de 52 ans présentant un hémangiome caverneux d'allure pseudotumorale responsable de douleurs abdominales chroniques sans déperdition sanguine. L'origine vasculaire de la lésion a été diagnostiquée lors d'un examen par vidéocapsule endoscopique (VCE) du grêle.

Observation

Une patiente de 52 ans, sans antécédents, consultait pour douleurs abdominales mal systématisées et une diarrhée d'allure motrice.

L'examen clinique était normal. Le bilan biologique ne mettait pas en évidence de syndrome inflammatoire, ni d'anémie. Le volume globulaire moyen (VGM) et le taux de plaquettes étaient normaux. La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) et la coloscopie étaient normales. Une tomographie abdominopelvienne avec injection mettait en évidence une masse iléale médiane de 15 cm, se rehaussant de manière hétérogène après injection de produit de contraste, correspondant à une anse iléale à parois épaissies et renfermant de petites calcifications (Fig. 1). Il n'existait pas d'hyperhémie mésentérique.

Avant la prise en charge chirurgicale, et après vérification de l'absence de sténose infranchissable par une capsule de calibre délitale, une étude du grêle par VCE a été proposée. Le grêle était étudié de 40 minutes à 4 heures 14 minutes. La lésion était mise en évidence à partir de 3 heures 49 minutes : il s'agissait d'une volumineuse lésion d'allure tumorale, bleutée, circonférentielle, sténosante, néanmoins franchie par la VCE (Fig. 2a et b).

Une prise en charge chirurgicale était décidée. Lors de l'extériorisation de l'intestin grêle, on observait de volumineuses dilatations variqueuses situées sur une vingtaine de centimètres (Fig. 3a et b). En regard dans le mésentère, il

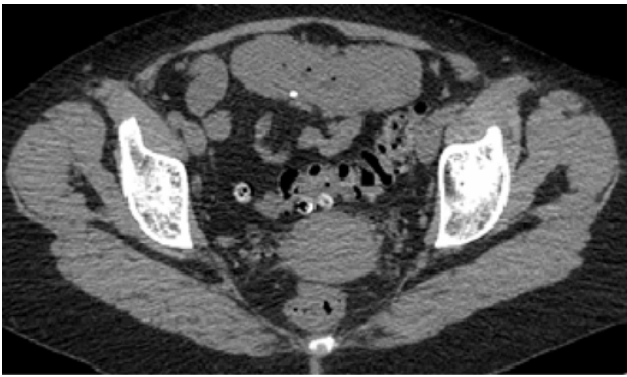


Fig. 1 Scanner abdominopelvien



Fig. 2 Vidéocapsule du grêle

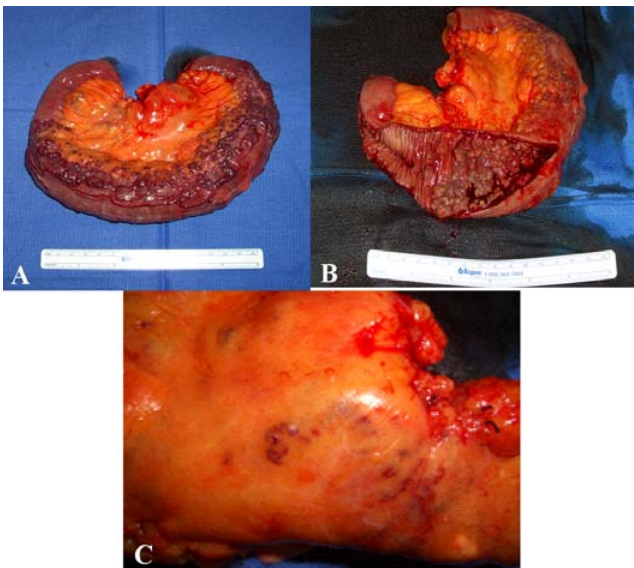


Fig. 3 Aspect macroscopique de la lésion

existait plusieurs angiomes (Fig. 3c). La palpation et l'examen macroscopique du reste de l'intestin étaient sans particularité. Une résection segmentaire emportant l'ensemble des lésions était réalisée, avec anastomose grêlogrêlique terminoterminal. Les suites chirurgicales étaient simples.

L'examen anatomopathologique confirmait l'origine vasculaire du fait de la présence de multiples lésions à type d'hémangiome caverneux étendues sur 16 cm (Fig. 4).

A posteriori, l'examen clinique n'a pas mis en évidence d'autre anomalie angiomateuse muqueuse ou cutanée.

À un an de la prise en charge chirurgicale, la patiente est asymptomatique.

Discussion

Les lésions vasculaires du grêle peuvent être révélées par une hémorragie digestive aiguë ou chronique, ou plus rarement par un volvulus, une invagination et un infarctus intestinal. La transformation maligne des lésions n'a, jusqu'à présent, jamais été décrite.

La prise en charge de ce type de lésions a bénéficié ces dernières années de l'introduction dans notre pratique quotidienne de la VCE pour le diagnostic. En effet, l'évaluation des lésions grêliques peut être réalisée grâce aux méthodes radiologiques (transit baryté, scanner, IRM, angiographie) ou endoscopiques (entéroscopie, VCE). Les avantages de la VCE sont nombreux : geste non invasif, facile de réalisation sans nécessité de sédation ou d'anesthésie générale, peu de risques. L'acceptabilité de l'examen est bonne, même chez l'enfant [1]. La VCE est l'examen le plus sensible pour la détection de lésions de l'intestin grêle [2]. L'impact diagnostique, en cas de saignement obscur, est fort avec une rentabilité allant jusqu'à 90 % si l'examen est réalisé précocement, supérieure à celle de l'entéroscopie poussée ou double ballon [3,4].

Le résultat de la VCE est capable d'influencer la prise en charge du malade dans 22 à 88 % des cas [5], ce qui était le cas pour notre patiente, dans la mesure où la VCE a permis de faire le diagnostic de lésion vasculaire unique orientant ainsi la conduite à tenir vers l'option chirurgicale.

La classification des lésions vasculaires du grêle est difficile. Shirley et al. ont proposé une classification des tumeurs du grêle selon l'origine épithéliale, mésenchymateuse, lymphoproliférative ou métastatique [6]. Les tumeurs mésenchymateuses d'origine vasculaire sont bénignes (hémangiome,

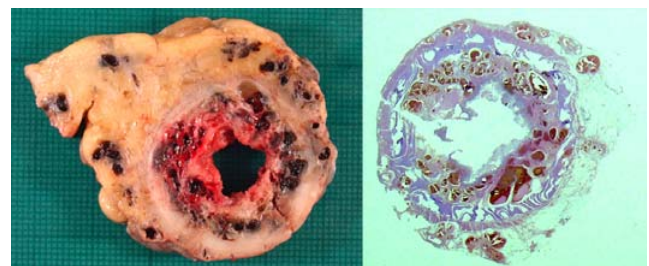


Fig. 4 Coupe transversale de la pièce opératoire et coupe montée correspondante

lymphangiome et angiomas) ou malignes (angiosarcome et sarcome de Kaposi). Camilleri et al. [7] ont proposé une classification des anomalies vasculaires non néoplasiques du tube digestif, selon la taille des lésions, le type de vaisseau concerné et la présence de caractéristiques somatiques ou dermatologiques (Tableau 1). Cette classification a l'avantage de faire rentrer la lésion vasculaire dans un tableau clinique et donc d'orienter la prise en charge.

Les hémangiomes de l'intestin grêle sont des tumeurs rares, représentant 0,3 % de l'ensemble des tumeurs du tractus gastro-intestinal [8], prédominantes au niveau jéjunal [9]. Ils peuvent être capillaires, caverneux ou mixtes.

Plusieurs syndromes peuvent être associés aux hémangiomes caverneux comme le syndrome de Kasabach-Merritt, le syndrome de Maffucci, le syndrome de Klippel-Trenaunay-Weber ou le *blue rubber bleb naevus* syndrome. Ces syndromes, plus fréquents chez l'enfant, ont été éliminés dans le cas de notre patiente étant donné l'absence réciproquement de thrombopénie, d'enchondrome, d'hypertrophie des tissus osseux et mous et de malformations vasculaires cutanées. Le diagnostic final retenu est donc celui d'hémangiome caverneux étendu du grêle.

Le traitement de ces lésions implique une destruction ou une résection, endoscopique ou chirurgicale des malformations veineuses gastro-intestinales. L'entéroscopie, par voie haute ou basse, permet la réalisation de gestes d'hémostase (plasma argon) et de polypectomies sur l'ensemble de l'intestin grêle [10]. La polypectomie endoscopique peut être

utile chez les patients présentant des lésions pédiculées et polypoïdes [11]. Pour les lésions étendues ou diffuses, l'exérèse chirurgicale qui permet une prise en charge complète est le traitement de référence [12]. C'est ce que nous avons retenu dans notre observation : la chirurgie étant la seule option curatrice.

Conclusion

Notre cas illustre donc l'intérêt de la VCE dans le diagnostic et la prise en charge des patients des lésions vasculaires du grêle. Reste ensuite le diagnostic formel qui relève à la fois de l'examen anatomopathologique, mais aussi de l'évaluation clinicobiologique, étant donné les syndromes associés aux hémangiomes.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Aabakken L, Scholz T, Østensen AB, Emblem R, Jermstad T. Capsule endoscopy is feasible in small children. *Endoscopy* 2003;35:798.
2. Saurin JC, Delvaux M, Vahedi K, Gaudin JL, Villarejo J, Florent C, et al. Clinical impact of capsule endoscopy compared to push enteroscopy: 1-year follow-up study. *Endoscopy* 2005; 37:318–23.
3. Pennazio M. Bleeding update. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:251–66.
4. Consensus en endoscopie digestive. Indications de la vidéocapsule du grêle selon et hors indications validées en 2008 par la Haute Autorité de santé (HAS). *Acta Endosc* 2011;41:230–4.
5. Pennazio M, Eisen G, Goldfarb N. ICCE consensus for obscure gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2005;37:1046–50.
6. Paski SC, Semrad CE. Small bowel tumors. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009;19:461–79.
7. Camilleri M, Chadwick VS, Hodgson JF. Vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *Hepatogastroenterology* 1984;31:149–53.
8. Ramanujam PS, Venkatesh KS, Bettinger L, Hayashi JT, Rothman MC, Fietz MJ. Hemangioma of the small intestine: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1995;90:2063–4.
9. Boyle L, Lack EE. Solitary cavernous hemangioma of small intestine. Case report and literature review. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117:939–41.
10. Yamamoto H, Kita H, Sunada K, Hayashi Y, Sato H, Yano T, et al. Clinical outcomes of double-balloon endoscopy for the diagnosis and treatment of small-intestinal diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:1010–16.
11. Emami MH, Haghani S, Tavakkoli H, Mahzouni P. Endoscopic polypectomy resection of blue rubber bleb nevus lesions in small bowel. *Indian J Gastroenterol* 2008;27:165–6.
12. Sylla P, Deutsch G, Luo J, Recavarren C, Kim S, Heimann TM, et al. Cavernous, arteriovenous, and mixed hemangioma-lymphangioma of the rectosigmoid: rare causes of rectal bleeding — case series and review of the literature. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:653–8.

Tableau 1 Classification de Camilleri, et al.

I — Malformations artérioveineuses (angiodysplasies, ectasies vasculaires)
II — Phlébéctasies multiples
III — Télangiectasies
a) Télangiectasies héréditaires hémorragiques (Rendu-Osler)
b) Syndrome de Turner
c) Calcinose-Raynaud-Sclérodactylie-Télangiectasies (CRST)
IV — Hémangiomes
a) Capillaire
b) Caverneux simple ou diffus
c) Mixte
d) Syndrome de Peutz-Jeghers
e) Syndrome <i>Blue rubber bleb naevus</i>
f) Syndrome de Klippel-Trenaunay-Weber
V — Anomalie du tissu conjonctif
a) Pseudoxanthoma elasticum
b) Syndrome d'Ehlers-Danlos