Un Crohn duodénal complexe

V. Simon, J. Bellanger, L. Arrivé, J. H. Lefevre

► To cite this version:

V. Simon, J. Bellanger, L. Arrivé, J. H. Lefevre. Un Crohn duodénal complexe. Côlon & Rectum, 2016, 10 (2), pp.128 - 130. 10.1007/s11725-016-0641-7 . hal-01445130

HAL Id: hal-01445130

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01445130>

Submitted on 24 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Un Crohn duodénal complexe.

Vanille Simon¹, Jérôme Bellanger², Lionel Arrivé³, Jérémie H. Lefevre¹

¹ Département de chirurgie Générale et Digestive, Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Sorbonne Universités, UPMC, Univ Paris 06

² Département de Gastroentérologie, Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Sorbonne Universités, UPMC, Univ Paris 06

⁴ Département de Radiologie, Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Sorbonne Universités, UPMC, Univ Paris 06

Cas clinique.

Un patient âgé de 40 ans, sans antécédents médicaux, est suivi pour une maladie de Crohn (MC) diagnostiquée en 1998. Il se plaignait de douleurs épigastriques avec des vomissements, sans troubles du transit. Une endoscopie avait confirmé le diagnostic, montrant une inflammation segmentaire avec des ulcérations transpariétales dans le duodénum et l'iléon. Pendant douze ans, il a reçu différents traitements médicaux, comme Pentasa, inhibiteur de la pompe à protons et les stéroïdes, sans amélioration clinique. La MC est devenu cortico dépendants et le patient a refusé un traitement par l'azathioprine. Entre 2010 et 2011, il a consulté en urgence à plusieurs reprises pour des douleurs épigastriques associées à une occlusion intestinale. Une endoscopie a trouvé une sténose serrée et ulcérée de la 2^{ème} partie du duodénum. Une dilatation endoscopique a été tentée mais s'est compliquée d'une perforation traitée médicalement avec succès.

En Juillet 2014, les douleurs épigastriques et vomissements réapparurent rapidement. Trois épisodes de pancréatite aiguë ont été diagnostiqués (lipase jusqu'à 1695 UI / L), et confirmés au scanner. Le patient présentait une perte de poids (de 80 à 61 kg en deux ans). Une cholangio-IRM a montré une distension gastrique en amont d'une obstruction D2-D3 (figure 1a, 1b) avec une distension du canal cholédoque (8mm) et du canal pancréatique (9mm). Plusieurs calculs ont été également observés dans le canal pancréatique principal (figure 1c). Une entéro-IRM a complété le bilan en identifiant trois sténoses : iléite terminale sur 10 cm, une jéjunite sur 6 cm et une obstruction à la jonction D2-D3 duodénale (figure 1d). Une écho-endoscopie a été tentée mais aucune biopsie n'a pu être réalisée du fait de la sténose.

Le patient a reçu trois mois de la nutrition parentérale (PeriOlimel 2000 kcal par jour). Son poids avant la chirurgie était de 59 kg (IMC = 17,4 kg / m²). En mai 2015, une laparotomie médiane a été réalisée. Nous avons effectué une duodénopancréatectomie céphalique (DPC) avec cholécystectomie, une résection de 10 cm sur le jéjunum proximal et une résection iléale de 20 cm de l'iléon. Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé avec une anastomose gastro-jéjunale termino-terminale avec conservation pylorique, une anastomose cholédoco-jéjunale termino-latérale, une anastomose pancréatico-gastrique termino-latérale et une anastomose jéjuno-jéjunal termino-terminale (figure 2). Une iléocolostomie a été créée en fosse iliaque droite. Les suites post-opératoires ont été simples. Une fistule pancréatique biologique a été diagnostiquée le jour 3 avec une lipase à 4000 UI/L dans le drain gauche, traitée par jeûne et la sandostatine intra-veineuse. Le transit est revenu à J4 et le patient sorti à J15.

L'analyse histologique a confirmé la maladie de Crohn avec des marges de résection saines. Il n'y avait pas de dysplasie ou d'une lésion néoplasique. La double stomie a été fermée 6 semaines plus tard sans complication. En RCP-MICI, aucun traitement adjuvant n'a été

décidé. Six mois après la résection, le patient était asymptomatique avec un poids de 73 kg et un transit normal.

Le Crohn duodéal est une localisation rare de la maladie. Une majorité de patients ont des localisations associées ce qui complique sa prise en charge [1]. Le traitement est habituellement médical mais la chirurgie peut être nécessaire en cas d'échec. Les différentes options chirurgicales sont les dérivations, les stricturoplasties ou la résection. [2]

Murray et al. ont montré que les traitements conservateurs étaient moins morbides que la DPC [3]. La dérivation est l'intervention habituellement réalisée du fait de sa simplicité. Elle peut même être réalisée sous laparoscopie. [2] La dérivation est associée à un bon résultat fonctionnel même si les séries sont anciennes avec un suivi court. [1, 4-6] Au long cours, les résultats sont moins convaincants avec 38% de réintervention pour Murray (suivi médian de 12,3 ans) [3], allant jusqu'à 79% pour Ross et al. (suivi médian de 13,9 ans) [7]. Les causes de réintervention sont le plus souvent l'apparition d'une nouvelle sténose ou une fistule duodénale. [1, 3, 8]

La stricturoplastie est une alternative efficace et sûre pour traiter une sténose courte du duodenum. [9, 10] Yamamoto and al. ont montré néanmoins qu'elle n'apportait pas de d'avantage par rapport à la dérivation et qu'elle était associée à un taux de récurrence plus important.

Dans le cas présent ces deux techniques n'étaient pas réalisables. De plus les épisodes de pancréatites aiguës avec des calculs dans la voie biliaire principale nécessitaient une DPC. Avec 15 années d'évolution inflammatoire, la crainte d'une dégénérescence de la lésion duodénale poussait à la résection. Enfin l'existence de deux autres sténoses sur l'intestin grêle nécessitait également une résection. Le rétablissement après la DPC a été choisi afin de pouvoir continuer d'explorer la totalité de l'intestin grêle comme c'est le cas pour les

polyposes adnéomateuses familiales. Après un montage classique, environ 60 à 70 cm de jéjunum ne sont plus explorable endoscopiquement. [12]

REFERENCES

1. Nugent FW, Roy MA. Duodenal Crohn's disease: an analysis of 89 cases. *Am J Gastroenterol* 1989; **84**: 249-54.
2. Shapiro M, Greenstein AJ, Byrn J, Corona J, Greenstein AJ, Salky B, et al. Surgical management and outcomes of patients with duodenal Crohn's disease. *J Am Coll Surg* 2008; **207**: 36-42.
3. Murray JJ, Schoetz DJ, Jr., Nugent FW, Collier JA, Veidenheimer MC. Surgical management of Crohn's disease involving the duodenum. *Am J Surg* 1984; **147**: 58-65.
4. Wise L, Kyriakos M, McCown A, Ballinger WF. Crohn's disease of the duodenum. A report and analysis of eleven new cases. *Am J Surg* 1971; **121**: 184-94.
5. Fielding JF, Toye DK, Beton DC, Cooke WT. Crohn's disease of the stomach and duodenum. *Gut* 1970; **11**: 1001-6.
6. Lossing A, Langer B, Jeejeebhoy KN. Gastroduodenal Crohn's disease: diagnosis and selection of treatment. *Can J Surg* 1983; **26**: 358-60.
7. Ross TM, Fazio VW, Farmer RG. Long-term results of surgical treatment for Crohn's disease of the duodenum. *Ann Surg* 1983; **197**: 399-406.
8. Yamamoto T, Bain IM, Connolly AB, Allan RN, Keighley MR. Outcome of strictureplasty for duodenal Crohn's disease. *Br J Surg* 1999; **86**: 259-62.
9. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. An audit of gastroduodenal Crohn disease: clinicopathologic features and management. *Scand J Gastroenterol* 1999; **34**: 1019-24.
10. Worsey MJ, Hull T, Ryland L, Fazio V. Strictureplasty is an effective option in the operative management of duodenal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1999; **42**: 596-600.

11. Tonelli F, Alemanno G, Bellucci F, Focardi A, Sturiale A, Giudici F. Symptomatic duodenal Crohn's disease: is strictureplasty the right choice? *J Crohns Colitis* 2013; **7**: 791-6.
12. Caillie F, Paye F, Desaint B, Bennis M, Lefevre JH, Parc Y, et al. Severe duodenal involvement in familial adenomatous polyposis treated by pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg Oncol* 2012; **19**: 2924-31.
13. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Risk factors for intra-abdominal sepsis after surgery in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2000; **43**: 1141-5.
14. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Pocard M, Vicaud E, Valleur P. Risk factors for intra-abdominal septic complications after a first ileocecal resection for Crohn's disease: a multivariate analysis in 161 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 2007; **50**: 331-6.
15. Chen Z, Song X, Yang D, Li Y, Xu K, He Y. Pancreaticogastrostomy versus pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy: a meta-analysis of randomized control trials. *Eur J Surg Oncol* 2014; **40**: 1177-85.
16. El Nakeeb A, Salah T, Sultan A, El Hemaly M, Askr W, Ezzat H, et al. Pancreatic anastomotic leakage after pancreaticoduodenectomy. Risk factors, clinical predictors, and management (single center experience). *World J Surg* 2013; **37**: 1405-18.
17. Beaugerie L, Itzkowitz SH. Cancers complicating inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2015; **372**: 1441-52.