



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/15743
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15743>



RESEARCH ARTICLE

LA PNEUMATOSE KYSTIQUE INTESTINALE SECONDAIRE A UN ULCERE PEPTIQUE : A PROPOS D'UN CAS CHU -MOHAMED VI MARRAKECH ,MAROC ,UNIVERSITE CADI AYYAD SERVICE CHIRURGIE VISCERALE

Etoka E.C, Miguil M.S, Iben Loualid Y., Yila A., Lammat H., Rabbani K. and Louzi A.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 September 2022
Final Accepted: 27 October 2022
Published: November 2022

Abstract

La pneumatose kystique intestinale est une pathologie rare qui se caractérise par la présence de kystes gazeux dans la paroi intestinale. Elle est asymptomatique ou pauci symptomatique, et le plus souvent découverte lors d'un examen d'imagerie ou d'endoscopie. Nous rapportons un cas de pneumatose iléale compliquée d'une péritonite par perforation d'ulcère chez un patient de 50ans.

Copy Right, IJAR, 2022,. All rights reserved.

Introduction:-

La pneumatose kystique intestinale (PKI) est définie par la présence des kystes gazeux dans la paroi du tube digestif, avec prédilection pour l'intestin grêle et le colon. Elle est décrite pour la première fois en 1730 par le français DUVERNOY à l'occasion d'un compte rendu d'autopsie [1]. Elle est décrite dans plusieurs pathologies. La connaissance de cette pathologie est nécessaire afin d'éviter une inflation d'exploration et de mesures thérapeutiques dénuées de bénéfices pour le patient.

Patient Et Observation:-

Patient âgé de 50ans, sans antécédents particulier admis aux urgences pour des douleurs abdominales avec distension abdominale depuis plusieurs jours évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve un patient apyrétique légèrement tachycarde à 95bat/min, avec à l'examen clinique abdominal a objectivé une défense abdominale diffuse. Radio thorax prenant les coupes sans anomalie. Le bilan biologique montre GB a 10660 avec une CRP 100. Une TDM TAP a objectivé un pneumopéritoine de grande abondance en sus et sous méso colique (**Figure 2**). Le malade fut opéré par la suite et a bénéficié d'une suture de la perforation avec lavage abondant au SSI, à noté que l'exploration chirurgicale retrouvait un épanchement intra péritonéal de grande abondance, une PNK intestinale (**Figure 3**) et une perforation pré pylorique. Les suites opératoires étaient sans particularités.

Corresponding Author:- Etoka E.C



Figure 1:- Radio Thorax est sans anomalie.

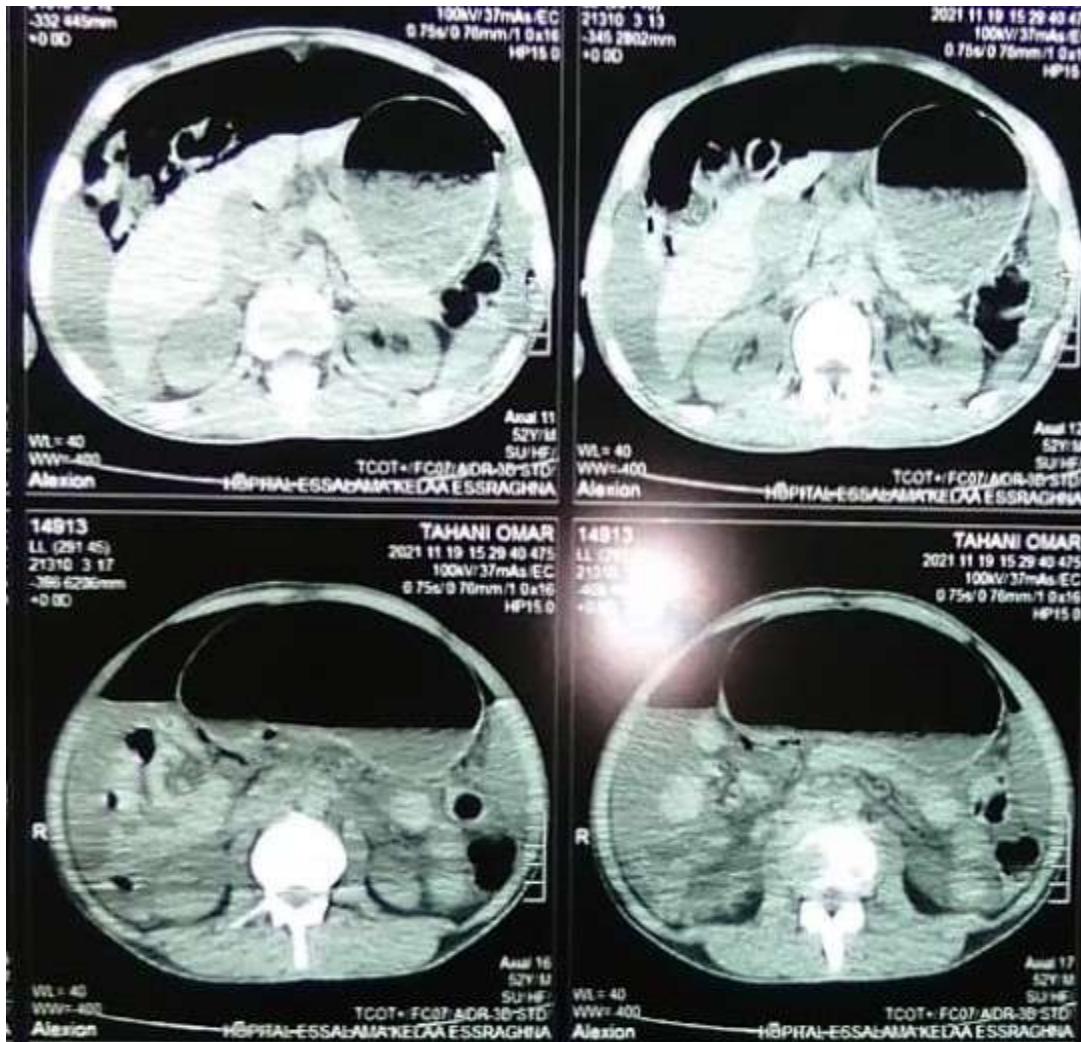


Figure 2:- Tomodensitométrie montrant un pneumopéritoine en sus et sous méso colique.



Figure 3:- Image per-opératoire montrant la PKI.

Discussion:-

La pneumatose kystique intestinale (PKI) est une maladie bénigne rare, décrite pour la première fois par le français Duvernoy à la fin du XVII^e siècle, caractérisée par la présence de kystes à contenu gazeux (pneumokystes), habituellement multiples, de taille et de distribution variable. Ces lésions peuvent siéger de l'œsophage au rectum, mais prédominent au niveau du grêle et du côlon [1]. Ils sont généralement sous-muqueux dans le côlon, prenant l'aspect de nodules polypoïdes sessiles, ils sont plus souvent sous-séreux dans l'intestin grêle, revêtant la forme de bulles en grappes de raisin, et se situent alors surtout sur le bord méésentérique [2]. La paroi des kystes est parfois très fine et peut être rompue, soit spontanément, soit après une biopsie endoscopique provoquant un véritable pneumopéritoine [3,4]. De nombreuses causes ont été décrites [5]: maladies inflammatoires intestinales, maladies obstructives pulmonaires ou gastro-intestinales, hémopathies malignes, collagénoses, ulcère peptique ce qui est le cas de notre observation. L'endoscopie digestive traumatique, les greffes d'organes, le traitement immunosuppresseur et la corticothérapie prolongée sont aussi d'autres causes de la PNK. Les mécanismes physiopathologiques évoqués sont multiples et restent mal connus (rupture mécanique de la muqueuse digestive par hyperpression intraluminaire, processus inflammatoire, infectieux ou médicamenteux fragilisant cette muqueuse). La PKI est généralement paucisymptomatique. L'âge de découverte se situe entre 40 et 50 ans avec un sex-ratio de 1:1 [6]. Dans la plupart des cas, la symptomatologie digestive est aspécifique, faite de douleurs abdominales vagues, d'intensité variable, diffuses ou localisées et accompagnées de troubles du transit. Certaines complications rares (3 % des cas) liées au volume kystique ont été décrites : volvulus, invagination, perforation, hémorragie [7]. C'est pour ces raisons que le diagnostic repose essentiellement sur les examens complémentaires. Ainsi, le diagnostic peut être évoqué dès l'ASP devant des images aériques arrondies accolées en grappes de raisin ou en chapelet, bordant la paroi du tube digestif. Deux signes indirects sont importants à chercher [8]: le signe de Moreau Chilaïditi qui correspond à l'interposition de multiples grappes de bulles entre le foie et la coupole diaphragmatique droite et un éventuel pneumopéritoine témoignant de la rupture d'un kyste sous-séreux. Ce pneumopéritoine, présent dans 15 %

des atteintes du grêle et 3 % des atteintes coliques, est souvent source d'erreur et d'interventions chirurgicales non justifiées [9]. La tomodensitométrie avec opacification intestinale possède une bonne précision diagnostique [10]. Elle révèle des images de densité gazeuse dans la paroi digestive, mieux visibles en section transversale et en fenêtre pulmonaire [8,11]. L'association à un pneumopéritoine asymptomatique est quasi pathognomonique [2]. On a décrit un aspect échographique associant un amincissement de la paroi intestinale et des échos avec ombre acoustique, réalisant le «signe de l'aurore» [12]. Il existe un critère diagnostique important qui est l'absence d'aéroportie (à la différence des gangrènes intestinales) à la tomodensitométrie ou l'échographie [13]. En endoscopie, les kystes correspondent à de larges polypes sessiles hémisphériques, recouverts d'une muqueuse pâle et transparente, parfois ulcérée. Typiquement, on obtient l'affaissement du kyste à la ponction ou la biopsie avec un bruit d'éclatement [14]. L'évolution spontanée de la PKI qu'elle soit d'origine ulcéreuse ou autre est favorable dans la majorité des cas avec une régression totale des kystes. Certaines formes peuvent avoir une évolution chronique avec des périodes de rémission et de rechute [15]. Le traitement de la PKI est médical et empirique. Il associe une antibiothérapie per os dirigée contre les anaérobies [16] (le métronidazole est le plus souvent prescrit), une oxygénothérapie hyperbare ou un régime sans résidus pauvre en hydrates de carbone [17]. Les modalités et la durée de ce traitement restent discutées. Le taux de récurrence est important (50 % des cas) et reste lié aux affections associées d'où l'intérêt d'un traitement étiologique [18]. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de complications et en cas de symptomatologie rebelle au traitement médical [19,20]. Il consiste à réséquer le segment intestinal atteint par laparotomie ou encore mieux par laparoscopie. Ce dernier abord est préféré du fait de la bénignité de la pathologie et des conditions locales favorables (absence d'inflammation, absence d'adhérence imputable à cette pathologie).

Conclusion:-

Le diagnostic de pneumatose kystique intestinale doit être évoqué dès l'imagerie. La discordance entre les signes radiologiques et la symptomatologie doit attirer l'attention. Le traitement est médical lié aux hypothèses physiologiques. La PNK secondaire à un ulcère peptique reste rare, son évolution est généralement favorable et son traitement repose essentiellement sur celui de la sténose ulcéreuse, il peut être médical ou chirurgical. La connaissance de cette pathologie rare permet d'éviter une laparotomie exploratrice inutile.

Références:-

1. Grasland A, Pouchot J, Leport J. Pneumatose kystique intestinale. Presse Med. 1998; 27 (35):1804-11. **PubMed | Google Scholar**
- Jamart J. Pneumatosis cystoides intestinalis - A statistical study of 919 cases. Acta Hepatogastroenterol (Stuttg). 1979; 26(5): 419-422. **PubMed | Google Scholar**
2. Heng Y, Schuffler MD, Haggitt RC, and Rohrmann CA. Pneumatosis intestinalis: a review. Am J Gastroenterol. 1995; 90(10): 1747-1758. **PubMed | Google Scholar**
- Guillem P. Radiologic pneumoperitoneum without perforation of a hollow viscus. J Chir (Paris). 2002; 139(1): 5-15. **PubMed | Google Scholar**
3. Kianmanesh Rad AR, Vilotte J, Benhamou G. Pneumatose kystique du côlon. Ann Chir. 1997;51(9):995-1000. **PubMed | Google Scholar**
4. Pavic M, Debourdeau P, Ehre P, Billaud Y. Pneumatose intestinale : forme kystique colique droite d'aspect linéaire au scanner. Presse Med. 2002; 31(21): 973-5. **PubMed | Google Scholar**
- Khalil PN, Huber-Wagner S, Ladurner R, Kleespies A, Siebeck M, Mutschler W. Natural history, clinical pattern and surgical considerations of pneumatosis intestinalis. Eur J Med Res. 2009; 14(6): 231-9. **PubMed | Google Scholar**
5. Brientini F, Debilly M, Litzler JF. La Pneumatose kystique colique : un diagnostic scanographique spécifique. J Radiol. 1995;76 (2-3):135-40. **PubMed | Google Scholar**
6. Bellon JM, Fingerhut A, Oberlin P. Pneumatose kystique intestinale révélée par un pneumopéritoine. Ann Gastroenterol Hepatol. 1986; 22 (1):15-7. **PubMed | Google Scholar**
7. Pun YL, Russell DM, Taggart GJ, and Barraclough DR. Pneumatosis intestinalis and pneumoperitoneum complicating mixed connective tissue disease. Br J Rheumatol. 1991; 30(2): 146-149. **PubMed | Google Scholar**
8. Scheidler J, Stabler A, Kleber G, and Neidhardt D. Computed tomography in pneumatosis intestinalis: differential diagnosis and therapeutic consequences. Abdom Imaging. 1995; 20(6): 523-528. **PubMed | Google Scholar**

9. Kohzaki S, Hayashi K, Fukuda T, Uetani M, Kawano Y, and Iriarte WL. Case report: the "aurora sign"--a new sonographic sign of pneumatosis cystoides intestinalis. *Br J Radiol.* 1994; 67(804): 1275-1277. **PubMed | Google Scholar**
10. Feczko PJ, Mezwa DG, Farah MC, and White BD. Clinical significance of pneumatosis of the bowel wall. *Radiographics.* 1992; 12(6): 1069-1078. **PubMed | Google Scholar**
11. Rogy MA, Mirza DF, Kovats E, and Rauhs R. Pneumatosis cystoides intestinalis (PCI). *Int J Colorectal Dis.* 1990; 5(2): 120-124. **PubMed | Google Scholar**
12. Julien Jarry, Vien Nguyen, Adeline Stolz, Nicolas Bourilhon, Marc Imperato, Philippe Michel. Pneumatosis cystoides intestinalis in the colon. *Presse Med.* 2012 (7-8) ; 41: 772-774. **PubMed | Google Scholar**
13. Tak PVan duinen C, BUN P. Pneumatosis cystoides intestinalis in intestinal pseudo-obstruction; Resolution after therapy with metronidazole. *Dig Dis Sci.* 1992; 37 (6): 949-54. **PubMed | Google Scholar**
14. Grieve DA, Unsworth IP. Pneumatosis intestinalis: an experience with hyperbaric oxygen treatment. *AUst N Z J Surg.* 1991; 61(21): 423-6. **PubMed | Google Scholar**
15. Gagliardi G, Thompson IW, Hershman MJ, Forbes A, Hawley PR, Talbot IC. Pneumatosis Coli: a proposed pathogenesis based on study of 254 cases and review of literature. *Int J Coloret Dis.* 1996; 11(3): 111-8. **PubMed | Google Scholar**
16. Boland C, De Ronde T, Lacrosse M, Trigaux JP, Delaunois L, and Melange M. Pneumatosis cystoides intestinalis associated with Steinert disease. *Gastroenterol Clin Biol.* 1995; 19(3): 305-308. **PubMed | Google Scholar**
17. Boerner RM, DB Fried, DM Warshauer, and K Isaacs. Pneumatosis intestinalis - Two case reports and a retrospective review of the literature from 1985 to 1995. *Dig Dis Sci.* 1996; 41(11): 2272-2285. **PubMed | Google Scholar**