



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Estomac pastèque au cours de la sclérodermie systémique

Watermelon stomach in systemic sclerosis

K. Laoubi^a, Y. Allanore^a, S. Chaussade^b, A. Kahan^a, J. Wipff^{a,*}

^a Service de rhumatologie A, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^b Service de gastro-entérologie, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Reçu le 7 décembre 2009 ; accepté le 8 mars 2010

Disponible sur Internet le 24 avril 2010

MOTS CLÉS

Sclérodermie
systémique ;
Estomac pastèque ;
Ectasie vasculaire
antrale gastrique ;
Traitement
endoscopique

KEYWORDS

Systemic sclerosis;
Watermelon stomach;
Gastric antral
vascular ectasia;
Endoscopic treatment

Résumé La sclérodermie systémique (ScS) est une connectivite caractérisée par des lésions microvasculaires diffuses et qui comporte une atteinte du tractus digestif dans environ 90 % des cas. Le segment le plus fréquemment atteint est l'œsophage mais l'ensemble du tube digestif peut être affecté. Le reflux gastro-œsophagien est l'atteinte digestive la plus fréquente mais des lésions plus inhabituelles peuvent être rencontrées. L'ectasie vasculaire antrale gastrique (GAVE) ou estomac pastèque fait partie de ces complications rares ; elle relève de modifications des capillaires sous-muqueux qui sont dilatés et parfois thrombosés et entre dans le cadre de la microvasculopathie de la maladie. Cette complication est une étiologie d'anémie profonde au cours de la ScS à ne pas méconnaître du fait de sa gravité potentielle. Elle appelle un traitement local spécifique adapté.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Systemic sclerosis (SSc) is a connective tissue disorder characterized by microvascular involvement, which very frequently targets the digestive tract. Gastrointestinal involvement is noted in up to 90% of cases, the segment most frequently involved being the esophagus although the entire digestive tract may be affected. Gastroesophageal reflux is the most common symptom but other unusual complications may also occur. Gastric antral vascular ectasia (GAVE) or watermelon stomach is one such rare lesion; it relates to a disturbed capillary bed, which appears dilated, sometimes with thrombi under the mucosa. This lesion is one expression of generalized SSc microvasculopathy. Its prevalence is not precisely known but appears to be weak; however, it remains a cause of anemia clinicians should be aware of. Indeed, specific local treatment must be delivered and is usually efficient despite frequent recurrent events.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julien.wipff@cch.aphp.fr (J. Wipff).

Introduction

La sclérodémie systémique (ScS) est une maladie multifactorielle complexe avec une atteinte du tractus digestif dans environ 90 % des cas. Hormis le reflux gastro-œsophagien qui est l'atteinte digestive la plus fréquente, peuvent également se développer des lésions vasculaires notamment gastriques sous la forme d'un estomac pastèque. Cette malformation vasculaire est rarement associée à la ScS mais peut expliquer une anémie chronique parfois profonde. Elle nécessite souvent un traitement spécifique.

Cas n° 1

Madame M. âgée de 61 ans était suivie dans le service depuis 2003 pour une ScS de forme cutanée limitée associant un syndrome de Raynaud, une sclérodactylie, des tégangiectasies cutanées du visage, un reflux gastro-œsophagien, une atteinte myocardique infraclinique et une fibrose pulmonaire basale minime sans syndrome restrictif mais avec diminution isolée de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone divisée par le volume alvéolaire (DLCO/VA) à 50 % reflétant des lésions de vasculopathie. Les anticorps antinucléaires étaient positifs à 1/1280 sans spécificité. Son traitement comprenait un inhibiteur calcique (Loxen LP50) et un inhibiteur de la pompe à protons (IPP ; Mopral 20).

En mars 2003, une pâleur cutanéomuqueuse subite avec asthénie extrême a conduit à diagnostiquer une anémie microcytaire ferriprive avec une hémoglobine (Hb) à 8,7 g/dL, un VGM à 74 μ^3 et une ferritinémie effondrée à 3 $\mu\text{g/L}$. Une fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) a objectivé macroscopiquement des plis prépyloriques congestifs convergents (Fig. 1 et 2) et un endobrachyoœsophage (EBO). L'histologie a confirmé le diagnostic d'ectasie vasculaire antrale gastrique (GAVE) associée à une gastrite antrale.

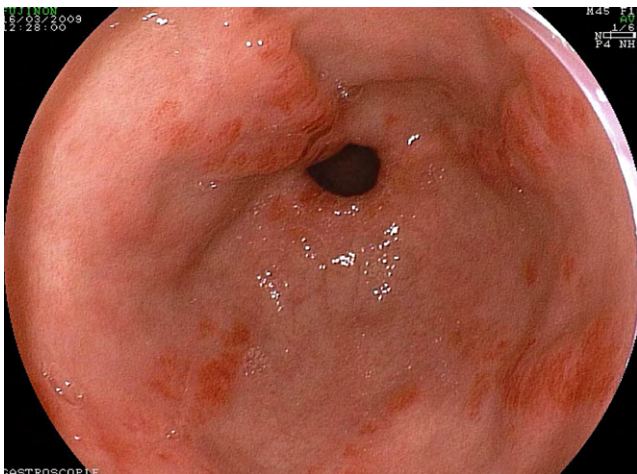


Figure 1 Estomac pastèque ou ectasie vasculaire antrale découvert devant une anémie chronique, représenté par des plis longitudinaux, érythémateux, limités à l'antré et convergeant vers le pylore : stries comparées à celles d'une pastèque. *Watermelon stomach or gastric antral vascular ectasia (GAVE) diagnosed on anemia and antral dilated capillary bed, which appears dilated on endoscopy.*

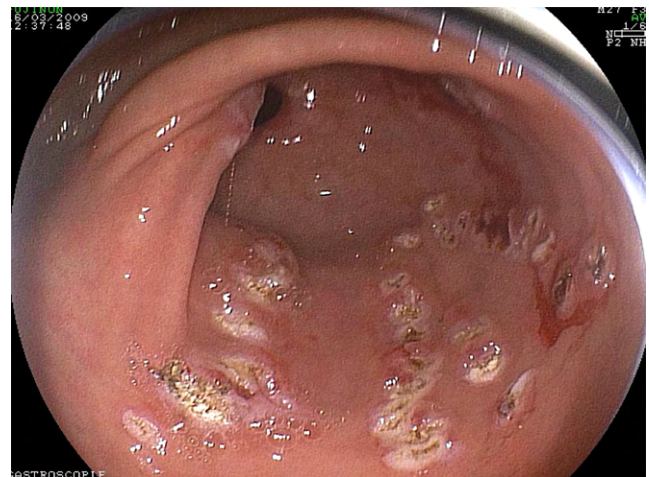


Figure 2 Estomac pastèque ou ectasie vasculaire antrale après coagulation par plasma ARGON. *Watermelon stomach or gastric antral vascular ectasia (GAVE) after plasma ARGON photocoagulation.*

Cette anémie a nécessité la transfusion de deux culots globulaires et l'instauration d'une supplémentation ferrique par Tardyféron® trois comprimés par jour permettant une augmentation de l'Hb à 11,9 g/dL stable jusqu'en septembre 2003 où, suite à un contrôle par fibroscopie confirmant la persistance de la GAVE et une ferritinémie toujours basse à 11 $\mu\text{g/L}$, un traitement endoscopique incluant deux séances d'électrocoagulation au plasma ARGON sur les lésions vasculaires a été réalisé avec normalisation de la ferritinémie pendant plus d'un an.

En 2005, malgré une Hb à 13,3 g/dL, et devant la persistance d'une GAVE endoscopique, une nouvelle séance d'électrocoagulation a été réalisée. La patiente a ensuite été perdue de vue.

Cas n° 2

Madame F. âgée de 49 ans a été suivie pour une ScS de forme cutanée diffuse, diagnostiquée en octobre 2003, devant une sclérodactylie sans tégangiectasies, un syndrome de Raynaud et des polyarthralgies évoluant depuis avril 2003. Les anticorps antinoyaux étaient positifs à 1/160 sans spécificité. On notait dans ses antécédents un diabète cortico-induit secondaire à la prise de corticoïdes pour un asthme sévère. Le traitement de fond comportait Trolovol®. En janvier 2004, la patiente a été prise en charge dans le service pour crise rénale avec créatininémie à 336 $\mu\text{mol/L}$ et hypertension artérielle (HTA) à 170/100, nécessitant l'introduction d'une bithérapie antihypertensive avec association de fortes doses de nifédipine et d'énalapril permettant un contrôle de l'HTA avec stabilisation de la créatinémie à 300 $\mu\text{mol/L}$ sans recours à la dialyse.

En février 2004, est apparue brutalement une anémie avec Hb à 9,1 g/dL, microcytaire et ferriprive (ferritinémie à 26 $\mu\text{g/L}$), nécessitant la transfusion de six culots globulaires. Malgré une injection hebdomadaire d'érythropoïétine (EPO) et une recharge ferrique, la baisse de la ferritinémie a persisté ainsi que l'anémie nécessitant, en juillet 2004, une première FOGD retrouvant une antrite érythémateuse

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2975656>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2975656>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)