



**Maladie de Crohn révélée par une sténose duodénale : A propos d'un cas**  
***Crohn's disease revealed by duodenal stenosis: About one case***

Abdelkrim Chetibi<sup>1</sup>, Malika Ghazali<sup>1</sup>, Said Kadem<sup>1</sup>, Rachid Ghemit<sup>1</sup>, Mohamed Lamine Abbou<sup>1</sup>, Mustapha Saidani<sup>1</sup>

**Auteur correspondant**

Abdelkrim Chetibi, MD, Ph D  
Courriel : karim.chetibi@yahoo.fr  
Service de chirurgie générale et oncologique  
Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous  
Faculté de médecine d'Alger – Algérie  
Adresse postale : 40 Rue les Bassins El Achour, Alger

**Summary**

Crohn's disease can affect the entire digestive tract; however, it is rare to be presented with a duodenal involvement complicated by stenosis. Here, we report a case of a 27-year-old woman who began her Crohn's disease with symptomatic duodenal stenosis, with repercussions on the general condition. The diagnosis was confirmed by gastrointestinal endoscopy and the patient was operated on after failure of medical treatment. She has benefited from a gastroenteroanastomosis and the postoperative follow-up was favourable.

**Keywords:** Crohn's disease, Duodenum, Stenosis, gastroenteroanastomosis

Received: November 15<sup>th</sup>, 2023

Accepted: June 20<sup>th</sup>, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.14>

1. Service de chirurgie générale et oncologique  
Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous  
Faculté de médecine d'Alger – Algérie

**Résumé**

La maladie de Crohn peut atteindre l'ensemble du tractus digestif, mais il est rare qu'elle se révèle par une atteinte duodénale compliquée de sténose. Nous rapportons ici, le cas d'une jeune femme âgée de 27 ans ; consultant pour des douleurs épigastriques associées à des vomissements sans retentissement sur l'état général. Une fibroscopie œsogastroduodénale a révélé une sténose ulcérée infranchissable post pylorique. L'étude anatomopathologique des biopsies a confirmé la présence d'une maladie de Crohn à localisation duodénale. La patiente était opérée après échec au traitement médical et à plusieurs tentatives de dilatations endoscopiques. Elle a ensuite bénéficié d'une Gastro-entéro-anastomose, les suites opératoires étaient sans particularités.

**Mots-clés :** Maladie de Crohn, Duodénum, Sténose, Gastroentéroanastomose

Reçu le 15 novembre 2023

Accepté le 20 juin 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.14>



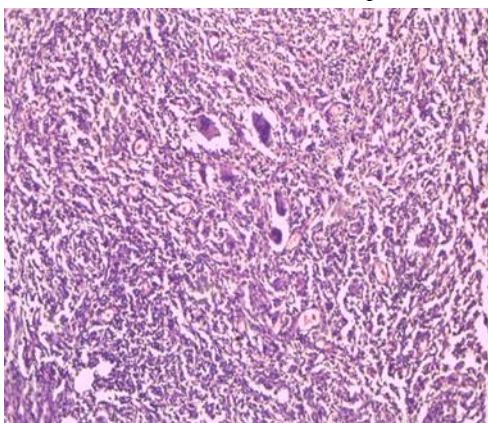
## Introduction

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui évolue par poussées aiguës entrecoupées de périodes de rémission. Elle peut affecter l'ensemble du tube digestif. Néanmoins, l'association des localisations duodénale et iléale est très rare, observé chez 0,5 et 4 % des malades atteints (1). Souvent ces lésions duodénales passent inaperçues, elles sont prises en charge par le traitement médicamenteux prescrit initialement pour une atteinte iléo-colique primaire. Les approches chirurgicales habituellement proposées sont donc les Gastro-entéro-anastomoses (2) ou les stricturoplasties (3) sans d'espoir de guérison définitive. Nous rapportons ici, le cas inhabituel de la maladie de Crohn à localisation duodénale.

## Observation clinique

Femme âgée de 27 ans, aux antécédents Familiaux de maladie de crohn chez la mère et la tante, elle souffrait depuis quelques mois d'épigastralgies et des vomissements post-prandiaux sans troubles du transit, réfractaire aux traitements médicaux.

Une oesogastroduodénoscopie montrait une sténose ulcérée infranchissable post pylorique. Les biopsies réalisées révélaient la présence d'une maladie de Crohn à localisation duodénale. Une coloscopie a montré une muqueuse iléale terminale ulcérée sans signes de sténose et dont les biopsies, montraient des granulomes épithélioïdes (Fig.1) en rapport avec une maladie de Crohn en poussée.

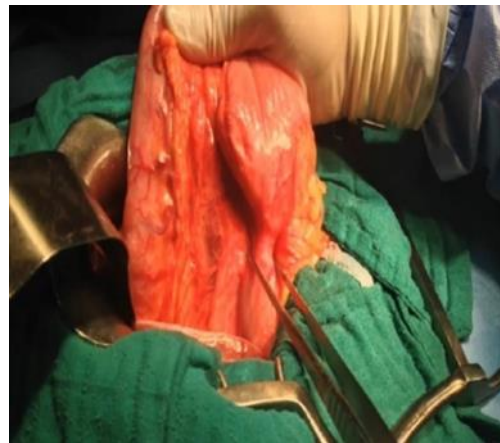


**Figure 1 :** Granulomes épithélioïdes

Un entéro-scanner a montré un épaississement sténosant d'allure inflammatoire centré sur la jonction duodénojunale associé à des signes d'iléite terminale d'allure inflammatoire et non sténosante. Plusieurs dilatations endoscopiques

ont été pratiquées mais sans succès. Une intervention chirurgicale par laparotomie médiane était décidée. L'exploration peropératoire a découvert la présence d'une sténose infranchissable du quatrième duodénum (Fig. 2) sans signes de sténose sur la dernière anse iléale.

Une Gastro-entéro-anastomose (Fig. 3) sans vagotomie était réalisée. Les suites postopératoires étaient simples. La patiente était mise sous Imurel. A trois mois de suivi, la patiente était asymptomatique.



**Figure 2 :** Sténose duodénale



**Figure 3 :** Gastro-entéro-anastomose

## Discussion

L'atteinte duodénale domine très rarement le tableau clinique en cas de maladie de Crohn. Dans ce cas, la patiente se plaint d'épigastralgies, d'amaigrissement, des vomissements post-prandiaux sont présents dans deux tiers des cas, l'hémorragie digestive à type d'hématémèse ou de méléna est rare. Des cas de pancréatite ont été décrits lors d'un envahissement péri-pancréatique (4).



Selon Nugent *et al.*, deux types de critères suggèrent la présence d'une maladie de Crohn duodénale (1) : histologique, avec la présence de granulomes au sein des zones inflammatoires ; endoscopique, avec la présence concomitante d'une maladie de Crohn distale.

Chez notre patiente, ces deux critères étaient présents, alors que selon certains auteurs les granulomes ne sont retrouvés que chez un malade sur quatre (5). L'existence d'une lésion granulomateuse duodénale doit également faire évoquer une maladie systémique telle qu'une sarcoïdose ou une tuberculose. Le traitement de la maladie de Crohn duodénale symptomatique est médical (6).

En cas d'atteintes d'origine ulcéreuse, il est recommandé de traiter par des inhibiteurs de la pompe à protons, les stéroïdes ou les aminosalicylés sont indiqués en cas d'échec au traitement initial. Le traitement endoscopique par dilatation et injection intra-lésionnelle de corticoïdes a été proposé pour les sténoses duodénales de petite taille (< 2 cm) avec un taux de succès de 96 % décrit dans certaines publications mais aux dépens d'un risque de perforation de 10 % et d'un taux de récurrence de 20 % à 18 mois (7). L'indication opératoire la plus judicieuse est la sténose duodénale symptomatique rebelle au traitement médical. Les différentes options chirurgicales sont : la stricturoplastie, la dérivation interne ou la résection. Vu le taux de morbidité engendré par les résections telles que la duodéno-pancréatectomie céphalique ou l'antrectomie. La Gastro-jéjunostomie constitue donc la seule indication légitime à une dérivation interne dans la maladie de Crohn. Elle permet au patient de se réalimenter rapidement, et constitue à l'ère des inhibiteurs de la pompe à protons une option efficace et probablement sûre chez des patients jeunes dont l'évolution de la maladie inflammatoire reste difficile à prédire.

Murray *et al.* ont montré que le traitement conservateur était moins morbide que la résection (3). L'équipe de la Cleveland Clinic (2) a rapporté le suivi sur 14 ans de dix patients porteurs d'une maladie de Crohn duodénale traités par une Gastro-entéro-anastomose ; dans cette série, 70 % des patients ont dû être réopérés à cause de l'apparition d'un ulcère anastomotique. Chez les patients atteints d'une maladie de Crohn et porteurs d'une sténose duodénale, il est difficile actuellement avec le petit nombre de cas décrits de comparer la gastro-

entéro-anastomose à la stricturoplastie. Ces deux approches doivent cependant être privilégiées par rapport aux techniques de résection, en raison de la nature chronique de la maladie inflammatoire. La stricturoplastie (9-10) a été proposée comme une alternative très intéressante pour traiter les sténoses duodénales courtes. Une stricturoplastie selon Heineke-Mickulicz est proposée en cas de sténose courte duodénale, alors que la stricturoplastie selon Finney est indiquée pour des sténoses plus longues. Les réinterventions décrites sont le plus souvent une récurrence de sténose ou bien une fistule anastomotique (1, 3,8).

### **Conclusion**

La maladie de Crohn révélée par une sténose duodénale est une entité rare, elle pose un problème diagnostique et thérapeutique. La Gastro-entéro-anastomose avec ou sans vagotomie est une technique sûre, reproductible et efficace. Cette observation clinique rare, permet de discuter de nouvelles alternatives thérapeutiques en cas d'atteinte isolée du duodénum par une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### **Contributions des auteurs**

Abdelkrim Chetibi a conçu l'étude et rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

### **Références**

1. Nugent FW, Roy MA. Duodenal Crohn's disease: an analysis of 89 cases. *AmJ Gastroenterol* 1989; **84**:249-254.
2. 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.
3. Salky B. Severe gastroduodenal Crohn's disease: surgical treatment. *Inflamm Bowel Dis* 2003; **9**:129-130.
4. Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow up of patients with Crohn's disease: relationship between the clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 1985; **88**:1818-1825.
5. Wagtmans MJ, Verspaget HW, Lamers HW, Van Hogezaand RA. Clinical aspect of Crohn's disease of the upper



- gastrointestinal tract: a comparison with distal Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1997; **92**:1467-1471.
6. Karaoglu A, Yukselen V. Obstructing Crohn's disease of the duodenum: is surgery always mandatory? *Int J Clin Pract* 2004; **58**:221-223.
  7. Singh V, Draganov P, Valentine J. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilatation of symptomatic upper and lower gastrointestinal crohn's disease strictures. *J ClinGastroenterol* 2005; **39**:284-290.
  8. Murray JJ, Shoetz Jr. DJ, Nugent FW, Collier JA, Veidenheimer MC. Surgical management of Crohn's disease involving the duodenum. *Am J Surg* 1984; **147**:58-65.
  9. Tonelli F, Alemanno G, Belluci F, Focardi A, Sturiale A, Giudici F, Symptomatic duodenal Crohn's disease in Strictureplasty the right choice? *J Crohus Colitis* 2013; **7**: 791-796.
  10. Worsey MJ, Hull T, Ryland L, Fazio V. Strictureplasty is inefficacy option in the operative management of duodenal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1999, **42**: 596-600.

Voici comment citer cet article : Chetibi A, Ghazali M, Kadem S, Ghemit R, Abbou ML, Saidani M. Maladie de Crohn révélée par une sténose duodénale : à propos d'un cas. *Ann Afr Med* 2024; **17** (4): e5708-e5711. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i4.14>