

UNE HYPERTENSION PORTALE PEUT EN CACHER UNE AUTRE...

A Fleury, S Monat, B Benchaâ, P Hervio, O Danne
Service de Gastro-Entérologie, Hôpital René Dubos, Pontoise

Les anomalies endoscopiques muqueuses gastriques et coliques au cours de l'hypertension portale sont bien connues. En revanche, les lésions de la muqueuse de l'intestin grêle sont moins bien documentées. Nous rapportons l'observation d'une patiente souffrant d'une cirrhose métabolique avec une anémie chronique par carence martiale, imputable à des ectasies vasculaires antrales (EVA). Cette anémie était récidivante malgré un traitement approprié associant coagulation endoscopique au plasma argon et traitement substitutif par fer. L'exploration vidéo de l'intestin grêle par la capsule (Pillcam SB Given Imaging) a été décisive pour porter le diagnostic d'entéropathie d'hypertension portale.

Une patiente âgée de 75 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle traitée, de cancer du sein gauche traité en 2000 par l'association chirurgie et radiothérapie était explorée pour bilan d'une anémie microcytaire (Hb : 7,5g/dl), ferriprive (fer sérique : 5,3 µmol/l, ferritine : 10µg/l, coefficient de saturation de la transferrine à 10%). L'interrogatoire ne retrouvait ni prise de traitement gastrottoxique (AINS et aspirine), ni prise d'anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ni consommation d'alcool. Il n'existait pas de notion d'hémorragie extériorisée. L'examen clinique était normal hormis une pâleur cutanéomuqueuse et une obésité. L'endoscopie gastroduodénale retrouvait deux cordons variqueux oesophagiens grade II. L'antré était le siège d'ectasies vasculaires réalisant le « Water-melon stomach ». Les biopsies duodénales étaient normales. L'échographie abdominale retrouvait un foie stéatosique et cirrhotique et des signes échographiques d'hypertension portale. Sur le plan biologique, était noté une cholestase anictérique (phosphatases alcalines : 1,5 N, GGT : 9N), une cytolyse (ASAT : 3N, ALAT : 3N), un bloc bêta-gamma à l'électrophorèse des protéines plasmatiques. L'enquête étiologique retrouvait des arguments pour une cirrhose métabolique devant l'association HTA, obésité, hypercholestérolémie et l'absence d'autres causes (virale, toxique, auto-immune...). A cette étape, révélé par une anémie ferriprive, le diagnostic de cirrhose métabolique compliquée d'EVA était envisageable. Un traitement endoscopique par coagulation au plasma argon des EVA (sonde Erbe, puissance : 40 W, débit : 1L) et un traitement martial étaient conjointement entrepris. Devant la persistance de l'anémie, une coloscopie sans iléoscopie était pratiquée, ne mettant pas en évidence de lésions coliques mais un liquide intestinal rougeâtre provenant de l'intestin grêle. La VCE montrait de multiples lésions purpuriques sans anomalies de relief de la muqueuse avec conservation des villosités (red spot, télangiectasies, lésions angiomateuses) prédominant au niveau jéjunale et prenant un caractère confluent au niveau de l'iléon distal.

- (1) Dans cette observation, l'exploration de l'intestin grêle par la VCE a permis de visualiser des lésions purpuriques diffuses rentrant dans le cadre d'une entité récemment décrite dans la littérature celle d'entéropathie d'hypertension portale.