



2009

Quand ça saigne dans le grêle et le foie, c'est urgent!

Agnès Pélaquier, Bernard Nalet, Jean-Louis Bonis, Henri Osman, Jean-Luc Landais, Bernard Duvert (CH Montélimar)

Mr D., 53 ans, est hospitalisé en urgence pour rectorragies sous aspirine faible dose, ayant débuté cinq jours auparavant. Il a plusieurs comorbidités : infarctus du myocarde à l'âge de 42 ans, diabète insulino-requérant suite à une spléno-pancréatectomie pour pancréatite chronique calcifiante (éthylrique) après échec d'une lithotritie pour lithiase du Wirsung avec sténose canalaire et thrombose de la veine splénique, tabagisme actif sévère. A l'interrogatoire, il n'y a pas de prise d'AINS, mais une asthénie depuis deux mois sans douleur abdominale ni modification du transit, il n'y a pas d'antécédent de néoplasie colique dans la famille. Son traitement comporte outre l'aspirine, une statine et un B-bloquant. A l'examen clinique d'entrée, il existe une hépatomégalie isolée, l'hémodynamique est stable. Le taux d'hémoglobine est à 6,6 g/dl (normocytaire), il y a une thrombopénie à 115 G/L et une cholestase (GGT 3N ;PAL 1,5 N). Il est transfusé. Il n'y a pas de lésion susceptible d'avoir saigné à la gastroscopie ni à l'iléo-coloscopie. Le lendemain de la coloscopie surviennent des rectorragies massives avec instabilité hémodynamique et malaise. Sur le scanner abdominal injecté en urgence, la dernière anse iléale épaissie est à l'origine d'un saignement actif, de nombreux nodules hépatiques prennent fortement le contraste, signe d'une hémorragie active. Lors de la laparotomie, il y a une lésion hémorragique de la dernière anse iléale à dix centimètres de la valvule et un foie d'allure secondaire que le chirurgien compare curieusement à une « éponge ». Il fait une colectomie droite avec anastomose iléo-transverse. Dans l'attente des résultats histologiques, au vu du scanner que nous vous montrons et devant les antécédents de ce patient, quels diagnostics suggérez vous ? Pièces jointes.

[Fermer la fenêtre](#)