



CASE REPORT

Respiratory manifestation showing a pyloric syndrome in young adult

Manifestation respiratoire révélant un syndrome pylorique de l'adulte jeune

JA. Fariña Correa¹, K. Boncounougou/Nikiéma², AR. Ouédraogo², S. Maïga², B. Koumbem², G. Ouédraogo², GME. Badoum/Ouédraogo², SM. Ouédraogo¹, M. Ouédraogo¹

¹: Clinique Edgard Ouédraogo, Ouagadougou. Burkina Faso

²: CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou. Burkina Faso

ABSTRACT

Antropyloric stenosis is either ulcerative, tumoral or more rarely caustic. They are responsible for a syndrome of upper digestive obstruction, combining nausea and vomiting, dilation of the stomach with food and fluid stasis, weight loss and feeling of digestive discomfort. These digestive manifestations can cause a chronic cough. If pyloric stenosing hypertrophy in children is a clinical entity whose diagnosis and treatment are now well known, the same disease in adults is rare and more difficult to diagnose.

We report on a case of pyloric stenosis in a 20-year-old adult admitted to our center for chronic cough persistent hiccups and vomiting. The patient was treated surgically and the follow-up was simple.

KEYWORDS: Cough, stenosis, pylorus, diagnosis, Burkina Faso.

RÉSUMÉ

Les sténoses antropyloriques sont, soit d'origine ulcéreuse, tumorale ou plus rarement caustique. Elles sont responsables d'un syndrome d'obstruction digestive haute, associant nausées et vomissements, dilatation de l'estomac avec stase alimentaire et liquidienne, perte de poids et sensation d'inconfort digestif. Ces manifestations digestives peuvent occasionner une toux chronique. Si l'hypertrophie sténosante pylorique de l'enfant est une entité clinique dont le diagnostic et le traitement sont maintenant bien connus, la même maladie chez l'adulte est rare et de plus difficile à diagnostiquer.

Nous rapportons un cas de sténose pylorique chez un adulte jeune de 20 ans, admis dans notre centre pour toux chronique, hoquet persistant et des vomissements. Le patient a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale et les suites opératoires ont été simples.

MOTS CLÉS: Toux, sténose, pylore, diagnostic, Burkina Faso.

Corresponding author:

Dr Maïga Soumaïla. CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou, Burkina Faso.

Email : maigas01@yahoo.fr

INTRODUCTION

Si l'hypertrophie sténosante pylorique de l'enfant est une entité clinique dont le diagnostic et le traitement sont maintenant bien connus, la même maladie chez l'adulte est rare et bien plus difficile à diagnostiquer. La présence d'une toux chronique associée aux manifestations digestives peut entraîner une errance diagnostique. Nous rapportons un cas de sténose pylorique chez un adulte jeune de 20 ans, admis à la clinique Edgard Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) pour toux chronique, hoquet persistant et des vomissements post prandiaux tardifs.

OBSERVATION

Le patient KS, âgé de 20 ans, cultivateur résident dans le sud-ouest du Burkina Faso est référé le 17 Janvier 2018 à la clinique Edgard Ouédraogo (Ouagadougou), pour une toux chronique plutôt quinteuse, nocturne associée à des vomissements alimentaires post prandiaux tardifs, hyper sialorrhée et un hoquet non fébrile, avec notion d'amaigrissement non chiffré évoluant depuis plus d'un an dans un contexte d'altération progressive de son état général. On ne note chez ce patient aucun antécédent chirurgical abdominal, ni d'ingestion de produit caustique.

L'examen physique a révélé, un mauvais état général stade III PS OMS; une température à 37°C, une polypnée à 24 cycles/min, une fréquence cardiaque à 75 battements/min et une saturation en oxygène 93% à l'air ambiant. L'abdomen était souple et indolore, les orifices herniaires libres, et il n'existait aucune anomalie au niveau des organes génitaux externes. Le bilan biologique a objectivé une insuffisance rénale fonctionnelle avec des troubles hydro électrolytiques. L'échographie abdominale est revenue normale.

La fibroscopie digestive haute notait une obstruction du pylore sans un aspect évocateur de tumeur et la pH métrie était non contributive. Le transit oesogastroduodenal (TOGD) a mis en évidence le syndrome pylorique (Figure 1), la radiographie thoracique était sans particularité (Figure 2).

Le patient a bénéficié dès son admission, d'une rééquilibration hydro-électrolytique guidée par les ionogrammes plasmatiques avant d'être reçu au bloc opératoire pour une gastrectomie partielle type Billroth II.

L'examen macroscopique (Figure 3) et histologique de la pièce opératoire a été en faveur d'une sténose hypertrophique du pylore. Les suites opératoires ont été simples.

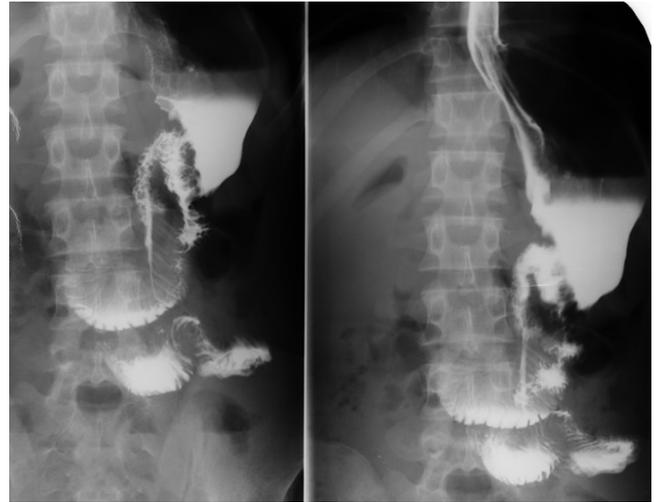


FIGURE 1. Mise en évidence d'une opacification du pylore au TOGD.



FIGURE 2. radiographie thoracique de face du patient.



FIGURE 3. Photo de la pièce opératoire montrant une hypertrophie de la partie inférieure (pylore) de l'estomac.

DISCUSSION

La sténose hypertrophique du pylore (SHP) se définit comme un épaississement progressif des fibres musculaires du pylore. Cette hypertrophie intéresse une zone anatomique bien délimitée, qui va de la portion terminale de l'antra gastrique jusqu'au duodénum. Cet obstacle est responsable d'un tableau typique, dont les premiers signes sont des nausées et vomissements, puis dilatation de l'estomac avec stase alimentaire et liquidienne, perte de poids et sensation d'inconfort digestif [1]. Ces signes digestifs peuvent entraîner un RGO qui sera à l'origine de manifestation respiratoire. L'œsophage et l'arbre bronchique partagent la même innervation ; il est possible que le reflux induise une bronchoconstriction. Aussi, l'acidité de l'œsophage peut entraîner une augmentation de l'hyper réactivité bronchique aspécifique à l'origine de la toux.

La vidange gastrique et le RGO donnant ainsi un cercle vicieux. La sténose hypertrophique du pylore est une complication de la maladie ulcéreuse et demeure la plus fréquente des complications de l'ulcère gastro-duodénal dans les pays du tiers monde [2,3]. Son diagnostic est établi grâce à la fibroscopie (FOGD) et au transit oeso-gastro-duodénal (TOGD). Elle ne pose de problème que devant la présence de lésions gastriques faisant évoquer un cancer. Le transit ceso-gastroduodénal (TOGD) est considéré comme contributif lorsqu'il montre sur l'abdomen sans préparation, une grande quantité de liquide de stase a jeun avant et après opacification, ensuite flocculation de la baryte et un retard à l'évacuation de l'estomac. Le diagnostic de SHP est retenu en présence d'un canal pylorique étroit, filiforme, incurvé, pouvant atteindre 4 cm de long [4]. Si chez l'enfant, cette hypertrophie touche toute la circonférence du pylore, chez l'adulte elle peut se limiter à un segment du pylore. En plus, alors que chez l'enfant l'hypertrophie paraît devoir survenir comme condition primaire sans pathologie gastro-duodenale associée, chez l'adulte l'association avec un ulcère ou une gastrite n'est pas un fait rare [5,6]. Comme ce fut le cas de notre patient, chez qui la fibroscopie digestive haute n'a pas mis en évidence un ulcère gastrique ou

duodénal ; de nombreux auteurs estiment que l'hypertrophie pylorique primaire de l'adulte est d'origine congénitale [6]. Ce serait donc la persistance d'une hypertrophie pylorique de l'enfance pendant la vie adulte, l'hypertrophie pouvant être asymptomatique ou au contraire entraîner par intermittence des symptômes vagues jusqu'à ce que des facteurs de complications surviennent. Ceux-ci produisent à leur tour une hypertrophie plus considérable de la musculature ou encore un spasme surajouté précipitant l'occlusion pylorique. Ces facteurs sont principalement l'ulcère et la gastrite [5-7].

Néanmoins, tous les cas d'hypertrophie pylorique de l'adulte ne paraissent pas devoir être expliqués par cette hypothèse. En effet, certains auteurs pensent que le pylospasme peut être retenu comme cause primaire de la genèse de certaines hypertrophie-hyperplasies pylorique [1]. Les vomissements et l'amaigrissement ont été les signes cliniques majeurs chez notre patient. D'autres auteurs en Madagascar [5] dénotent l'importance des vomissements et des épigastralgies comme symptômes révélateurs les plus fréquents de la sténose dans leur série, respectivement dans 65% et 44,9% des cas associés à de l'amaigrissement 59,18%) et à une déshydratation 57,14%.

La gastrectomie partielle distale (type billroth II) réalisée chez notre patient trouve son donc son indication dans cette pathologie. L'avantage de cette technique est la préservation même imparfaitement, de la fonction de réservoir de l'estomac. Dans les suites d'une gastrectomie partielle, les symptômes vont dépendre de l'importance de la résection gastrique, du type d'anastomose permettant le rétablissement de la continuité et de la réalisation ou non d'une vagotomie [9,10].

CONCLUSION

L'hypertrophie sténosante pylorique, pathologie très fréquente chez l'enfant, reste rare chez l'adulte dans sa forme primitive. Ce cas clinique nous permet de conclure que la pathologie est attestée chez les adultes aussi et que la chirurgie présente la perspective d'une prise en charge optimale.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. E. Dobremez, L. Leflot, T. Lamireau, Y. Meymat, J.-M. Bondonny. Sténose hypertrophique du pylore. *EMC-Pédiatrie 2*; 2005: 287-95.
2. Takongmo S., Juimo A.G., Nko'o amvene S., Kenla A., Masso-misse P., Ndjitoyap ndame. C et al. Maladie ulcéreuse gastro-duodénale: accès aux moyens de diagnostic et de traitement en milieu tropical. *Méd. Afr. Noire* 1995; 42 : 384 - 8.
3. Konaté I, Diao M L, Cissé M, Dieng, M, Ka O, Touré C T. Résultats du traitement chirurgical de la sténose ulcéreuse pyloro- duodénale: A propos de 160 cas. *Mali Med.* 2010; 25 : 18-21.
4. Bargaoui K, Dupont C H. Fibroscopie oeso-gastroduodénale et diagnostic précoce de la sténose hypertrophique du pylore. *Acta Endoscopica.* 1994; 24 : 421-5.

5. Rakotomena S.D, Razafimanjato N.N.M, Rakotoarivony S.T ; Rakototiana F.A ; Rakotovao H.J.L. Samison L.H et al. Aspects épidémio-cliniques, traitements et évolutions des sténoses gastro-duodénales ulcéreuses au centre hospitalier universitaire d'Antananarivo en 2010-2011. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* DOI 10.1007/s12157-013-0478-8
6. Schneiter R. Naef A.P. Les sténoses pyloriques non néoplasiques de l'adulte. *Gastroenterologia* 1962; 98:360-75
7. Yenon K, Koffi E, Kouassi JC. La sténose ulcéreuse pyloro-duodénale: aspects diagnostiques et thérapeutiques a propos de 38 cas. *Méd Afri Noire* 1999;46:119-22.
8. Ducrotté P. Vomissements chroniques inexplicés de l'adulte. *Post'U* 2014 ; 1-6
9. Dufour H, Fredet P. La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson et son traitement chirurgical. *Rev Chir.* 1908; 37: 208-53.
10. Poe RH, Kallay MC. Chronic cough and gastroesophageal reflux disease - Experience with specific therapy for diagnosis and treatment. *Chest* 2003; 123:679-84.