

HYPERPLASIE PSEUDO - TUMORALE DES Glandes DE BRUNNER CAUSE INHABITUELLE DE MELAENA AVEC ANEMIE MICROCYTAIRE DECOUVERTE AU COURS D'UNE ENDOSCOPIE DIGESTIVE AU CENTRE MEDICALE DE KINSHASA

Brunner's gland pseudo-tumoral hyperplasia, an unusual cause of melaena with microcytic anemia discovery during digestive endoscopy in Kinshasa Medical Center.

AZAKO DAVID^{1, 4}, MBWAMULUNGU JULIA¹, NYESSI DJIBRIL¹, MPWATE SERGE¹, MBATU VINCENT¹, LUKUAKU RIVE¹, NZEZA FANFA¹, PEZO SERGE¹, ILENGA WILLEMS¹, NKAMBA ELIE¹, MUMBERE JEAN-LOUIS¹, NDOVYA ALINE, KANGUDHIA STEPHANE², BOKAMBADJA FABRICE¹, BEYA FRANCOIS¹, KAMBERE RENAUT¹, LEBWAZE BIENVENU^{1, 3, 4}.

¹Département d'Anatomie et Cytologie pathologiques, cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa RD Congo.

²Département de Chirurgie, cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa RD Congo.

³Cabinet d'Anatomie et Cytologie pathologiques LEBOMA, Kinshasa RDC

⁴Faculté de médecine Université de l'Uélé, Isiro RD Congo

Correspondance : AZAKO TASEMA David

Tel : +243819781032

E-mail : davidazako30@gmail.com

Date de soumission : 08/08/2022

RESUME

L'hyperplasie des glandes de Brunner est une lésion peu fréquente du duodénum, le plus souvent asymptomatique et diagnostiquée fortuitement lors d'une endoscopie digestive haute. Elle peut provoquer des saignements gastro-

intestinaux, mais le melaena avec anémie est une présentation clinique rare de l'hyperplasie des glandes de Brunner. Les auteurs rapportent sur un patient de 30 ans présentant de melaena avec anémie microcytaire due à l'hyperplasie

des glandes de Brunner chez un patient avec gastrite active à *Helicobacter pylori* diagnostiquée et prise en charge au centre médical de Kinshasa.

Mots clés : hyperplasie des glandes de Brunner, melaena, anémie microcytaire

ABSTRACT

Brunner gland hyperplasia is infrequent lesion of duodenum, the most often asymptomatic and fortuitously diagnosed during the upper digestive endoscopy. It can sometime be symptomatic, in this case the patient present gastrointestinal

bleeding, but the melaena with anemia is a rare clinical presentation of the Brunner gland hyperplasia. The authors report a case of a patient 30 years old, presenting the melaena with microcytic anemia due to Brunner gland

hyperplasia associated with active *Helicobacter pylori* gastritis diagnosed and pick-up charge in Kinshasa medical center.

Words keys : Brunner gland hyperplasia, melaena, microcytic anemia

INTRODUCTION

Les glandes de Brunner sont des glandes duodénales localisées principalement dans la sous

muqueuse du duodénum proximal. Elles secrètent un liquide alcalin composé de mucine (Muc-6) qui protège l'épithélium

duodéal en neutralisant le carillon acide de l'estomac [1,2]. Les tumeurs bénignes duodénales sont très rares avec une

incidence estimée à 0.008% rapportée sur une série de 215000 autopsies [2]

Nous rapportons ici un cas d'hyperplasie des glandes de Brunner, découverte au cours d'une endoscopie digestive

indiquée pour, mélaena avec anémie microcytaire décompensée chez un patient de 30ans.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'est agi d'un homme de 30 ans sans antécédents morbides particuliers, hospitalisé en service de Gastro-entérologie pour l'exploration de douleur abdominale chronique associée à un mélaena compliqué d'anémie décompensée. L'hémogramme complet réalisé a fait état d'un taux d'hémoglobine 5 grammes par décilitre, d'hématocrite 15%, des globules blancs 8300 éléments par millimètre cube, de la vitesse de sédimentation 20 millimètre par litre, de la numération de formule leucocytaire ; Neutrophile 46% ; lymphocyte 40% ; monocyte 1% ; eosinophile 2% et un taux de plaquettes 385000 par millimètre cube.

Le bilan biologique est normal, notamment pour les marqueurs tumoraux [alpha-1 Foetoprotéine(α -FP), Gamma-Glutamyl-Transférase(γ -GT) et antigène

carcinoembryonnaire(ACE)]. La fibroscopie œso-gastroduodénale(FOGD) trouvait un processus bourgeonnant duodénal, sessile, saignant activement au contact. Des biopsies réalisées ne montraient qu'une duodénite subaiguë et au niveau de l'estomac une gastrite chronique active à *Helicobacter pylori* (fig:1 *Helicobacter pylori* dans une crypte gastrique) traité avec la trithérapie ; amoxicilline un gramme deux fois par jour, clarithromycine 500 milligramme deux fois par jour et pantoprazole 40 milligramme deux fois par jour pendant dix jours avec une rémission complète après biopsie contrôle. Devant cette symptomatologie, une résection chirurgicale de 5.5Cm soit 1Cm de part et d'autre de la masse a été réalisée.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire a montré une masse blanc-

brunâtre de surface irrégulière (nodulaire) largement ulcérée, de consistance ferme et mesurant 4.5Cm de grand axe. L'analyse microscopique des fragments prélevés a mis en évidence des sections d'une paroi duodénale dont la muqueuse présentait des larges foyers d'ulcération et des glandes de Lieberkun dilatées. La lamina propria contenait un nombre élevé des lymphoplasmocytes. La sous muqueuse était le siège d'une forte prolifération bénigne des glandes de Brunner (fig:3) ayant une disposition pseudo-lobulaire (fig:2). Ces glandes hyperplasiques viennent au contact et même compriment la muqueuse (fig:2). Le stroma tumoral contenait le même infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire observé dans la lamina propria.

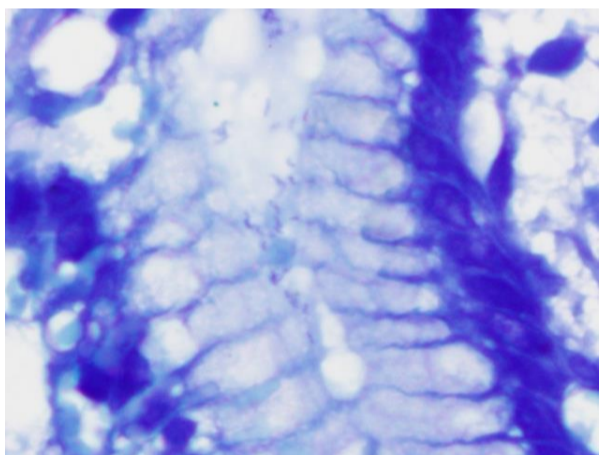


Fig1 : Giemsa modifié X 40

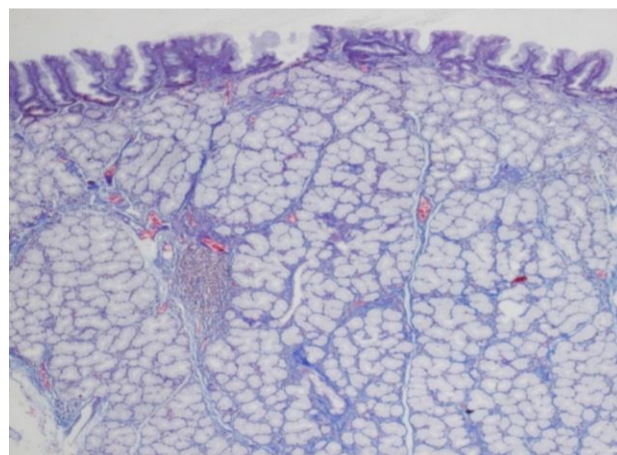


Fig2 : Trichrome de Mallory X 4

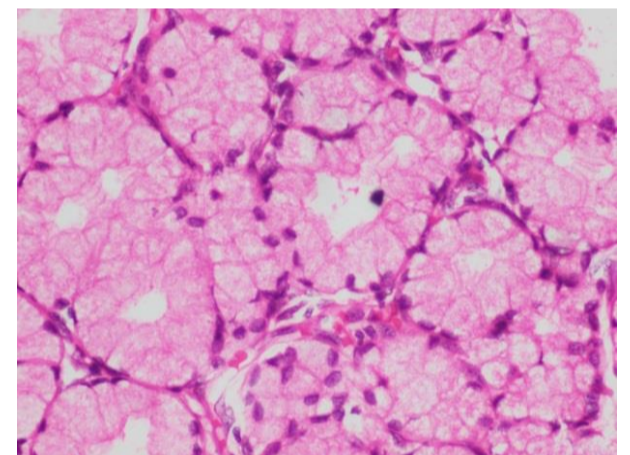


Fig3 : HEX 40

DISCUSSION

Les tumeurs de l'intestin grêle sont extrêmement rare (5%), les tumeurs duodénales étant plus fréquentes que les tumeurs jéjunales et iléales [3]. Cette pathologie a une répartition par sexe équivalente et se présente généralement dans la cinquième ou sixième décennie de la vie [3].

La recherche documentaire montre des rapports d'hyperplasie des glandes de Brunner dont la taille varie de 0.7 à 12 Cm (moyenne de 4 cm), mais il y en a peu qui dépassent 5cm [2, 4,5].

L'hyperplasie des glandes de Brunner est généralement de découverte fortuite, lors d'endoscopies ou d'études d'imagerie et l'endoscopie est le pilier de la prise en charge [6].

L'étiologie sous-jacente de l'hyperplasie des glandes de Brunner est supposée être secondaire à une sécrétion excessive d'acide [3], mais aucune régression n'a été constatée avec les inhibiteurs de la sécrétion acide [7] ; à une infection à *Helicobacter pylori*, l'infection à *Helicobacter pylori* a été retrouvée dans 71 % des hyperplasies des glandes de Brunner [8] ou à une inflammation stimulant les cellules des glandes de Brunner à produire des sécrétions alcalines et subissant ensuite une hyperplasie [3].

Généralement asymptomatiques et diagnostiquée accidentellement lors d'une endoscopie digestive haute, les rares présentations symptomatiques de l'hyperplasie des glandes de Brunner

comprennent l'anémie, les saignements gastro-intestinaux, l'obstruction duodénale ou ampullaire, la pancréatite et l'inlusion [9].

Les saignements gastro-intestinaux se manifestent dans la majorité de cas par une perte de sang chronique avec une carence en fer et anémie. Moins fréquemment, il y a mélaena et hématomèse lors de l'érosion de la tumeur [8,12]. Bien que largement bénigne, l'hyperplasie des glandes de Brunner présente un risque de transformation maligne [10].

Le diagnostic reste histologique après endoscopie avec exérèse ou biopsie. La tomographie peut démontrer l'origine sous muqueuse de la masse [11]. Le traitement repose sur l'excision de la

masse, la quelle dépend de la taille, de l'emplacement et de la présentation de la lésion. L'endoscopie gastrointestinale haute avec polypectomie est préférée

pour les petites lésions. La polypectomie laparoscopique est également une option. La laparotomie est réservée aux grosses tumeurs sessiles, à l'échec de l'approche

endoscopique ou aux saignements instables [12].

CONCLUSION

L'hyperplasie des glandes de Brunner est une entité rare qui est généralement asymptomatique, et souvent diagnostiquée et traitée par endoscopie digestive. Elle est assez souvent

associée à une infection à *Helicobacter pylori* et de rare fois se manifeste par de melaena avec anémie nécessitant ainsi une laparotomie d'urgence. Il est ainsi important dans le cadre d'investigation

diagnostique de mélaena avec anémie microcytaire, de penser aussi à l'hyperplasie des glandes de Brunner après éradication d'*Helicobacter pylori*.

REFERENCES

1. Dhouha B, Ahlen L, Sana BS. Unexpected cause for duodenal obstruction : Brunner's gland hyperplasia. *Pathologica*.2017 ; 109(4) :411-417.
2. Bots ford TW, Crowe P, Crocher DW. Tumeur de l'intestin grêle. *Revue d'expérience de 115 cas dont le rapport d'un cas rare d'Hémangio-endothéliome malin*. 1962 ; 103 :358-365
3. Jung V, Chung IK, Lee TH. Resection endoscopique réussie d'un grand hamartome de la glande de Brunner pédiculé provoquant une hémorragie gastrointestinale provenant du pylore. *Cas Rep Gastroenterol*.2013.7(2) :304-307
4. Sateth T, Matsubayashi H. Hyperplasie de la glande de Brunner géant du duodénum diagnostiquée par biopsie à l'aiguille fine guidée par échographie endoscopique et traitée par chirurgie coopérative endoscopique laparoscopique. *Internet med*.2019 ; 58 :2009-2013
5. Khosla M, Khosravi F, Cashman J. L'Hamartome de la glande de Brunner géant comme cause d'anémie ferriprive. 2017 ; 4 :0
6. Stewart ZA, Hruban RH, Fuhman EF, Wolfgang CL. Prise en charge chirurgicale de l'Hamartome géant de la glande de Brunner : rapport de cas et revue de la littérature. *Monde J sug Oncol*.2009 ; 7 :68
7. Spell berg MA, Vucelic B. Un cas d'hyperplasie des glandes de Brunner avec diarrhée sensible à la cimétidine *Suis Gastroenterol*. 1980. Juin ; 73(6) :519-22
8. Kovasevic I, Ljubivic N, Cupic H, Doko M, Zovac M, Troskot et al. Infection à *Helicobacter pylori* chez des patients atteints d'adénome de la glande de Brunner. *Acta Med Croati*.2001 ; 55(4-5) :157-60
9. Palel ND, Levy AD, Methrotra AK, Sobin LH. Hyperplasie de glande de Brunner et Hamartome : caractéristiques d'images avec corrélation clinicopathologique.2006 ; 187 :715-722
10. Kameil K, Yasudu T. Un cas d'adénocarcinome du duodénum résultant de la glande de Brunner. *Cas Rep Gastroenterol* 2013 ; 7 :433-7
11. Patankar AM, Wadhwa AM, Bajaj A, Ingule A, Wagle P. Brunerome : une cause rare d'intussusception duodéno-duodénale. *Hepatogastroenterol*.2016 ; 6 :84-88
12. Costa-Pinto A, Pinto-de-Sousa J, Baptista M. Hyperplasie de la glande de Brunner : une cause inhabituelle de choc hémorragique. *J sug case Rep*.2011 ; 5 :2

Il n'y a aucun conflit d'intérêt

CONTRIBUTION DES AUTEURS

1. **Auteur principale** : Il a posé le diagnostic de la lésion et a rédigé l'article.
2. **Kangudhia** : Le chirurgien principale du patient et celui qui nous a fourni tous les renseignements clinique et participation à l'approbation de la version à publier.
3. **Prof. Lebwaze Bienvenu** : Confirmation diagnostique, révision de son principal contenu intellectuel et approbation de la version à publier.
4. **Les autres auteurs** : Participation au débat pour la confirmation de diagnostic et l'approbation de la version à publier.