



**HAL**  
open science

## Ulcère peptide du rectum : un nouveau cas

Denys Chaigneau

► **To cite this version:**

Denys Chaigneau. Ulcère peptide du rectum : un nouveau cas. Médecine humaine et pathologie. 1986. dumas-01015877

**HAL Id: dumas-01015877**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01015877>**

Submitted on 27 Jun 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

par

DENYS CHAIGNEAU

NÉ LE 29 SEPTEMBRE 1955 À STE ADRESSE (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 JANVIER 1986

ULCERE PEPTIQUE DU RECTUM

UN NOUVEAU CAS

PRÉSIDENT DU JURY : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TESTART.

U.E.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

<u>DOYEN</u>	: Professeur L. COLONNA
<u>ASSESEURS</u>	: Monsieur R. CAPRON Professeur P. CREISSARD
<u>DOYENS HONORAIRES</u>	: Professeur J. BORDE- W. STEWART- H.PIGUET
<u>PROFESSEURS HONORAIRES</u>	: MM. J. SEYER- R. DAILLY- Y. GEFFROY- J. HECTOR- P. JOUANNEAU- G. LAURET- P. MARX- W. STEWART- J. LANGLOIS- R. LAUMONIER

1 - MEDECINE

PROFESSEURS

MM. J. ANDRIEU GUITRANCOURT	Oto-rhino-laryngologie
P. AUGUSTIN	Neurologie
E. BENOZIO	Radiologie
J.F. BISSON	Histologie-embryologie-cytologie
F. BOISMARE	Pharmacologie
J. BORDE	Clinique chirurgicale infantile
J. BOUREILLE	Clinique médicale
J.F. CAILLARD	Médecine du travail
R. CHANEL	Biophysique
R. COLIN	Hépto-gastro-entérologie
L. COLONNA	Psychiatrie
H. COURTOIS	Médecine interne
P. CREISSARD	Neurochirurgie
A. CRIBIER	Cardiologie
J. DALION	Histologie-embryologie-cytogénétique

MMe	D. DEHESDIN	Oto-rhino-laryngologie
MM.	P. DENIS	Physiologie
	P. DESHAYES	Rhumatologie
	C. DUVAL	Clinique-gynécologique-obstétricale
	C. FRESSARD	Clinique de pédiatrie et puériculture
	J.P. FILLASTRE	Néphrologie
	M. GODIN	Néphrologie
	P. HECKTSWEILER	Hépatogastro-entérologie
	C. HELUOIN DE MENIBUS	Pathologie expérimentale
	J. HEMET	Anatomie pathologie
	B. HILLEMAND	Medecine générale et thérapeutique
	C. HUMBERT	Maladies infectieuses
	P. LAURET	Clinique dermatologique
	P. LEDOSSEUR	Radiologie
	J. LEFORT	Chirurgie infantile
	R. LEFUR	Cancérologie
	X. LELOET	Rhumatologie
	J.F. LEMELAND	Bactériologie virologie
	J.F. LEMERCIER	Pneumo-phtisiologie
	J.P. LEMOINE	Gynécologie-obstétrique
	J. LEROY	Thérapeutique, réanimation médicale, rééducation fonctionnelle et hydrologie
	B. LETAC	Cardiologie
MLe	H. MAGARD	Bactériologie virologie
MM.	M. MAISONNET	Hygiène et médecine préventive
	B. MAITROT	Biochimie
	E. MALLET	Pédiatrie génétique médicale
	F. MATRAY	Biochimie
	F. MICHOT	Chirurgie digestive
	B. MIHOUT	Neurologie
	P. MITREFANOFF	Chirurgie infantile
	M. MONCONDUIT	Hématologie
	P. MORERE	Clinique de pneumo-phtisiologie
	G. NOUVET	Pneumo-phtisiologie

G. OKSENHENDLER	Anesthésiologie
MM. P. PASQUIS	Physiologie
M. PETIT	Psychiatrie
H. PIGUET	Hématologie
C. ROPRATZ	Génétique
MMe D. SAMSON-DOLFUS	Biophysique
MM. M. SAMSON	Clinique neurologique
J.C. SCHRUB	Clinique thérapeutique
R. SOYER	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. TADIE	Neurochirurgie
B. TARDIF	Anatomie
J. TAYOT	Anatomie pathologie
P. TENIERE	Chirurgie générale
J. TESTARD	Clinique chirurgicale
J.M. THOMINE	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologie
P. TRON	Pédiatrie génitque médicale
J. WATELET	Chirurgie générale
C. WINCKLER	Anesthésiologie
L.M. WOLF	Clinique médicale

#### CHEFS DE TRAVAUX

MMe M. BIZET	Hématologie
M. P. BRASSEUR	Parasitologie
MMe C. CAMBON	Anatomie pathologie
M. A. DELAVILLE	Histologie
MMe A. DELPECH	Histologie
M. J. DUCASTELLE	Anatomie pathologique
MMe B. HECKETSWEILLER	Biochimie générale
MLe C. HUBSCHER	Anesthésiologie
MMe C. JANVRESSE	Bactériologie virologie

MM. A. LAVOINE	Biochimie
J.F. MENARD	Biophysique
MMe J. METAYER	Anatomie pathologique
M. A. MOREL	Bactériologie virologie
M. J.M. MULLER	Anatomie
MLe F. SAUGER	Biochimie
MMe E. THOMINE	Anatomie pathologique

## 2 - PHARMACIE

### PROFESSEURS

MM. P. BESANCON	Chimie générale et minérale
P. BOUCLY	Chimie analytique
E. COMOY	Biochimie
J. CONSTENTIN	Pharmacologie
J. DARBORD	Microbiologie
G. FAUGERAS	Pharmacognosie
F. FRIGOT	Pharmacie galénique
MMe J. GARNIER	Botanique et cryptogamie
MM.J.M. JOUANY	Toxicologie
O. LAFONT	Chimie organique
J. MARCHAND	Chimie thérapeutique
P. PROTAIS	Physiologie
MLe C. SORIA	Hématologie

### MAITRES DE CONFERENCE

MM.Ph. BRUNELLE	Biochimie
R. CAPRON	Physique
A. LAFAYE	Pharmacie galénique
B. PARRAD	Toxicologie
A. RIMBAULT	Microbiologie

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

L'ULCERE PEPTIQUE DU RECTUM

UN NOUVEAU CAS

A Monsieur le Professeur J.TESTART.

En le remerciant pour l'aide qu'il m'a apporté tout au long de ce travail, et qui me fait l'honneur de présider la soutenance de cette thèse, qu'il trouve ici l'expression de ma sincère admiration et de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J.BORDE.

Qui me fait l'honneur de juger ce travail, qu'il trouve ici  
l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J.HEMET

En le remerciant pour l'aide qu'il m'a apporté dans l'illustration de ce travail, qu'il soit assuré de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur J.WATELET.

Qui me fait l'honneur et la gentillesse de faire partie du jury de cette thèse, qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur MAUPAS

Qui a eu le mérite de découvrir le sujet de cette thèse, qu'il en soit remercié

Au Docteur METAYER et à l'équipe du Laboratoire d'Anatomo-pathologie

Qui ont eu l'amabilité de me fournir les photographies de la lésion, qu'ils trouvent ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mes PARENTS

Qui m'ont aidé et soutenu tout au long de mes études.

Avec toute ma reconnaissance et mon affection.

A AUDE, ma femme

A mon Beau Père

Qui m'a permis de disposer de son matériel de bureau.

A ma Famille et à mes Amis

## P L A N

	PAGE
I - INTRODUCTION	1
II - EXPOSE DU CAS PERSONNEL	2
III - REVUE DE LA LITTERATURE SUR LES HETEROTOPIES GASTRIQUES DU RECTUM	8
IV - ANATOMO-PATHOLOGIE	13
1 hétérotopies gastriques du rectum	14
2 ulcère peptique	18
3 hétérotopies gastriques : autres localisations le long du tube digestif	19
V - PATHOGENIE	27
1 rappel embryologique	28
2 théories sur la formation embryologique des hétérotopies gastriques du tube digestif	34
VI - ETUDE CLINIQUE DES HETEROTOPIES GASTRIQUES DU RECTUM	36
1 manifestations cliniques	37
2 examens complémentaires	38
3 complications évolutives	40
4 diagnostics différentiels d'un ulcère peptique du rectum	42
VII - TRAITEMENT	45
VIII - CONCLUSION	47

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

L'ulcère peptique du rectum est expression utilisée pour la première fois par BRETON pour désigner une ulcération liée à la sécrétion chlorhydro-peptique d'une hétérotopie gastrique du rectum . A propos d'un nouveau cas, nous nous proposons de faire une revue de la littérature et d'en tirer une description anatomo-pathologique, pathogène et clinique de cette rare lésion.

.../...

EXPOSE DU CAS PERSONNEL

Suite à une rectorragie de sang rouge sans émission de selle survenant dix heures après un traumatisme sacro-coccygien, Mlle Frédérique L., âgée de 15 ans, est adressée en consultation au Docteur MAUPAS, gastro-entérologue à la clinique Saint Hilaire de Rouen.

Un lavement baryté fut pratiqué le 11/03/83 ne montrant aucune anomalie. Puis une coloscopie fut faite; celle ci montrait : " un remaniement inflammatoire de la face antérieure à la partie basse de l'ampoule rectale avec présence de petites formations polypoïdes sessiles ; l'ensemble pouvant être éventuellement compatible avec un ulcère solitaire actuellement cicatrisé " . Enfin cinq biopsies furent prélevées et envoyées au laboratoire d'anatomo-pathologie.

#### Compte-rendu anatomo-pathologique

23 Mars 1983

No 86 972

Dr METAYER

L'examen histologique montrait alors : " une muqueuse de type gastrique dont le revêtement épithélial superficiel était fait de cellules muco-sécrétantes à pôle muqueux fermés et dont les tubes glandulaires étaient de nature fundique faisant conclure à une hétérotopie gastrique au niveau de la muqueuse rectale.

.../...



Le 27 Décembre 1983, une nouvelle coloscopie de contrôle fut pratiquée par le Docteur MAUPAS ne montrant pas de modification dans l'aspect macroscopique de la lésion . Cependant, l'examen microscopique de cinq nouveaux prélèvements montra l'apparition d'une ulcération superficielle .

Le 17 Février 1984, la patiente fut admise dans le service du Professeur TESTART au C.H.U. de Rouen pour des rectorragies abondantes .

L'hématocrite descendit jusqu'à 27%, les GR à  $3,1 \text{ M/mm}^3$  . Quatre culots furent passés durant son hospitalisation ; un traitement par Cimétidine (1,6g) fut entrepris .

La patiente fut revue le 27 Février 1984 en consultation du Professeur TESTART ; au toucher rectal l'ulcère semblait bien cicatrisé .

Le 23 Mars 1984, une mucosectomie rectale partielle par voie endo-rectale fut réalisée .

Compte rendu opératoire

23 Mars 1984

Pr. TESTART, Dr. PHILIPPE, Mr GUITON

"Après dilatation anale, l'exploration du rectum permet de reconnaître facilement deux îlots de muqueuse gastrique ; l'un d'environ 2 cm de long sur 1 cm de large siège en postérieur gauche, l'autre plus étendu, siège en latéral droit sur toute l'hémi-circonférence depuis la ligne ano-rectale jusqu'à 4 cm plus haut . L'ulcère à fond blanchâtre siège donc à la jonction de la muqueuse gastrique et colique médian antérieur".

En utilisant la technique du parachute par circonscription de fil tracteur tout autour des zones de muqueuse gastrique et après injection sous muqueuse de sérum adrénaliné, on fait l'excision des deux zones . La petite zone à gauche fut refermée par surjet, la zone latérale droite fut fermée par abaissement de la muqueuse rectale au niveau de la ligne ano-pectinée .

Les suites opératoires furent simples .

Les fragments furent envoyés au laboratoire d'anatomo-pathologie .

.../...

Compte-rendu anatomo-pathologique

26 Mars 1984

Nr 8 403 148

Dr. LEMOINE

Le fragment de muqueuse rectale examiné mesure 5 cm sur 3 cm avec dans le prolongement un territoire déchiqueté correspondant à l'ulcération ( ce territoire est étiqueté 1 ). Les fragments étiquetés 2 correspondent au territoire avoisinant de muqueuse apparemment saine mais congestives.

## Etude histologique :

A chaque extrémité du prélèvement, il est noté une muqueuse colique peu modifiée. Le territoire central correspond à une muqueuse de type gastrique fundique. Cette muqueuse apparaît congestive et discrètement inflammatoire. Le territoire ulcéré semble se constitué à la limite des deux muqueuses.

On note une ulcération faite d'un exudat fibrino leucocytaire reposant sur un tissu fibreux riche en vaisseaux avec en profondeur des vaisseaux thrombosés pouvant correspondre à des vaisseaux décapités ayant saignés.

## Conclusion :

Il s'agit d'une hétérotopie gastrique au niveau du rectum avec lésion ulcérée à la limite des deux muqueuses.

Mlle Frédérique L. fut revue en consultation par le Professeur TESTART le 9 Avril 1984 : aucune rectorragie, aucun signe proctologique ne furent signalés, l'examen clinique était normal.

.../...

Une coloscopie de contrôle pratiquée par le Docteur MAUPAS, le 31 Aout 1984 ne montrait : " aucun aspect évoquant la persistance d' îlots d'hétérotopie, aucun signe de récidence de l'ulcération rectale précédemment observée ".

REVUE DE LA LITTÉRATURE

SUR

LES HÉTÉROTOPIES GASTRIQUES DU RECTUM

Ce fut EWELLE qui, en 1939 (9) publia le premier cas d'hétérotopie gastrique du rectum. Depuis cette date, 23 autres cas ont été publiés ( cf tableau ).

Nous n'avons pas cité les localisations des hétérotopies au niveau du rectum. En effet, ce chapitre n'a semble t-il pas d'intérêt. Au vue de la littérature, les ectopies de muqueuse gastrique furent découvertes dans des localisations très diverses allant de la jonction recto-sigmoïdienne (32), à la jonction ano-rectale (43).

Dans le cas de Dublier (7), le tissu gastrique était associé à de la muqueuse colique sur toute la surface du méga-colon.

En ce qui concerne les antécédants familiaux, ce fut seulement par deux fois que l'on retrouva des cas insolites de rectorragies dans les familles, sans que le diagnostic d'hétérotopie fut confirmé.

Le premier cas (8), concerne un jeune homme de 17 ans présentant une hétérotopie de muqueuse gastrique du rectum et dont la mère était décédée dans un tableau de cachexie et de rectorragie.

Le deuxième cas fut exposé par SCHWARZENBERG (33) chez un nourrisson de six mois porteur de malformations digitales et dont le père ( porteur des mêmes malformations ) et le grand-père avaient des douleurs et des saignements du rectum, au cours de leur enfance, qui se passèrent spontanément lors de l'adolescence.

Quant au traitement, il fut toujours chirurgical avec pour finalité la résection complète du tissu hétérotopique ; aucune récurrence ne fut signalée dans la littérature.

Auteurs Années	sexe	Age	Circonstance de découvertes	Macroscopie	Microscopie	Complications	Malformations associées
Ewelle 1939 (9)	H	6 ans	Rectorragies	Polypes	Fundus	Ulcération	
Breton 1955 (4)	F	23 ans	Epreintes ténésnes Rectorragies glaires	Hyperplasie	Fundus	Ulcère	Non
Stockman 1960 (39)	F	4 ans	Rectorragies depuis 2 ans	Tissu gastrique tapisse la duplication	Fundus		Duplication rectale
Nigro 1961 (24)	H	5 ans	Protrusions rectales Glaires rectorragies	Polypes basés sur tuméfaction granuleuse	Fundus		
Goldfarb 1961 (12)	H	45 ans	Selles striées de sang	Polype rouge aspect velouté	Fundus Pylore	Non	Non
Cox 1962 (5)	F	25 ans	Rectorragies protalgies depuis l'âge de 9 ans	Replis polypoïdes formant un manchon	Fundus	Non	Non

Auteurs Années	Sexe	Age	Circonstances de découverte	Macroscopie	Microscopie	Complications	Malformations Associées
MANZ 1964 (20)	H	26 ans	Anémie puis	Tissu gastrique recouvre le diverticule	Fundus	Non	rotation incomplète du gros intestin spina-bifida 4 et 5e lombaires
DUBLIER 1969(7)	F	19 ans	Douleurs,ballon- nement abdominal diarrhées vomissements	Localisations disséminées dans le colon	Fundus pylore	perforation intestinale sur ulcération	Utérus bicorne mégacolon scoliose lombaire spina -bifida
SURGARMA 1970 (40)	F	13 MOIS		Polype	Fundus	Non	
LORD 1970 (18)	H	11 ans	Rectorragies	Lambeau muqueux prolabé	Fundus	Non	
WOLFF 1971	H	7 ans	Rectorragies	Polype	Fundus	Ulcération 4 ans après l'intervention	
WOLFF 1971	H	51 ans	Suite à un examen anatomopathologique d'un adénocarcinome du rectum		Pylore		
WOLFF 1971	F	46 ans	Suite à l'ablation d'un polype rectal assymptomatique	Polype sur base granuleuse hyperplasique	Fundus + glandes séreuses et muqueuses d'aspect salivaire		
SHINDO 1972 (37)	H	24 ans	Rectorragies,proc- talgies depuis 3 ans	Tissu gastrique recouvrant le diverticule	Fundus + glandes séreuses et muqueuses de type salivaire		Scoliose.lombaire duplication rectale
RICH 1978 (31)	F	nouveau né		Légère tuméfaction	Fundus et pylore +acini pancréatique		Malformations coliqueset génito urinaires

Auteurs Années	Sexe	Age	Circonstance de découverte	Microscopie	Microscopie	Complications	Malformations associées
Reuter (31)	F	5 ans	Douleurs abdominales	Tapisse la duplication	Fundus	Perforation intestinale	Duplication
Picard 1978 (28)	H	14 ans	Rectorragies depuis l'âge de 2 ans	Petite tuméfaction	Fundus	Ulcère	
Debas 1980 (6)	H	22 ans	Ténesme pesanteur de la fos- se iliaque gauche Rectorragies		Fundus	Ulcère	
Shimer 1980 (36)	H	24 ans	Rectorragies	Polype	Fundus		
Edouard 1980 (8)	H	17 ans	Proctalgies ténesmes Rectorragies depuis 4 ans	Polype sessile	Fundus	Ulcère	
Parkash 1982 (26)	F	1½ ans	Ulcère anal	Tissu gastrique tapisse la duplication	Fundus	Fistule anale	Duplication rectale
Kalani 1983 (16)	H	4 ans	Diarrées sanglantes Prurit anal Ecoulement purulent	Plissement velouté de la muqueuse rectale	Fundus	Anite ulcérée Ulcère du rectum avec formation d'une fistule recto vésicale	
Shwarzenberg 1983 (37)	H	6 mois	Emission de sang noir Rectorragies + Coliques	Tissu gastrique recouvrant la duplication	Fundus	Choc hypovolémique	Duplication rectale malformation des doigts et orteils
Jordan 1983 (14)	H	16 ans	Proctalgies ractorragies depuis 5 ans	Polype	Fundus	Rectite ulcérée	
Cas rapporté	F	15 ans	Rectorragies	Petites formations polypoïdes sessiles	Fundus	Ulcère	

ANATOMOPATHOLOGIE

Nous exposerons dans un premier temps les différents aspects macroscopiques et microscopiques des hétérotopies gastriques du rectum ainsi que des ulcères peptiques qui furent décrits dans la littérature .

Nous ferons ensuite, une revue des autres localisations le long du tube digestif ; en distinguant les ectopies de muqueuses gastriques secondaires à une métaplasie, et les hétérotopies congénitales .

.../...

## I - HETEROTOPIE GASTRIQUE DU RECTUM

### 1) Aspect macroscopique

Chez notre patiente, M<sup>lle</sup> Frédérique L., l'hétérotopie était macroscopiquement visible, prenant ici l'aspect de petites formations polypoïdes sessiles. Le polype est la configuration la plus fréquemment retrouvée (11 cas sur 25). Il prend des aspects variables : polypes sessiles (24, 43, 8), pédicule (12, 40, 43, 36, 14) moins bien structuré sous la forme d'un repli polypoïde (15, 18, 6, 16) velouté ou parfois grenu, prenant alors la configuration inquiétante d'une tumeur néoplasique (24, 6).

Par six fois, la muqueuse gastrique tapissait un diverticule du rectum. Dans les autres observations, l'aspect était moins bien défini prenant la configuration d'un repli muqueux, d'une zone hyperplasique ou d'une légère tuméfaction.

### 2) Aspect microscopique

Sur les 25 cas d'hétérotopies gastriques, 24 étaient composés d'une muqueuse fundique typique parfaitement élaborée.

La muqueuse fundique est un épithélium prismatique simple. Il s'invagine dans le chorion pour former des cryptes ou infundibulum au fond desquelles débouchent des glandes situées dans la muqueuse. Ces glandes fundiques sont tubuleuses, droites ramifiées et recouvertes par quatre types de cellules

a) Les cellules principales cubiques ou prismatiques basses élaborent la pepsine .

b) Les cellules pariétales, oxyntiques, volumineuses et acidophiles font saillie à la périphérie des glandes. Elles sécrètent l'acide

chlorhydrique et le facteur intrinsèque.

c) Les cellules du collet occupent l'extrémité interne des glandes. Les grains de mucigènes apicaux renferment un mucopolysaccharide acide.

d) Les cellules argentaffines, entérochromaffines localisées à la base des glandes.

Dans 19 cas, la muqueuse fundique est retrouvée seule, pour les 5 autres elle était associée :

I - a) à de la muqueuse pylorique (37) : région où les glandes sont tubuleuses, contournées, s'ouvrant au fond des cryptes plus profondes que celles du fundus. Les cellules sont exocrines à mucus identiques à celles du collet des glandes fundiques, sans mucines acides.

b) à des lobules glandulaires séro-muqueux (37, 49) pouvant être comparés à des glandes salivaires ou glandes séro-muqueuses de l'arbre trachéo-bronchique.

c) à des glandes lobulées acineuses séreuses (26) identifiées aux acini pancréatique.

2 - Dans un cas seulement la muqueuse hétérotopique était de nature pylorique isolée (43).

Tous ces tissus hétérotopiques se trouvent bien démarqués au sein d'une muqueuse rectale banale caractérisée par ces glandes de Lieberkühm longues qui ne contiennent pratiquement plus que des cellules caliciformes au détriment des entérocytes.

BRETON (4) dans sa publication, compara les propriétés histochimiques des cellules caliciformes du rectum à celle des cellules à pôles muqueux fermés du fundus (cf tableau).

Fixation au formol acétal de plomb

	Réaction au mucicarmin	Acide périodique de Schiff	Acide chromique de Schiff	Réaction métachromatique après coloration au bleu de Toluïdine	Traité par acide chromique puis coloré au bleu de Toluïdine	Réaction métachromatique après action d'hyaluronidase et NaCl à 1 %
Cellules caliaformes	Positif	Négatif	Négatif	Positif	Négatif	Persiste
Pôlypes à pôles muqueux fermés	Négatif	Positif	Positif	Négatif	Positif	

## II - L'ULCERE PEPTIQUE DU RECTUM

L'ulcère peptique du rectum fut rarement décrit dans la littérature.

### 1) Aspect macroscopique

Il se présente comme une ulcération banale souvent de petite taille parfois à peine perceptible (40). BRETON parle d'une ulcération à bord net, à fond blanchâtre de 3mm de diamètre évoquant au premier abord l'aspect d'un ulcère gastrique. PICARD (28) rapporte une ulcération de forme triangulaire et base souple recouverte de mucus.

### 2) Aspect microscopique

EDOUARD (8) décrit un ulcère de 2cm de diamètre avec un fond nécrotique fibrino-hémorragique. BRETON (4) décrit " un ulcère qui s'étend jusque dans la sous muqueuse qui présente un aspect que l'on peut considérer comme intermédiaire entre l'inflammation et le tissu de granulation en raison d'une néoformation vasculaire active, la superficie étant tapissée de cellules épithéliales très aplaties témoignant d'une régénération ".

L'auteur signale de plus " l'absence complète de vascularite oblitérante, des vaisseaux pariétaux qu'il est de règle d'observer dans les ulcères gastriques (maladies ulcéreuses". PICARD découvre l'ulcère presque au contact de la tuméfaction polypoïde " sous muqueuse épaisse et oedemateuse muscularis mucosae dissociée par un infiltrat inflammatoire subaigu ".

Ces descriptions trop peu nombreuses ne permettent pas d'établir de lésions histo-pathologiques communes aux ulcères peptiques du rectum.

### III - AUTRES LOCALISATIONS

#### LE LONG DU TUBE DIGESTIF

WOLFF, dans un important travail, fit une revue de 87 cas d'hétérotopies gastriques au niveau du tube digestif . De cette étude WOLFF(43) en déduisit une relation entre l'aspect microscopique de l'hétérotopie et son origine congénitale ou métaplasique : si la muqueuse gastrique est formée de glandes pyloriques ou d'une répliation partielle de tissu fundique faite de quelques cellules pariétales ou principales disséminées ; il s'agit alors d'un processus métaplasique retrouvé dans l'aire d'une inflammation chronique . Alors que sont en faveur d'une lésion congénitale : le caractère organoïde de l'hétérotopie faite d'une muqueuse fundique parfaitement élaborée et ou l'association de plusieurs types tissulaires au sein de l'hétérotopie .

#### 1) Langue et plancher de la bouche

a - Nous n'avons trouvé que 12 cas d'hétérotopies gastriques de la langue. 11 patients étaient de sexe masculin . Localisée à des endroits variables de de préférence en avant du V lingual, l'hétérotopie se présentait comme une tuméfaction kystique ou pleine, composée dans la plu part du temps de muqueuse fundique ( cf tableau ). Les manifestations cliniques étaient peu bruyantes, dans la plupart du temps une simple gêne lors de l'alimentation . Dans un seul cas l'anomalie s'est révélée lors d'un saignement .

b - 4 cas ont été rapportés au niveau du plancher de la bouche . 3 par WOLFF (44) et un par SCHULTZ. Ces hétérotopies avaient pour singularité d'être composées d'une grande variétée de tissus : épithélium malpighien, cylindrique

Auteurs	TOYAMA	DUNCAN	KRAUSPE	BURY	GORLIN	USTER
Années	1927	1942	1949	1962	1964	1968
Sexe	H	H	H	H	H	H
Agés	31 ans	2 mois	8 ans	4 mois	11 ans	11 mois
Topographie	base	1/3 ant.	pointe	1/3 ant.	1/3 ant.	1/3 ant.
Macroscopie	polype	kyste	tuméfaction	kyste	kyste	kyste
microscopie	fundus	fundus	fundus	fundus	pylore	fundus

Auteurs	GRUSKIN	HARRIS	MELATO	BROWN	HANIKA	ORTIZ
Années	1972	1974	1975	1978	1978	1982
Sexe	H	H	F	H	H	H
Agés	20 ans	6 mois	26 ans	11 mois	1 an	11 ans
Topographie	1/3 ant.	pointe	corps face sup.	corps face int.	corps bord gauche	base
Macroscopie	tuméfaction	kyste	polype	kyste		kyste
Microscopie	fundus + pylore	fundus	fundus + pylore	fundus	gastrique + duodenum	gastrique

cilie intestinal, gastrique (fundique et pylorique).

## 2) Oesophage

La présence de tissu gastrique au niveau de l'oesophage fut rapportée pour la première fois en 1805. Depuis de très nombreux cas furent décrits dans la littérature. NICHOLSON (23) retrouva de la muqueuse gastrique dans 756 de ses autopsies systématiques. RECTOR (30), pour une série de mille autopsies oesophagiennes chez des enfants de 1 à 4 ans découvrit 78 cas d'hétérotopies gastriques dont la quasi totalité était localisée dans les 2/3 supérieur de l'oesophage. De même MELATO (21), CLEMENTE et WOLF (43) rapportèrent des cas d'hétérotopies gastriques composées de muqueuse fundique et ou cardiale.

La plupart de ces ectopies tissulaires étaient associées à des néoplasies chez l'adulte. La fréquente découverte de muqueuse gastrique à ce niveau, s'explique par le fait qu'il ne s'agit pas dans la plupart des cas d'hétérotopies gastriques congénitales, mais de métaplasies. Comme l'observe ADLER (1), l'organe en contact permanent avec un environnement acide entretenu par le reflux gastro-oesophagien pourrait subir un processus métaplasique remplaçant l'épithélium malpighien par un épithélium prismatique plus apte à lutter contre l'action digestive du liquide gastrique. Cette pathologie est à présent reconnue sous le nom d'endobrachyoesophage (27) considéré comme une lésion précancéreuse expliquant la fréquence des néoplasies associées chez l'adulte.

Cependant l'hétérotomie gastrique congénitale se retrouvant à tous les niveaux du tube digestif, on ne voit pas pourquoi l'oesophage échapperait

à cette règle d'autant plus que sa localisation proximale à l'estomac la rend plus propice à un mécanisme dysembryoplasique comme nous le verrons plus loin.

### 3) Duodénum

De même qu'au niveau de l'oesophage, du tissu gastrique fut retrouvé de nombreuses fois au niveau du duodénum . Ainsi, HAEDMACKER (11) le constata dans 30% des cas de résection duodénale pour ulcère . JOHANSEN (11) découvrit des hétérotopies dans 56 des 250 résections gastro-duodénales pour ulcère ou carcinomes.

WOLFF (43) rapporta 15 cas tous associés à des ulcères ou des carcinomes qui n'étaient composés que de quelques cellules fundiques pariétales ou principales isolées, sans qu'il fut mis en évidence d'îlots gastriques bien structurés . Cette description correspond plutôt à une métaplasie en réponse au processus inflammatoire du voisinage . Ainsi JAMES (11) pense que la présence de muqueuse gastrique dans la première portion du duodénum correspond à un mécanisme adaptatif à l'environnement acide, rejoignant ainsi la théorie d'ADLER pour le bas oesophage .

A ces observations s'opposent les 8 cas exposés par SPILLER (38) où les lésions avaient l'aspect de polypes ,de nodules constitués d'une muqueuse fundique parfaitement structurée reposant sur une muqueuse duodénale normale.

### 4) Intestin grêle

Hormis la localisation bien connu au niveau du diverticule de MECKEL il est possible de retrouver du tissu gastrique au niveau du jéjuno-iléon .

Auteurs	Nawaz	Duffy	Ammann	Rodgers	Doberneck	Isbister	Lechago
Années	1974	1974	1975	1975	1976	1976	1976
Sexe	H	H	F	F	H	F	F
Age	43 ans	17 ans	27 ans	3 ans	8 ans	16 ans	48 ans
Circonstances des découvertes	Anémie		Hémorragie intestinale	Hémorragie intestinale	Douleurs abd. Diarrée Vomissement	Douleur F/G Vomissement	Douleurs Vomissement ATCD = CROHN
Topographie	Iléon	Iléon	Iléon	Iléon	Iléon	Jéjunum	Iléon
Macroscopie	2 petites zones rouges			Kyste 10cm diam.	Zone épaisse rouge 2cm de diamètre	Hyperplasie muqueuse	Muqueuse épaisse déchiquetée
Microscopie	gastrique	gastrique	gastrique	gastrique	gastrique	fundus pylore	fundus pylore
Associations malformatives		duplication iléale	duplication iléale	duplication iléale			
Complications	ulcération	pseudomyxome péritonéal	ulcération	ulcère	invagination iléo colique	ulcère perforé	

Auteurs	Mathis	Palmer	Santos	Chandraka	Briggs	Eberle	Newmark	Sengupta
Années	1976	1976	1977	1978	1979	1979	1981	1983
Sexe	H	F	H		H	H	F	H
Age	62 ans	1 jour	32 ans	enfant	15 ans		31 ans	3.semaines
Circonstances de découverte	occlusion hémorragies intestinales	douleurs	douleurs	hémorragies intestinales			maelena anémie vomissements douleurs	occlusion
Topographie	iléon	iléon	jéjunum	iléon	iléon	iléon	jéjunum	jéjunum
Macroscopie		kyste	polype			polype	tapisse la duplication	
Microscopie		gastrique	gastrique	gastrique	gastrique	gastrique	gastrique	gastrique
Associations malformatives		dilatation sacculaire iléale				adénomatoze endocrinienne multiples		
Complications		malabsorption syndrome de l'anse aveugle	invagination intestinale		ulcère perforé		ulcère	

WOLFF(43) dénombra 34 cas dont 8 au niveau du jejunum. Tous étaient associés à des lésions inflammatoires diverses (ulcères, entérites régionales). Il s'agissait ici de métaplasies constituée de glandes pyloriques.

Par la suite LEE (11) mis en évidence de la muqueuse gastrique dans le jejunum (7 fois) et dans l'ileon (4 fois). L'aspect macroscopique était nodulaire ou pédiculé.

15 autres cas furent publiés depuis 1974 (cf tableau) dont la plupart n'étaient pas associés à des pathologies inflammatoires chroniques pouvant expliquer une formation métaplasique. Chez 5 patients, le tissu gastrique tapissait des duplications, signant ainsi leur origine congénitale.

Comme au niveau du rectum, ces hétérotopies semblent fonctionnelles et sont responsables dans 6 cas d'ulcères dont 2 perforés.

##### 5) Colon plus appendice

C'est la localisation du tube digestif qui semble avoir été la moins rapportée dans la littérature. Comme au niveau des autres localisations du tube digestif, certaines ectopies gastriques se présentaient manifestement comme des métaplasies, comme les 3 cas rapportée par WOLFF(43), 2 associés à une RCH et 1 à une entérocolite non spécifique qui étaient constituées de glandes pyloriques, de même que le cas rapporté par NICHOLSON (23) au voisinage d'un ulcère tuberculeux du colon droit.

Par contre BURNE exposa le cas d'une fillette de 4 ans qui présentait de la muqueuse gastrique, duodénale et pancréatique au niveau d'un diverticule du colon transverse.

ATERMANN (11) découvrit une hétérotopie de muqueuse gastrique et oesophagienne au niveau du colon droit d'un nouveau-né.

Enfin LIEBLE (11) au niveau du caecum d'un nourrisson de 3 mois atteint d'une entérite catarrhale.

Quelques rares cas d'hétérotopies gastriques furent rapportés au niveau de l'appendice, comme celui de DROGA (11) qui rapporta le cas d'un jeune garçon de 14 ans hospitalisé pour un syndrome appendiculaire et dont l'exploration chirurgicale montra une appendice tuméfiée, déformée par 2 polypes renfermant de la muqueuse gastrique .

#### 7) Vésicule biliaire

Branchée sur le tube digestif, dérivée bourgeonnant de l'intestin moyen, cette poche peut être l'objet d'une ectopie de muqueuse gastrique au même titre que tous les dérivés endodermiques .

NICHOLSON (23) en 1923 affirme la trouver 17 fois au cours d'explorations portant sur 24 vésicules.

Plus récemment, KERAMIDAS (11) décrit cette lésion chez un enfant de 7 ans souffrant d'une cholecystite aiguë . RUNGE (11) compara 2 cas et constata que l'ectopie fundique se manifeste bruyamment par un syndrome douloureux; alors que l'absence de cellules pariétales acido-sécrétantes favorise la latence clinique .

.../...

En conclusion, si les hétérotopies gastriques furent retrouvées à tous les niveaux du tube digestif, il convient de les distinguer des métaplasies fréquemment exposées dans la littérature, en particulier au niveau de l'oesophage et du duodenum. Le rectum semble plus épargné puisqu'un seul cas rapporté par WOLFF de tissu pylorique au niveau d'un adénocarcinome se présentait comme une métaplasie. Toutes les autres hétérotopies présentaient des caractères macroscopiques et microscopiques en faveur de leur origine congénitale.

.../...

PATHOGENIE

## I) - RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Au cours de l'embryogénèse durant la deuxième semaine vont se différencier les deux feuillets embryonnaires primordiaux : l'ectoblaste et l'endoblaste.

Lors de la troisième semaine des cellules ectoblastiques prenant naissance à partir de la ligne primitive et du noeud de Hensen situé à l'extrémité caudale de l'ectoblaste, glissent en profondeur latéralement et vers l'extrémité céphalique de l'embryon pour s'insinuer ainsi entre l'ectoderme et l'endoderme et former le troisième feuillet embryonnaire: le chordo mésoblaste.

Ce chordo mésoblaste comprend donc d'une part, le mésoblaste latéral, et d'autre part, la chorde.

La chorde dérive donc de la migration des cellules ectoblastiques provenant du noeud de Hensen et qui vont se diriger vers l'extrémité céphalique de l'embryon en formant un cylindre creux.

Le processus complexe aboutissant à la formation de la chorde passe par trois stades :

1) Le canal chordal

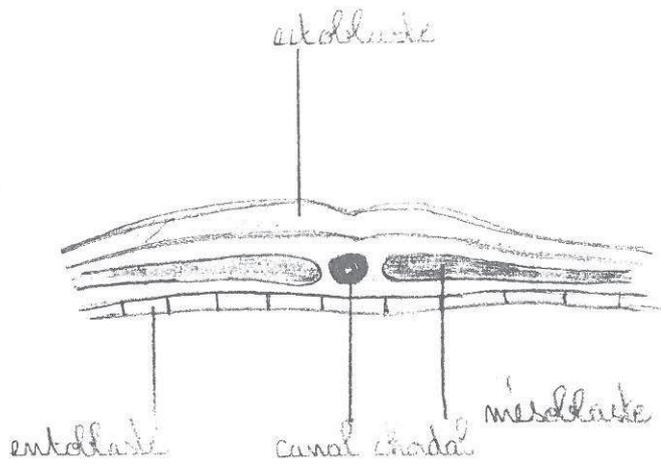
2) La plaque chordale : stade important au cours duquel la plaque se forme par accollement du canal chordal à l'entoblaste sous jacent ; accollement physiologiquement temporaire puisque au troisième stade :

3) La chorde : Elle est totalement séparée l'entoblaste.

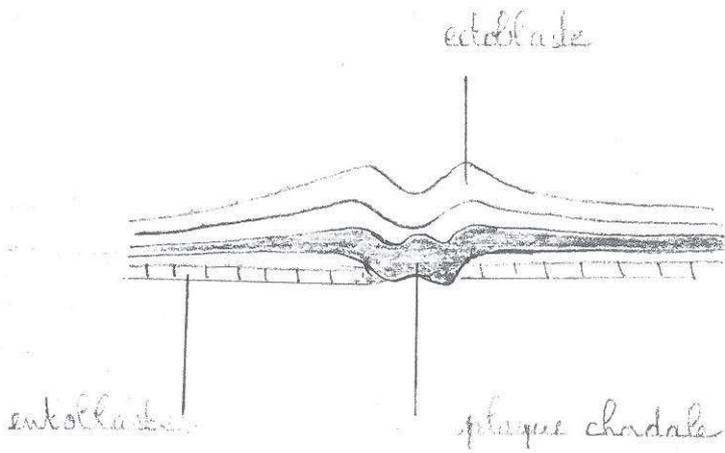
La mise en place du troisième feuillet embryonnaire est appelé gastrulation et termine la phase de l'embryogénèse.

Par la suite au cours de la morphogénèse, les différents feuillets vont être amenés à se différencier :

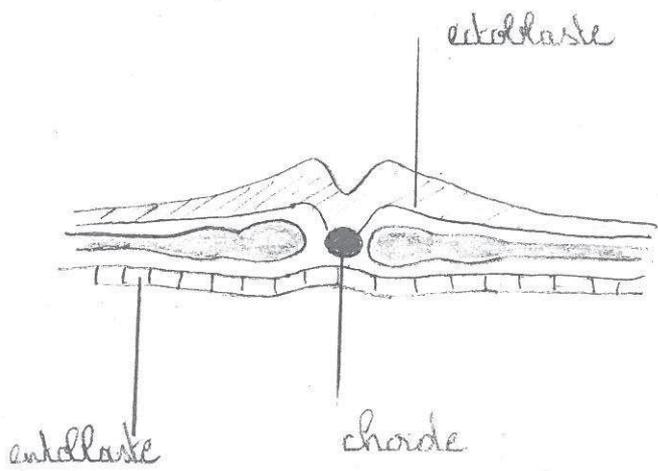
1) l'ectoblaste donnera naissance au tissu nerveux et à l'épiderme.



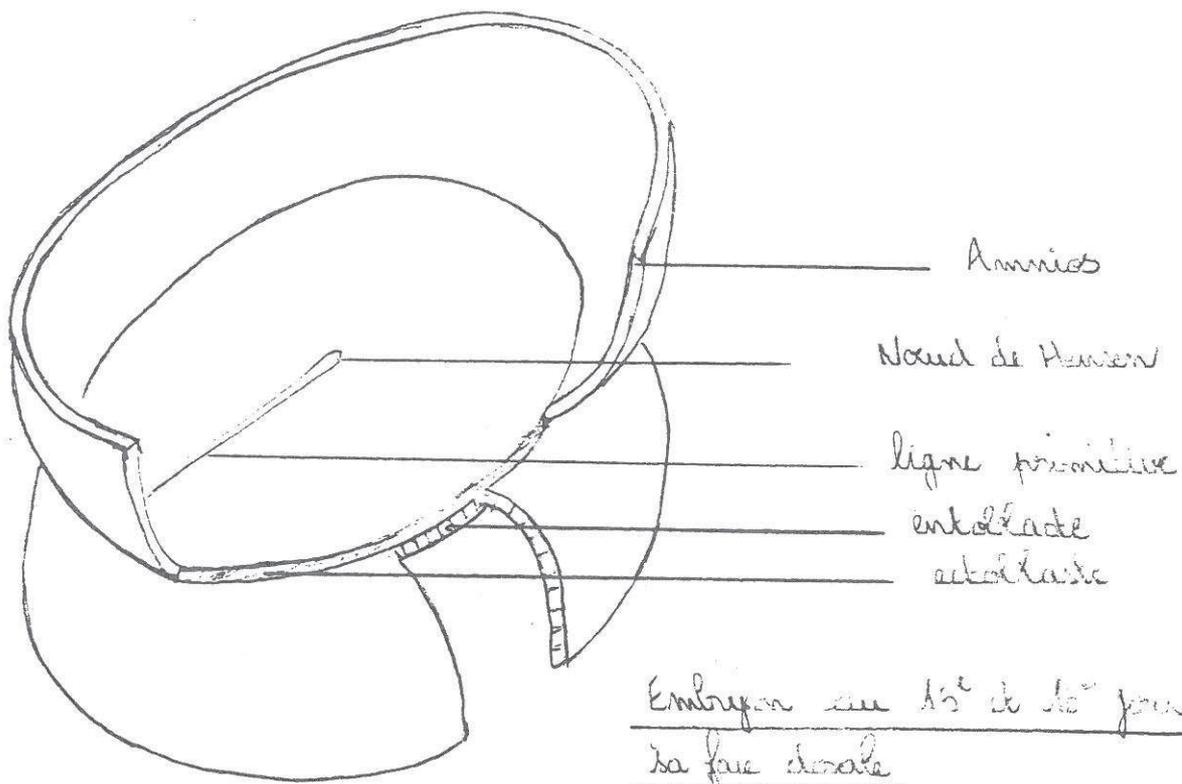
Canal chordal  
coupe transversale



Plaque chordale  
coupe transversale

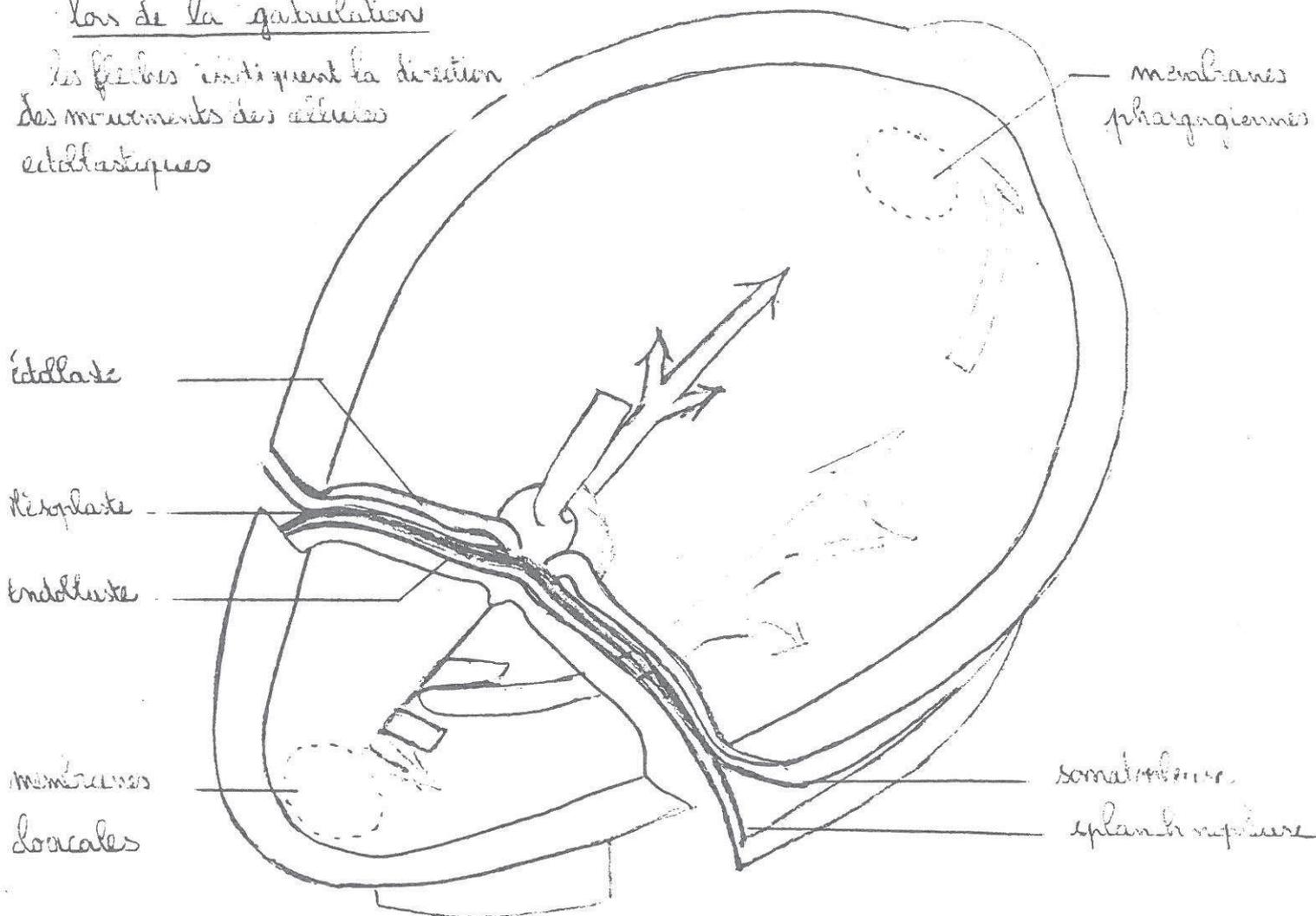


Chorde pleine  
coupe transversale



Sur générale des migrations cellulaires lors de la gastrulation

Les flèches indiquent la direction des mouvements des cellules ectodermiques



2) Le chordo mésoblaste va se diviser en quatre parties :

- a - La corde qui formera l'axe initial longitudinal autour duquel s'organisent les corps vertébraux.
- b - Le mésoblaste para axial qui se scindera en somites à partir desquels certaines cellules migreront en direction de la corde pour former les ébauches vertébrales et d'autre part, une partie de l'appareil vasculaire.
- c - Les néphrotomes à l'origine des reins.
- d - Les lames latérales à l'origine d'une part de la splanchnopleure, (qui double l'entoblaste et formera les tuniques musculaires et conjonctives des viscères et du tronc) d'autre part la somatopleure (qui double l'ectoblaste et participera à la constitution des parois latérales et ventrales du tronc).

3) L'entoblaste sera à l'origine de l'intestin primitif dont on distingue trois parties :

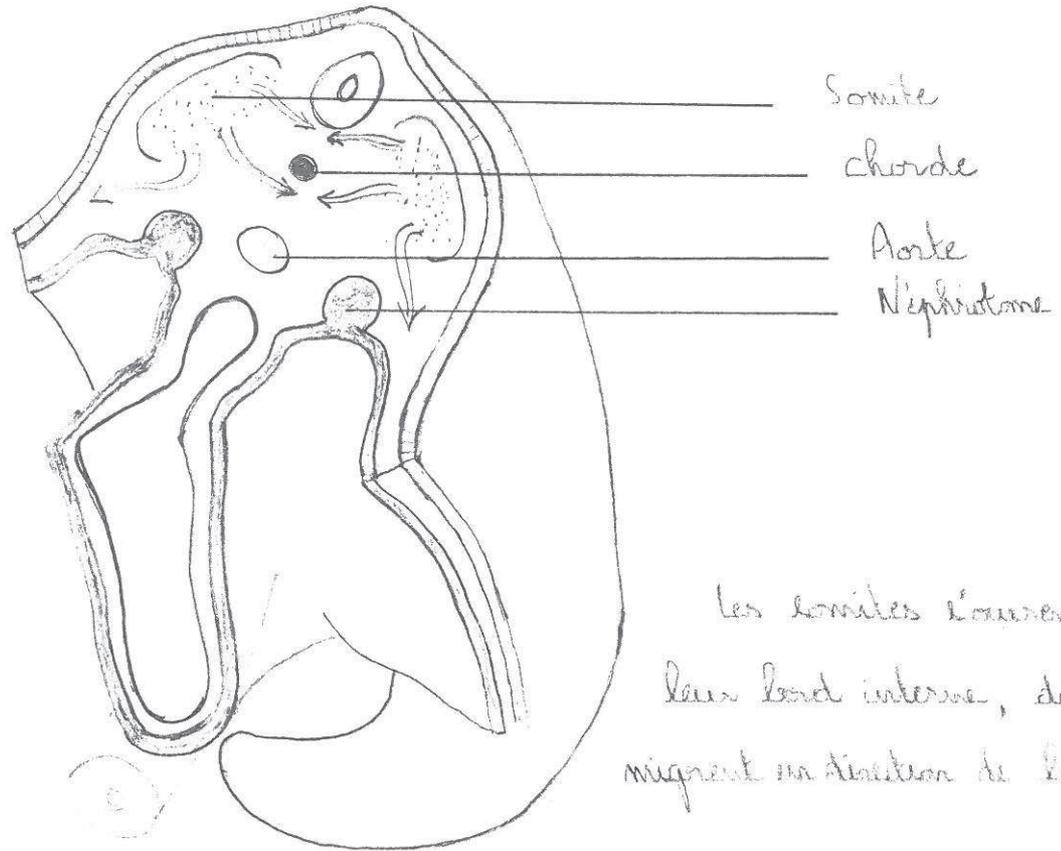
- a - L'intestin antérieur en communication directe avec l'extérieur vers la troisième semaine par résorption de la membrane pharyngienne . Il donnera naissance à l'épiglotte au 1/3 postérieur de la langue à l'oesophage l'estomac et une partie du duodénum .
- b - L'intestin moyen est à l'origine de la deuxième moitié du duodénum, le jéjunon iléon, du cadre colique jusqu'à l'angle colique gauche .
- c - L'intestin postérieur qui donnera le reste du colon avec le rectum qui dérive de la membrane cloacale.

De plus l'entoblaste est à l'origine de l'épithélium trachéo bronchique de l'endothélium alvéolaire, des glandes thyroïdes para thyroïdes pancréatiques, et du foie .

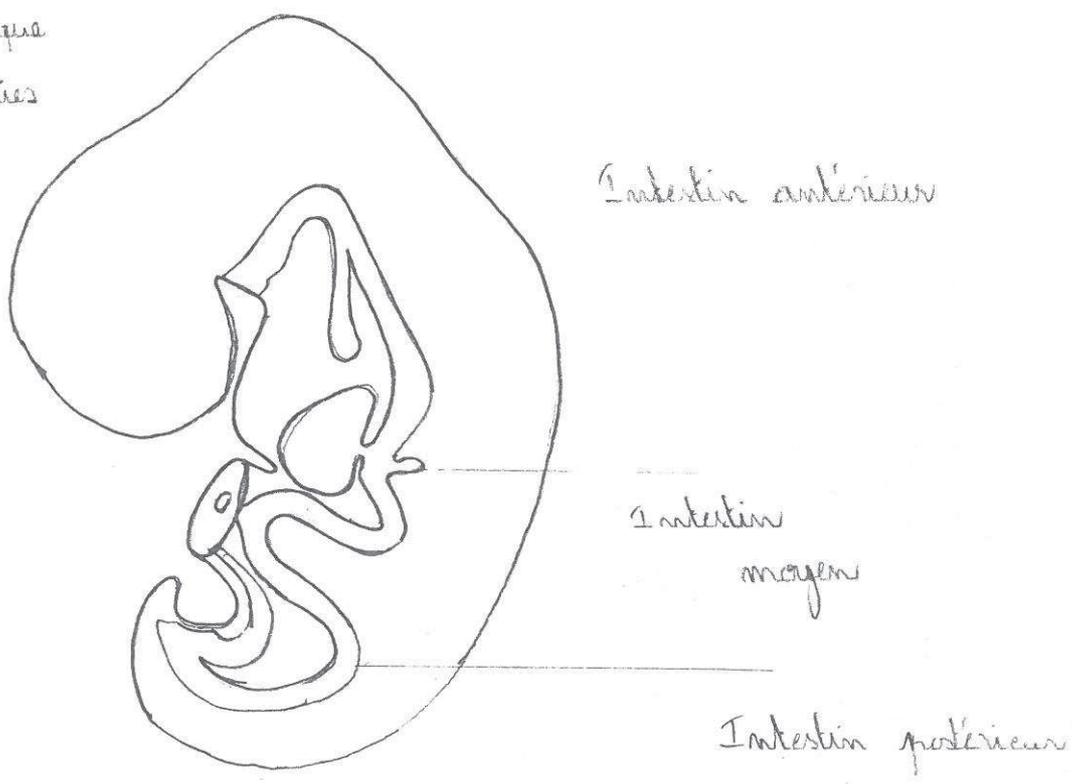
L'entoblaste est donc responsable de la formation de tout l'épithélium de revêtement du tube digestif .

Coupe transversale

Début de la 4<sup>ème</sup> semaine



Coupe sagittale schématisique montrant les trois parties de l'intestin primitif



### Histogénèse

Au stade de l'intestin primitif, tous les épithéliums de revêtement qui tapissent les dérivés de l'entoblaste sont formés par des cellules indifférenciées .

Pour l'oesophage, c'est à la dixième semaine que s'amorce une pseudo stratification . La plupart des cellules sont ciliées, peu à peu les cils vont disparaître et l'épithélium va devenir pavimenteux stratifié .

Pour l'estomac, lors de sa croissance la muqueuse s'affine et s'invagine pour former des cryptes au fond desquelles, dès le troisième mois, apparaissent les bourgeons glandulaires . Au quatrième mois les glandes se différencient en fonction de leur topographie .

Pour l'intestin, dès le troisième mois apparaissent les villosités et les glandes de Lieberkühn . Le mucus est sécrété à partir de la huitième semaine, l'entérokinase à la seizième semaine .

.../...

## II Théories sur la formation embryologique des hétérotopies gastriques du tube digestif .

WOLFF (43) dans sa publication décrit 2 mécanismes embryologiques possibles expliquant la formation congénitale des hétérotopies gastriques du tube digestif . Ces théories furent reprises de nombreuses fois par la suite .

a - Une erreur de positionnement lors de la formation du tube digestif primitif peut être impliquée dans la génèse des hétérotopies gastriques situées dans l'aire du tube digestif proximal à l'estomac, en particulier au niveau de l'oesophage . ||lors de la descente de l'estomac, quelques ilots de cellules, qui sont destinés  devenir gastrique restent dans la portion de l'oesophage du tube digestif et deviennent des ilots de tissu gastrique typiques ''.

b - L'h t roplasie ou métaplasie à l'échelle embryonnaire expliquant les hétérotopies de la partie distale du tube digestif donc du rectum : les cellules bordant la totalité de l'intestin primitif dans les premières semaines de la vie embryonnaire sont morphologiquement capable de se différencier en n'importe quel type d'épithélium .

Selon Picard(28) quelques cellules souches endodermiques échapperaient au début de l'embryogénèse à la première induction physiologique . Par la suite ces cellules seraient soumises accidentellement à une anormale et non spécifique induction, responsable de la formation du tissu gastrique . On peut cependant se demander comment une simple induction pourrait entraîner la formation de tissu aussi diff rent que la muqueuse fundique, les glandes salivaires, ou les acini pancréatiques qui cohabitaient dans la même lésion hétérotopique chez certains patients (43,37,32).

c - Des hétérotopies gastriques recouvrant des lésions polypo ides ou nodulaires

classiques, on peut distinguer les quelques duplications intestinales tapissées de tissu gastrique qui furent rapportées dans la littérature (6 au niveau du rectum) ; leur formation embryologique est maintenant bien élucidée . Il est à noter que parmi les 6 cas de duplication rectale, 2 étaient associées à des malformations vertébrales (20,37) . De même, chez la patiente de DUBLIER (7) porteuse d'un mégacolon court tapissé de tissu gastrique, existait un spina bifida et une scoliose lombaire associés . cette association : malformation vertébrales duplications intestinales fut expliquée par HARVEY (13) . Dans sa publication ,il décrit 7 cas de duplications intestinales ou kystes médiastinaux reliés à des anomalies vertébrales . Il exposa par la suite le mécanisme congénital de ces malformation . Elles résulteraient d'une adhésion anormale ( au cours de la deuxième semaine de l'embryogénèse ) entre l'endoderme et l'ectoderme en un point quelconque de l'aire cylindrique laissée temporairement vacant juste céphalique à la ligne primitive . Par la suite cet accolement va entraver la progression de la notochorde (véritable tige qui prend naissance à partir du noeud de Hensen et va progresser vers l'extrémité céphalique de l'embryon). Ainsi la notochorde, qui servira de tuteur lors de la formation des corps vertèbraux, n'aurait donc comme possibilité que de contourner la bride ou de se séparer en deux formant ainsi respectivement une scoliose et, ou un spina bifida.

Quant à la formation de la duplication intestinale, elle s'explique par un simple mécanisme d'étirement entre l'ectoderme et l'endoderme accolés durant la croissance du foetus.

.../...

ETUDE CLINIQUE

DES

HETERO TOPIES GASTRIQUES DU RECTUM

## I - MANIFESTATIONS CLINIQUES

L'hétérotopie gastrique du rectum se manifeste rarement en dehors de sa principale complication ; l'ulcère peptique .

### 1) La rectorragie

C'est la principale manifestation clinique puisqu'elle fut présente chez 19 patients porteur d'une hétérotopie gastrique du rectum . D'abondance variable, allant de la découverte de stries de sang sur les selles (12) à l'hémorragie de grande abondance entraînant un choc hypovolémique (37), la rectorragie peut survenir en dehors des défécations comme ce fut le cas pour notre patiente. Dans 9 observations ce fut la seule manifestation clinique rapportée .

### 2) Autres manifestations

Par 10 fois, la rectorragie était associée à des douleurs abdominales non spécifiques ; à type de coliques, de proctalgies, de pesanteur de la fosse iliaque gauche, de ténesme ou d'épreintes .

En ce qui concerne les six autres observations, la lésion fut découverte à 3 reprises au décours de complications secondaires de l'ulcère peptique (2 péritonites, 1 fistule anale ) sans qu'un épisode de rectorragies ne soit signalé dans ces observations !

Chez un patient la muqueuse pylorique fut découverte lors d'un examen anatomo-pathologique d'un adéno-carcinome du rectum . Enfin dans 2 cas l'hétérotopie était totalement asymptomatique (32,43) et sa découverte fut fortuite.

## II - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Alors que chez notre patiente le diagnostic fut rapidement établi au cours de la coloscopie et des biopsies, il n'e fut pas toujours de même dans les observations rapportées dans la littérature, en particulier lorsque l'ulcération n'était pas présente et dans les cas où la muqueuse gastrique tapissait une duplication rectale pas toujours visible endoscopiquement, comme ce fut le cas dans l'observation de SHINDO où la duplication était cachée par du tissu hémorroïdaire et fut découverte lors de l'ablation chirurgicale de ces hémoroïdes.

SCHWARZENBERG (37) condanna le nombre injustifié d'examens que subit son patient de 6mois porteur d'une duplication rectale, alors qu'une simple et méticuleuse proctoscopie fit le diagnostic.

En fait trois examens semblent avoir leur utilité si le diagnostic est suspecté :

### 1) La scintigraphie au technetium (99mTC04)

qui révèle une concentration anormale de la radioactivité au niveau de l'ectopie de muqueuse gastrique. SFAKIAMAKIS (35) mit en évidence les bonnes performances de la scintigraphie abdominale pour le diagnostic d'hétérotopie gastrique ; dans son étude de 143 scintigraphies la spécificité était de 100% et la sensibilité de 91% (1 faux négatif). Avec la caméra les résultats étaient un peu moins bons qu'avec le scanner linéaire. Cependant, l'utilité de cet examen se fait surtout ressentir dans les localisations non explorables endoscopiquement comme l'intestin grêle. Au niveau du rectum, son indication se limite à la recherche d'autres localisations associées, en particulier

.../...

Le diverticule de MECKEL comme ce fut le cas chez le patient de MANZ (20).

2) Stimulation à la pentagastrine

Ce fut DEBAS (6) qui utilisa le premier la stimulation de la sécrétion acide des cellules pariétales par l'injection de pentagastrine. Cette technique lui permit, grâce à un PHmètre de bien localiser l'hétérotopie au cours de l'intervention chirurgicale et d'en faire l'excision totale. Cette technique est aussi préconisée pour augmenter la sensibilité des scintigraphies abdominales.

3) Enfin, l'utilisation de colorant vital (rouge congo) durant la proctoscopie afin de diriger la biopsie.

.../...

### III - COMPLICATIONS EVOLUTIVES

La seule complication de l'hétérotopie gastrique du rectum, c'est l'ulcère peptique qui peut lui même se compliquer d'hémorragies, de perforations. Nous ne reparlerons pas des rectorragies.

#### 1) L'ulcère peptique

C'est la complication logique, sous la dépendance de la sécrétion chlorhydro-peptique des cellules pariétales de l'hétérotopie gastrique.

Les capacités fonctionnelles des hétérotopies sont très variables d'un cas à l'autre. Ainsi DEBAS (6) mit en évidence cette sécrétion chlorhydro-peptique chez un homme de 22 ans qui présentait un ulcère au voisinage d'une hétérotopie gastrique du rectum. Après l'injection de pentagastrine le pH variait entre 1,6 et 3,6. Par contre GOLDFARB (12) exposa le cas d'un homme de 45 ans porteur d'un polype du rectum constitué de muqueuse fundique et pylorique ; il n'y avait ni ulcération, ni inflammation au voisinage, le pH rectal était à 7. L'hétérotopie était donc peu sécrétante expliquant la quasi absence de signes fonctionnels chez ce patient et la découverte tardive de sa lésion.

D'après BRETON (4), à cette action chlorhydro-peptique se surajouteraient des troubles vaso-moteurs liés au système neuro-végétatif. Cette hypothèse pourrait expliquer l'apparition d'un ulcère à un moment quelconque de la vie. C'est ainsi que l'ulcération découverte chez la jeune femme de 23 ans suivie par BRETON peut avoir été favorisée par les perturbations neuro-végétatives inhérentes à la grossesse et à l'accouchement survenu 3 mois auparavant. Une telle situation fut rapportée par COX (5) chez une femme de 25 ans porteuse d'une hétérotopie gastrique du rectum connue depuis l'âge de 9 ans et dont la symptomatologie était particulièrement sévère lors des grossesses. De même, l'on peut rester perplexe devant le cas rapporté par EDOUARD (8) d'un jeune homme de 17 ans porteur d'une

.../...

hétérotopie gastrique et dont la mère décéda 6 mois après l'accouchement dans un tableau de rectorragies avec cachexie.

D'après BRETON, la muqueuse intestinale serait un foyer de prédilection pour la formation d'un ulcère peptique. L'ulcère gastrique (maladie ulcéreuse se localisant pratiquement toujours dans les foyers de métaplasie intestinale de la muqueuse de l'estomac.

## 2) les perforations rectales

Comme toutes ulcérations localisées dans un organe creux, l'ulcère peptique du rectum peut se compliquer secondairement de perforations et être à l'origine de la formation de fistules.

Deux cas de péritonites par perforation colique furent rapportés dans la littérature ; le premier fut publié par DUBLIER (7) chez une jeune femme de 19 ans porteuse d'un mégacôlon tapissé de muqueuse gastrique et la deuxième par REUTER (31) chez une fillette de 5 ans.

Deux cas de fistule furent aussi rapportés ; une recto-vésicale (16) chez un garçon de 4 ans qui présentait une diarrhée sanglante, une anite ulcérée, une pyurie et un écoulement purulent rectal. Une fistule anale (26) chez une fillette de  $1\frac{1}{2}$  an porteuse de plus d'une duplication rectale.

.../...

IV - DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS D'UN ULCERE PEPTIQUE DU RECTUM

1) Ulcérations cancéreuses de l'adéno- carcinome du rectum entourées d'un bourrelet grossièrement circulaire ou du cancer épidermoïde du canal anal. Le diagnostic sera fait dans les deux cas par l'examen anatomo-pathologique.

2) L'ulcère solitaire du rectum était défini par l'existence d'une ou plusieurs ulcérations isolées, superficielles localisées sur la parois antérieure du rectum et étant caractérisé par son évolution désespérément chronique.

Depuis 1975, le cadre de cette entité a été élargie grâce à la découverte de sa cause : un trouble de la statique d'un fragment de muqueuse rectale. En effet, le syndrome d'ulcère solitaire du rectum survient dans un contexte bien particulier, associant un prolapsus rectal ou un prolapsus muqueux interne de la parois antérieure du rectum extériorisé ou non à l'anus. Ce lambeau de muqueuse rectale prolapsée agit comme une valve dans le canal anal et perturbe le mécanisme normal de la défécation. La muqueuse est soumise à des tractions et à des compressions, ces traumatismes s'accroissent au moment de la défécation. Il en résulte un renforcement de la paroi rectale (hypertrophie et hyperplasie musculaires par adaptation) des lésions secondaires d'ischémie et de fibrose.

Le syndrome d'ulcère solitaire du rectum possède des lésions histopathologiques caractéristique : une muqueuse épaissie, irrégulière et prenant un aspect pseudo villosité. Les cryptes sont déformées, ramifiées ou raccourcies, parfois kystiques. Une oblitération progressive du chorion de la muqueuse par une fibrose associée à une prolifération de fibres musculaires lisses.

Ce syndrome d'ulcère solitaire du rectum englobe maintenant plusieurs termes qui recouvrent une entité commune.

a - L'ulcère solitaire du rectum du fait de la perte de substance.

- b - L'hamartome inversé du rectum du fait de la présence de structures glandulaires normales dans la musculaire muqueuse et la sous muqueuse.
- c - Kystes entérogènes et colites kystiques profondes localisées du fait de la présence de kystes glandulaires dans la sous muqueuse et la musculuse.
- d - Polypes cloagéniques inflammatoires pour des lésions identiques siégeant à la limite de la ligne pectinée.

3) La recto colique ulcère hémorragique non pas dans sa forme typique ou le rectum atteint de façon diffuse présente de nombreuses ulcérations disséminées sur une muqueuse granitée; mais dans les très rares cas où cette maladie peut débiter par la présence d'une seule ulcération, cependant l'évolution et très rapidement évocatrice.

4) La maladie de crohn les ulcérations sont multiples, s'y associent fréquemment des lésions anales ( fissures, fistules ).

5) La maladie de Nicolas Favre; mais la présence d'adénopathies inguinales, la positivité des examens sérologiques spécifiques, l'évolution fréquente vers le rétrécissement rectal sont assez particulier à cette affection.

6) Les ulcérations traumatiques thermométriques ou autre ont un aspect endoscopique très différent.

7) Les ulcérations médicamenteuses consécutives à la prise quotidienne pendant plusieurs mois de suppositoires antalgiques ( paracétamol, acide acétylsalicylique, désoxoproxyphène ) (2,3,17) s'accompagnent de sténoses importantes et seront la aussi diagnostiquées grâce à l'interrogatoire.

8) La recto colite ischémique non gangréneuse : ici la notion d'âge et la biopsie vont orienter le diagnostic.

9) Les ulcérations post-radiothérapeutiques ou post-curithérapeutiques seront diagnostiquées grâce à une anamnèse soigneuse.

Les examens complémentaires permettent également d'éliminer la syphilis, la gonococcie, l'amibiase, la dysenterie bacillaire et la rare tuberculose rectale.

T R A I T E M E N T

VII - TRAITEMENT

Dans la totalité des cas rapportés dans la littérature, le traitement fut toujours chirurgical. Melle Frédérique L. bénéficia d'une mucosectomie par voie basse comme dans la majorité des interventions précédemment décrite. Ce fut seulement au décours de complications (péritonites, fistules) que des interventions plus importantes furent pratiquées. Cette thérapeutique chirurgicale semble efficace puisque aucune récurrence ne fut signalée.

Chez notre patiente la prise de cimétidine permet de faciliter la cicatrisation de l'ulcère et ainsi de stopper les rectorragies dans l'attente d'un traitement chirurgical définitif.

.../...

C O N C L U S I O N

L'ulcère peptique du rectum est la principale complication de l'hétérotopie gastrique du rectum ; il se manifeste le plus souvent par des rectorragies.

L'hétérotopie gastrique du rectum est une aberration tissulaire peu fréquente, nous n'avons retrouvé que 25 cas dans la littérature. D'origine congénitale, elle se manifeste cliniquement au cours de l'enfance ou chez l'adulte jeune. L'hétérotopie apparaît le plus souvent isolée sans autres malformations associées en dehors des cas où elle tapisse des anomalies intestinales (duplications, mégacolon). Une fois cette maladie reconnue la guérison est parfaitement acquise par l'exérèse de tout le tissu gastrique hétérotopique.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ADLER R. H. : The lower oesophagus lined by columnar epithelium its association with hiatal hernia stricture and tumor.  
J. Thorax. Cardio. Vasc. 1963, 45 : 13-34
- 2 - BENQUE A. et COLL : Sténose rectale grave liée à l'utilisation de suppositoires de Véganine. Une approche thérapeutique originale.  
Gastro. entérol. clin. et biol. 1983, 7 : 138 a
- 3 - BLANCHI et COLL : Sténose rectale liée à la prise de suppositoires associant dextropropoxyphène et paracétamol (Di-Antalvic)  
Gastro. entérol. clin. et biol. 1984, 8 : 579-580
- 4 - BRETON P., LARGET P. et ISIDORE P. : Ulcère peptique du rectum, Hétérotopie de type gastrique (fundique) de la muqueuse rectale.  
Arch. Fr. Mal. app. digest. 1955, 44 : 1153-1161
- 5 - COX R. W. : Acase of gastric heterotopia in the rectum.  
J. Pathol 1962, 84 : 427-428
- 6 - DEBAS H. T., CHAUN H., THOMSON F. B. et SOON SHIONG P. : Functioning heterotopic oxyntic muco in the rectum.  
Gastro. enterol. 1980, 79 : 1300-1302
- 7 - DUBLIER C. D., CAFFREY P. R. et HYDE G. C. : Multifocal gastric heterotopia in a malformation of the presenting as a megacolon.  
Am J. clin. Pathol 1969, 51 : 646-653
- 8 - EDOUARD A., JOUANNELE A., AMAR A., DOUTONE P., MAURICE P. et GALAND  
Hétérotopie de muqueuse gastrique dans le rectum avec ulcération.  
Gastro. clin. biol. 1983, 7 : 39-42
- 9 - EWELL G. H. et JACKSON R. H. : Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage.  
Wiss. med. J. 1939, 38 : 641-643

- 10 - FORD M. J., ANDERSON J.R., GILMOUR H. M., HOLT S., SIRCUS W. et HEADING  
Clinical spectrum of " Solitary ulcer " of the rectum.  
Gastroenterology 1983, 84 : 1533-1540
- 11 - GALAND A. : Hétérotopie gastrique dans le tube digestif, revue de la  
littérature à propos d'un cas dans le rectum.  
Mémoire pour le certificat d'études spéciales d'anatomie pathologie.  
Monpellier 1981
- 12 - GOLDFARB W. B. et SCHAFER R. : Gastric heterotopia in the rectum.  
Ann. Surg. 1961, 154 : 133-136
- 13 - HARVEY E., BEADMORE et WUGLES WORTH F. W. : Vertebral anomalies and  
alimentary duplications.  
Pediat. clin. North America May 1958, 457- 474
- 14 - JORDAN F., MAZZEO R. et SOIDERER M. : Heterotopic gastric mucosa of  
the rectum.  
Arch. Surg. 1983, 118:878-880
- 15 - JUNGREIS C. et Mc KINLEY M. : Ectopic gastric mucosa rare but not  
forgotten.  
Gastro. intest. endoscopia 1984, 30 : 48-49
- 16 - KALANI B. P., MANS K., VAEZZADEM et SIBER : Gastric heterotopia in  
the rectum complicated by rectoversical fistula.  
Digest. dis. and sci. 1953, 28 : 378-380
- 17 - CANTHIER P., DELCHIE J. C., SOULE J. C. et BADER J. P. : Lésions soli-  
taires du rectum d'origine médicamenteuse.  
Gastro. entérol. clin. et biol. 1985, 9 : 198 a
- 18 - LORD Ph. et TRIBE C. R. : Gastric tissue in the rectum.  
Lancet 1970, 1 : 556-567

- 19 - MAFFIOLI C., MATHIEU P., BRUNETAUD J. M., CAUDOUX P. et GEOFFROY H.  
Ucère solitaire et idiopatique du rectum.  
Med. int. 1976, 11 : 217-225
- 20 - MANZ M., KENGETER J. P. et WALTZ P. K. : Rectal duplication lined  
by gastric mucosa in an adult.  
Am J. Surg. 1964, 10 : 887-890
- 21 - MELATO M. et FERLITO A. : Heterotopic gastric mucosa of the tongue and  
the oesophagus.  
O.R.L. 1975, 37 : 244-254
- 22 - NEWMARK H., CHING G., HALLS J. et LEVY I. : Bleeding peptic ulcer caused  
by ectopic gastric mucosa in a duplicated segment of jejunum.  
A.M.J. gastro. enterol. 1981, 2 : 158-162
- 23 - NICHOLSON W. : Heteromorphose ( metaplasia ) of the alimentary tract.  
J. and Bact. 1923, 26 : 399-416
- 24 - NIGRO D. et HIRATZA J. : Aberrant gastric mucosa a case report.  
Dis colon rectum 1961, 4 : 275-276
- 25 - ONTEZ M. J., FAY J. et WEIR G. : Heterotopic gastric to the tongue.  
J. oral maxillo fac. surg. 1982 40 : 667-670
- 26 - PARIKASH S., VELIATH A. et CHANDRASEKARAN V. : Ectopic gastric mucosa  
in duplication of the rectum presenting as a perianal fistula.  
Dis colon rectum 1982, 25 : 225- 226
- 27 - PHILIPPE J. M., TESTART J., TENIERE P., BRIDOUX J. et MESNARD A. :  
L'endobrachyoesophage est une lésion précancéreuse.  
Act. chirurgica Belgica 1982, 397-403
- 28 - PICARD L. J., PICARD J. J., JORISSEN J. et JARDON M. : Heterotopic  
gastric mucosa in the epiglottis and rectum.  
Dis dig. sci. 1978, 23 : 217- 221

- 29 - POITET P., BOGOMOLETZ W. V. et FENZYA : Syndrome du prolapsus muqueux anorectal : un concept moderne et unitaire d'ulcère solitaire du rectum et lésions du même type.  
Gastroenteral clin. et biol. 1985, 9 : 561-563
- 30 - RECTOR C. E. et COMERLEY M. L. : Aberrant mucosa in the oesophagus in enfant and children.  
Arch Pathol 1941, 31 : 285- 294
- 31 - KEUTER G., KRAUSE I., BAUKE G. et MARKWARDT J. : Akutes abdomen durch perforation eines "darmmagens" ( abo tive darmduplikat r ) bei einem kend.  
Z. bl. chir. 1978, 103 : 1055-1061
- 32 - RICH R. H., DEHNER L.P., HAPKE M. et LEONARD S. : Gastro pancreatique heterotopia of the recto sigmoïd colon.  
Z. Kinderchir Grinzgeb 1978, 24 : 76-80
- 33 - SCHWARZENBERG J. J. et WITINGTON P. : Rectal gastric mucosa heterotopia as a cause of hematochezia in an enfant.  
Dig. dis. and sci., 28 : 470-472
- 34 - SENGUPTA S. K. et SMITH F. : Gastric heterotopia of the jejunum in a three week old baby.  
J. Pediat. Surg. 1983, 3 : 302-303
- 35 - SFAKIANAKIS G. et HAASE G. : Abdominal scintigraphy for ectopic gastric mucosa: a retrospective analysis of 143 studies.  
A.J.R. 1982, 138 : 7-12
- 36 - SHIMER G. R. : Case for diagnostic: heterotopic gastric mucosa in the rectum.  
Milit. Med. 1980, 145 : 771-805
- 37 - SHINDO K., BACON H. E. et HOLMES E. J. : Ectopic gastric mucosa and glandular tissu of a salivary type in the anal canal.  
Dis. colon rectum 1972, 15 : 57-62

- 38 - SPILLER R. C., SHOUSA S. et BARRINSON I. G. :Heterotopie gastric tissu in the duodenum a report of eight cases.  
Digest dis. and sci. 1982, 27 : 880-883
- 39 - STOCKMAN J. M., YOUNG V. T. et JENKINS A. L. :Duplication of the rectum containning gastric mucosa.  
Zama 1960, 173 : 1223-1225
- 40 - SURGARMAN G. J., WEITZ%AN J. J., ISAAC H. et BECK D. B. :Rectal bleeding form gastric tissu in the rectum.  
Lomat 1970, 1 : 251
- 41 - WEINGART J. et OTTENJANN R. : Heterotopic gastric mucosa in the duodenum.  
Endoscopy 1984, 16 : 127
- 42 - WEITZNER S. : Ectopic salivary gland tissu in submucosa of rectum.  
Dis. colon rectum 1983, 26 : 814-817
- 43 - WOLFF M. : Heterotopic gastric epithelium in the rectum: a report of three new cases with rewiw of 87cases of gastric heterotopia in the alimentary canal.  
A.M.J. clin. Pathol 1971, 55 : 604-616
- 44 - WOLFF M. et RANKOW R. : Heterotopic gastric epithelium and the head and neck region.  
Annal of plastic surgery 1980, 4 : 53-64

## RESUME

A propos d'une observation originale d'une hétérotopie gastrique du rectum et de 24 autres cas tirés de la littérature, nous avons décrit le tableau anatomo clinique de cette rare lésion . L'ulcère peptique en est sa principale complication responsable des manifestations cliniques ( rectorragies, proctalgies ). L'hétérotopie gastrique étant bien distincte de la muqueuse environnante, le diagnostic repose essentiellement sur la rectoscopie. Affection bénigne son traitement est cependant chirurgical. Si l'origine congénitale de l'hétérotopie semble établie, le mécanisme embryologique de sa formation reste au stade d' hypothèses.

## MOTS CLES:

Hétérotopie gastrique -ulcère peptique - rectorragie - congénital  
chirurgical

VU, le Président de Thèse :

Vu et permis d'imprimer :  
Le doyen de la Faculté mixte de  
Médecine et de Pharmacie  
de ROUEN :