

# Une Localisation Rare D'une Pathologie Rare : La Lésion De Dieulafoy Du Jéjunum (À Propos D'un Cas)

Nadiri Khawla. Meyiz Houda; Bouamama Fatima Zahra; Amina Faik;  
Akjay Aicha; Ouaya Hassan; Mellouki Ihsane  
Service De Gastroentérologie, Chu Tanger Tétouan Hoceima, Tanger, Maroc

---

## Résumé

**Introduction.** La lésion de Dieulafoy, cette petite anomalie vasculaire qui peut provoquer des hémorragies digestives impressionnantes, on la cherche habituellement dans l'estomac. Mais parfois, elle se cache ailleurs. Nous rapportons un cas de localisation jéjunale chez un patient âgé, fragile, sous anticoagulant, chez qui le diagnostic a longtemps résisté.

**Observation.** Un homme de 87 ans, sous Rivaroxaban pour une cardiopathie rythmique, est admis pour des mélénas qui durent depuis une semaine. Il est fatigué, pâle, et son taux d'hémoglobine est à 3,2 g/dL. On le transfuse, on arrête l'anticoagulant. La fibroscopie gastrique ? Normale. La coloscopie ? Normale aussi. L'angioscanner ? Impossible à cause de ses reins qui ne suivent pas. Reste une option : explorer l'intestin grêle. L'entéroscopie à double ballon finit par trouver le coupable dans le jéjunum : une petite ulcération superficielle qui saigne en nappe, typique d'une lésion de Dieulafoy. On injecte de l'adrénaline, on pose deux clips, et le saignement s'arrête. En deux jours, les selles redeviennent normales, l'hémoglobine se stabilise à 8,9. Après avis des cardiologues, l'anticoagulant est repris sans nouvelle hémorragie.

**Conclusion.** Ce cas nous rappelle une chose simple mais essentielle : quand le bilan endoscopique standard est négatif devant une hémorragie digestive, il ne faut pas s'arrêter là. Le grêle peut cacher une lésion de Dieulafoy, surtout chez le sujet âgé. Et dans ces situations, l'entéroscopie n'est pas seulement un examen diagnostique, c'est aussi une arme thérapeutique redoutable.

**Mots-clés :** Lésion de Dieulafoy ; hémorragie digestive ; jéjunum ; entéroscopie ; sujet âgé ; anticoagulant

Date of Submission: 10-04-2026

Date of Acceptance: 20-04-2026

---

## I. Introduction

La lésion de Dieulafoy, initialement décrite par le chirurgien français Paul Georges Dieulafoy en 1898 comme "exulceratio simplex", représente une cause rare mais potentiellement mortelle d'hémorragie digestive. Elle se caractérise par la présence d'une artère sous-muqueuse anormalement tortueuse et de gros calibre (1 à 3 mm), qui érode la muqueuse sus-jacente en l'absence d'ulcération ou de processus inflammatoire adjacent [1].

Cette anomalie vasculaire est responsable d'environ 1 à 2 % des hémorragies digestives hautes, bien que certaines séries rapportent une prévalence allant jusqu'à 6,5 % des hémorragies non variqueuses [4]. La lésion siège classiquement dans l'estomac, préférentiellement sur la petite courbure à environ 6 cm du cardia. Cependant, des localisations ectopiques sont possibles dans environ 25 % des cas, incluant le duodénum, le jéjunum, l'iléon et plus rarement le côlon [9]. Les formes jéjunales restent exceptionnelles, avec seulement une vingtaine de cas rapportés dans la littérature [7].

Sur le plan nosologique, la terminologie récente a évolué : on parle désormais d'"hémorragie du grêle" plutôt que d'"hémorragie obscure" lorsque le saignement provient de l'intestin grêle, les explorations conventionnelles hautes et basses étant négatives [9]. Le diagnostic des lésions de Dieulafoy du grêle est particulièrement difficile en raison de leur caractère intermittent et de l'absence de stigmates inflammatoires muqueux [1].

Nous rapportons un cas de lésion de Dieulafoy jéjunale chez un patient de 87 ans présentant de multiples comorbidités, dont une cardiopathie rythmique sous anticoagulant direct, illustrant les défis diagnostiques et thérapeutiques de cette affection rare.

## II. Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 87 ans, aux antécédents de cardiopathie rythmique sous Rivaroxaban (15 mg/j), d'hypertrophie bénigne de la prostate et d'insuffisance rénale chronique.

Il a été admis aux urgences pour la prise en charge de mélénas évoluant depuis sept jours. L'interrogatoire ne retrouvait pas d'hématémèse, mais une constipation associée. L'évolution se faisait dans un contexte d'altération de l'état général, avec une asthénie et une pâleur cutanéomuqueuse marquées.

**À l'admission, l'examen clinique révélait :**

Une tachycardie à 110 battements par minute, une pression artérielle à 140/80 mmHg et une saturation en air ambiant à 95 %.

L'examen abdominal objectivait une distension avec une sensibilité diffuse à la palpation, mais sans défense. Le toucher rectal confirmait la présence de mélénas.

Le bilan biologique d'entrée montrait une anémie sévère, microcytaire et hypochrome, avec un taux d'hémoglobine à 3,2 g/dL.

Le patient a été immédiatement pris en charge en unité de soins continus. Une transfusion de concentrés de globules rouges a été administrée, et le traitement par Rivaroxaban a été suspendu. Le bilan de contrôle après transfusion objectivait une remontée de l'hémoglobine à 8,9 g/dL.

**Les explorations étiologiques ont été menées en urgence :**

La fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) était normale, ne retrouvant pas de lésion gastrique, duodénale ou œsophagienne.

La coloscopie était également sans particularité jusqu'au cæcum.

Un angioscanner, bien qu'indiqué, n'a pu être réalisé en raison de l'aggravation de l'insuffisance rénale déjà préexistante chez ce patient.

**Devant la persistance de la suspicion d'hémorragie digestive et la négativité des examens standards, une entéroscopie (double ballon) a été décidée.** Celle-ci a permis d'atteindre le jéjunum et a mis en évidence la lésion causale : il s'agissait d'une ulcération superficielle, active avec un saignement en nappe, caractéristique d'une lésion de Dieulafoy. (Figure 1) Une hémostase endoscopique a été réalisée avec succès par injection d'adrénaline et la mise en place de deux clips hémostatiques. (Figure 2)

**Les suites post-geste ont été favorables :** Le saignement s'est tari, avec un éclaircissement progressif des selles en 48 heures. Le taux d'hémoglobine est resté stable à 8,9 g/dL et la fonction rénale s'est améliorée. Après une évaluation cardiologique, le traitement par Rivaroxaban a pu être repris sans récurrence hémorragique.



**Figure 1 :** ulcération de Dieulafoy avec saignement en nappe



**Figure 2 :** Traitement endoscopique avec mise en place de 2 clips

### III. Discussion

Notre observation d'une lésion de Dieulafoy jéjunale chez un patient de 87 ans sous anticoagulant appelle plusieurs commentaires et permet de discuter, à la lumière des données actualisées de la littérature, les particularités épidémiologiques, les défis diagnostiques et les options thérapeutiques de cette affection rare.

#### 1. Profil épidémiologique et facteurs de risque

Notre patient, âgé de 87 ans, correspond au profil typique décrit dans les séries récentes. Une étude menée par Nakamura et al. portant sur 38 patients présentant une lésion de Dieulafoy du grêle diagnostiquée par entéroscopie à double ballon rapporte un âge médian de 72 ans, avec une répartition égale entre hommes et femmes [2][6]. Dans cette série, 68 % des patients présentaient un index de comorbidité élevé, soulignant la fragilité de cette population. Une autre série publiée dans *BMJ Open Gastroenterology* en 2024, portant sur 7 cas de lésions de Dieulafoy identifiées parmi 1 170 hémorragies digestives, confirme un âge médian de 74 ans et une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,5 [5].

Notre patient cumulait plusieurs facteurs de risque. L'étude de Aabdi et al. démontre une association statistiquement significative entre la survenue d'une hémorragie sur lésion de Dieulafoy et la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires [5]. Cette association est également soulignée dans un cas report récent publié dans *The American Journal of Gastroenterology*, qui rapporte le cas d'un patient de 73 ans sous apixaban pour fibrillation atriale, ayant présenté une hémorragie récurrente sur lésion de Dieulafoy duodénale [4]. Les auteurs insistent sur le risque vital chez ces patients nécessitant une anticoagulation au long cours.

Sur le plan physiopathologique, l'étiologie exacte des lésions de Dieulafoy reste inconnue. Une revue systématique récente sur les lésions de Dieulafoy jéjunales souligne qu'aucune relation causale n'a formellement été établie avec la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'alcool, le tabac ou l'infection à *Helicobacter pylori* [1]. L'hypothèse d'une malformation vasculaire congénitale, associée à des facteurs favorisants comme l'ischémie muqueuse chronique liée aux comorbidités cardiovasculaires, est actuellement privilégiée [9].

#### 2. Particularités anatomiques et distribution des lésions

La localisation jéjunale de notre cas mérite une attention particulière. La lésion de Dieulafoy siège classiquement dans l'estomac, dans les 6 cm de la jonction œso-gastrique, principalement sur la petite courbure, possiblement en raison de la vascularisation particulière de cette région [1]. Les localisations extragastriques représentent environ 25 % des cas, avec une répartition estimée à 10 % pour le duodénum, 2 % pour le jéjunum, 2 % pour l'œsophage et le reste pour le côlon [1].

L'étude de Nakamura et al. apporte des précisions intéressantes sur la distribution des lésions de Dieulafoy dans le grêle : le jéjunum proximal et l'iléon distal sont les localisations les plus fréquemment rapportées [6]. Cette distribution bipolaire pourrait être liée à des particularités vasculaires de ces segments intestinaux.

Une revue systématique dédiée spécifiquement aux lésions de Dieulafoy jéjunales, publiée dans le *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports* en 2021, souligne la rareté de cette localisation et les défis diagnostiques associés [2]. Les auteurs rapportent que moins d'une cinquantaine de cas ont été décrits dans la littérature, rendant chaque nouvelle observation contributive à la connaissance de cette entité.

#### 3. Difficultés diagnostiques : l'importance d'une stratégie exploratoire adaptée

Ce cas illustre parfaitement le parcours diagnostique complexe des hémorragies du grêle, qui représentent 5 à 10 % de l'ensemble des hémorragies digestives. La FOGD et la coloscopie, normales chez notre patient, constituent le bilan de première intention mais laissent une "zone d'ombre" correspondant à l'intestin grêle.

Un cas report récent publié dans *The American Journal of Gastroenterology* décrit une situation similaire : un patient de 73 ans sous anticoagulant, ayant présenté une hémorragie digestive avec FOGD initiale normale, chez qui la capsule endoscopique a permis d'identifier un saignement actif dans le duodénum, conduisant à une deuxième endoscopie confirmant la lésion de Dieulafoy [4]. Les auteurs soulignent la valeur de la capsule endoscopique pour détecter les lésions non identifiées par l'endoscopie conventionnelle.

Chez notre patient, l'angioscanner, examen de choix pour détecter un saignement actif à partir d'un débit de 0,3-0,5 mL/min, était contre-indiqué en raison de l'insuffisance rénale. Cette situation n'est pas rare dans une population gériatrique polypathologique et renforce l'intérêt de disposer d'alternatives diagnostiques.

Les critères endoscopiques diagnostiques des lésions de Dieulafoy ont été formalisés et comprennent [1] :

1. Saignement actif ou pulsatile à partir d'un minime défaut muqueux avec muqueuse environnante normale
  2. Visualisation d'un vaisseau saillant, avec ou sans saignement actif, à travers un minime défaut muqueux
  3. Caillot frais adhérent à un point étroit sur un minime défaut muqueux ou une muqueuse d'apparence normale
- Notre observation correspondait au premier de ces critères, avec un saignement en nappe actif.

#### **4. L'entéroscopie : gold standard diagnostique et thérapeutique**

L'entéroscopie à double ballon a joué un rôle déterminant dans notre cas. L'étude de Nakamura et al. portant sur 38 patients rapporte que les lésions détectées présentaient un saignement actif dans 33 cas et un vaisseau exposé avec plaque en surface dans 5 cas [6]. Le rendement diagnostique de l'entéroscopie est élevé, mais les auteurs identifient un facteur pronostique important : la survenue d'au moins deux épisodes d'hémorragie digestive basse (hématochezie) est associée de façon indépendante à la nécessité de réaliser au moins deux entéroscopies pour établir le diagnostic [2][6].

Cette donnée est cruciale en pratique clinique : elle signifie que chez les patients présentant des épisodes hémorragiques récurrents, l'entéroscopie doit être programmée rapidement, avec des dispositifs optionnels préparés, et qu'il faut accepter l'éventualité de devoir répéter l'examen en cas de négativité initiale.

Une revue systématique sur les lésions de Dieulafoy jéjunales souligne que l'entéroscopie assistée par dispositif (double ballon ou spiralee) permet d'atteindre un rendement diagnostique de 70 à 100 % chez les patients présentant une hémorragie digestive occulte, et confirme son rôle de gold standard pour la prise en charge [2].

#### **5. Prise en charge thérapeutique : recommandations actualisées et evidence-based**

La stratégie thérapeutique adoptée chez notre patient (injection d'adrénaline suivie de la pose de deux clips) est parfaitement conforme aux recommandations les plus récentes.

En août 2025, l'Association Canadienne de Gastroenterologie a publié la première ligne directrice spécifiquement dédiée à la prise en charge endoscopique des hémorragies non variqueuses et non ulcéreuses, incluant les lésions de Dieulafoy [3]. Ce guide de pratique clinique, développé avec une collaboration internationale et formellement approuvé par les principales sociétés savantes (ASGE, AGA, ESGE), apporte des recommandations claires [3][7] :

**Pour les lésions de Dieulafoy** : privilégier les modalités mécaniques (ligature élastique par endoscopie ou clip trans-endoscopique) ou la thermocoagulation par contact plutôt que l'injection d'adrénaline seule [3].

L'injection d'adrénaline seule n'est donc plus recommandée en monothérapie. Elle conserve un rôle utile comme traitement d'appoint pour ralentir le saignement et dégager le site avant l'application d'un traitement mécanique, ce qui correspond exactement à notre approche.

La série de Aabdi et al. apporte des données comparatives intéressantes : si l'hémostase initiale est obtenue chez tous les patients traités par voie endoscopique, les récurrences précoces surviennent davantage chez les patients traités par injection seule ou par coagulation au plasma argon (2 récurrences sur 3 patients) que chez ceux ayant reçu un traitement combiné (1 récurrence tardive sur 3 patients) [5]. Ces données confirment la supériorité des approches combinées.

L'étude de Nakamura et al. rapporte un taux de récurrence après traitement endoscopique de 21 % (8 patients sur 38), avec un délai médian de 7 jours (extrêmes : 1 à 366 jours) [6]. L'analyse multivariée n'a pas identifié de facteur indépendant associé à la récurrence, bien que le nombre de clips utilisés ait montré une tendance à l'association. Cette observation suggère qu'une hémostase mécanique robuste, avec plusieurs clips si nécessaire, pourrait réduire le risque de récurrence.

#### **6. Gestion du risque hémorragique sous anticoagulants**

Notre patient présentait la complexité supplémentaire d'être sous anticoagulant (Rivaroxaban) pour une cardiopathie rythmique. Le case report de Rivera-Rosa et al. publié dans l'American Journal of Gastroenterology illustre parfaitement ce dilemme clinique [4]. Les auteurs rapportent le cas d'un patient sous apixaban ayant présenté une hémorragie récurrente sur lésion de Dieulafoy, avec un parcours similaire : hospitalisation initiale pour hémorragie, FOGD normale, reprise de l'anticoagulation, puis récurrence hémorragique motivant une réhospitalisation.

La stratégie adoptée dans ce cas a été intéressante : après avoir obtenu l'hémostase par injection d'adrénaline, pose de clips et coagulation au plasma argon, l'équipe a planifié une fermeture de l'appendice auriculaire gauche pour permettre l'arrêt définitif de l'anticoagulation [4]. Cette approche illustre l'importance d'une réflexion pluridisciplinaire associant gastro-entérologues et cardiologues pour la gestion au long cours.

Chez notre patient, l'évaluation cardiaque a conclu à la possibilité de reprendre les anticoagulants sans geste interventionnel complémentaire, et cette reprise s'est effectuée sans incident hémorragique. La stabilité de l'hémoglobine à 8,9 g/dL et l'absence de récurrence des mélénas ont autorisé cette décision.

#### **7. Pronostic et suivi**

Le pronostic des lésions de Dieulafoy du grêle est globalement favorable lorsque le diagnostic est établi et le traitement endoscopique réalisé. Dans la série de Aabdi et al., la durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours, et un seul patient (14 %) est décédé d'un choc hémorragique [5]. Ce décès souligne cependant la gravité potentielle de cette affection et la nécessité d'une prise en charge rapide.

Une revue narrative récente sur les lésions de Dieulafoy du tube digestif rapporte des taux de succès du traitement endoscopique proches de 90 %, avec une mortalité variant de 23 à 79 % principalement liée au risque de récurrence hémorragique et aux complications chirurgicales dans les séries anciennes [9]. Les progrès de l'endoscopie interventionnelle ont considérablement amélioré le pronostic.

Le suivi à long terme de notre patient n'a pas objectivé de récurrence à ce jour. Une surveillance clinique et biologique rapprochée dans les semaines suivant l'épisode hémorragique est recommandée, la majorité des récurrences survenant dans le premier mois [5][6].

#### **IV. Conclusion**

La lésion de Dieulafoy, bien que rare, est essentielle à identifier lorsqu'une hémorragie digestive se présente.

Ce cas représente parfaitement le trajet souvent complexe d'une hémorragie digestive chez un patient âgé. Cela démontre également qu'il ne faut pas se contenter des examens de première intention lorsqu'ils sont défavorables. La lésion de Dieulafoy, particulièrement lorsqu'elle est localisée dans l'intestin grêle, peut rester non détectée. L'entéroscopie, grâce à sa faculté d'explorer et d'intervenir, est donc l'évaluation privilégiée.

#### **References**

- [1]. Surgery, Gastroenterology And Oncology. Combined Endoscopic Hemostasis In Upper Gastrointestinal Bleeding Caused By A Minimal Dieulafoy Lesion Of The Duodenal Bulb: A Case Report And A Literature Review. 2025;30(3). [Citations :1]
- [2]. Nakamura M, Yamamura T, Maeda K, Et Al. Clinical Characteristics Of Dieulafoy's Lesion In The Small Bowel Diagnosed And Treated By Double-Balloon Endoscopy. BMC Gastroenterology. 2023;23:1-9. [Citations :2][Citations :6]
- [3]. Canadian Association Of Gastroenterology. New Clinical Practice Guideline For The Endoscopic Management Of Nonvariceal, Nonpeptic Ulcer Upper Gastrointestinal Bleeding. 2025. [Citations :3]
- [4]. Rivera-Rosa J, Ramos-Márquez R, Rodriguez-Ramos R, Martin-Ortiz J. S3694 Revealing The Hidden Culprit: Dieulafoy Lesion As A Cause Of Life-Threatening Gastrointestinal Bleeding In A Patient On Chronic Anticoagulation Therapy. The American Journal Of Gastroenterology. 2024;119(10S):S2430. [Citations :4]
- [5]. Aabdi B, Kharrasse G, Zazour A, Et Al. Clinical, Endoscopic And Therapeutic Features Of Bleeding Dieulafoy's Lesions: Case Series And Literature Review. BMJ Open Gastroenterology. 2024;11(1):E001299. [Citations :5]
- [6]. American Gastroenterological Association. AGA Endorses Canadian Guideline On Endoscopic Management Of Nonvariceal Nonpeptic Ulcer Bleeding. 2025. [Citations :7]
- [7]. Losurdo G, Favia N, Angelillo D, Et Al. Dieulafoy Lesion Of The Gastrointestinal Tract: What's New? A Narrative Review. 2025. [Citations :9]
- [8]. Malik A, Inayat F, Goraya MHN, Et Al. Jejunal Dieulafoy's Lesion: A Systematic Review Of Evaluation, Diagnosis, And Management. Journal Of Investigative Medicine High Impact Case Reports. 2021;9:2324709620987703. [Citations :2]