



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Duplication duodénale non communicante, à propos d'un cas

Non-communicating duodenal duplication a case report

BADJI Nfally ^{1*}, DIOP Cheikh Tidiane¹, AIDARA Cherif Mouhamadou², AKPO Geraud Cecil Kevin Lera³, DEME Hamidou⁴, NIANG Ibrahima⁵, DIENG Coumba Khadija¹, DIOUF Pape Malick Dibor¹

¹ Service de Radio-pédiatrie. Hôpital d'Enfants Albert Royer. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

² Service de Radiologie générale. Hôpital de la Paix. Université Assane Seck (Ziguinchor, Sénégal).

³ Service de Radiologie générale. Hôpital Dallal Jamm. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

⁴ Service de Radiologie générale. Hôpital Aristide Le Dantec. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

⁵ Service de Radiologie générale. Centre Hospitalier Universitaire National de Fann. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

¹, Service de Radio-pédiatrie. Hôpital d'Enfants Albert Royer. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

¹Service de Radio-pédiatrie. Hôpital d'Enfants Albert Royer. Université Cheikh Anta DIOP (Dakar, Sénégal).

Mots-clés :

Duplication duodénale, communicante, imagerie.

Keywords :

Duodenal duplication, communicating, imaging.

Auteur correspondant

Nfally BADJI,
Nfallyb79@gmail.com,
Service de Radio-pédiatrie.
Hôpital d'Enfants Albert
Royer. Université Cheikh
Anta DIOP (Dakar,
Sénégal).

Reçu le : 24 août 2025

Accepté le : 22 février 2026

RÉSUMÉ

La duplication duodénale, appartenant au grand groupe des duplications digestives, est une malformation congénitale rare représentant environ 5 % de toutes les duplications gastro-intestinales. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer les bases embryologiques des duplications du tractus gastro-intestinal. Cependant, aucune hypothèse ne peut expliquer toutes les duplications. Il s'agit généralement de kystes sphériques non communicants situés le long la première et de la deuxième partie du duodénum, du côté mésentérique de la paroi antérieure. Les formes tubulaires communicantes sont rares et le plus souvent asymptomatiques. Nous rapportons le cas d'une duplication duodénale isolée de découverte fortuite chez un nourrisson âgé de 05 mois reçu dans le cadre d'un tableau respiratoire fébrile sans trouble digestif majeur. Le diagnostic avait été évoqué devant des aspects typiques à l'imagerie.

ABSTRACT

Duodenal duplication, belonging to the large group of digestive duplications, is a rare congenital malformation accounting for approximately 5% of all gastrointestinal duplications. Several theories have been proposed to explain the embryological basis of gastrointestinal tract duplications. However, no single hypothesis can explain all duplications. They are generally non-communicating spherical cysts located along the first and second parts of the duodenum, on the mesenteric side of the anterior wall. Communicating tubular forms are rare and most often asymptomatic. We report the case of an isolated duodenal duplication discovered incidentally in a 5-month-old infant admitted with a febrile respiratory condition and no major digestive disorders. The diagnosis was suggested by typical imaging findings.



1. Introduction

La duplication duodénale, appartenant au grand groupe des duplications digestives, est une malformation congénitale rare représentant environ 5 % de toutes les duplications gastro-intestinales [1]. Par définition, elles sont situées dans ou à proximité de la paroi d'une partie du tractus gastro-intestinal et possèdent des muscles lisses dans leurs parois et sont recouvertes par la muqueuse du tube digestif. La muqueuse qui les recouvre n'est pas nécessairement celle du segment adjacent du tractus gastro-intestinal. Il s'agit généralement de kystes sphériques non communicants situés le long des première et deuxième parties du duodénum, du côté mésentérique de la paroi antérieure. Les formes tubulaires communicantes sont rares et le plus souvent asymptomatiques [2]. Il s'agit d'une pathologie dont les symptômes apparaissent le plus souvent en période post-natale ou dans les premières années de vie. Le dépistage anténatal a amélioré sa prise en charge. L'apport de l'imagerie dans leur prise en charge est incontournable. Nous allons à travers ce cas clinique illustrer les aspects radiologiques de la duplication duodénale dans sa forme tubulaire communicante.

2. Observation

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 05 mois de sexe masculin, né à terme, sans antécédents pathologiques particuliers reçu pour syndrome grippal dont le début remonterait vers le 1er novembre 2023

marqué par une fébricule, une toux, une rhinorrhée, sans vomissements ni diarrhée.

L'examen clinique retrouvait une légère sensibilité abdominale, une fièvre modérée. L'état général était conservé, il n'y avait pas d'ictère, pas de signes de déshydratation ni de dénutrition. Devant ce tableau une échographie abdominale avait été demandée et mettait en évidence une formation ovale para duodénale (versant mésentérique) mesurant 17 x 20 x 22 mm à contenu liquidien et à paroi pluristratifiée (couche interne hyperéchogène correspondant à la muqueuse, une couche moyenne hypoéchogène correspondant à la musculature et une couche externe hyperéchogène fine correspondant à la séreuse) (**figure 1**). Ces couches sont identiques à celles du duodénum dont elles semblent être en continuité. La formation communique avec le duodénum via un orifice dont les parois sont tapissées par la muqueuse. Ces aspects échographiques font évoquer en première hypothèse une duplication duodénale dans sa forme tubulaire communicante. Un TOGD réalisé chez ce patient deux mois plus tard mettait en évidence, en lieu et place sur le cliché de la radiographie de l'abdomen sans préparation, une image de bulle d'air se remplissant et se vidant progressivement au cours de l'opacification avec rétention du produit de contraste sur les clichés tardifs (figure 2). L'échographie de contrôle retrouvait les mêmes aspects que la précédente. Aucune autre anomalie malformative n'a été identifiée chez notre patient. Le diagnostic d'une duplication duodénale tubulaire communicante isolée avait été retenu.

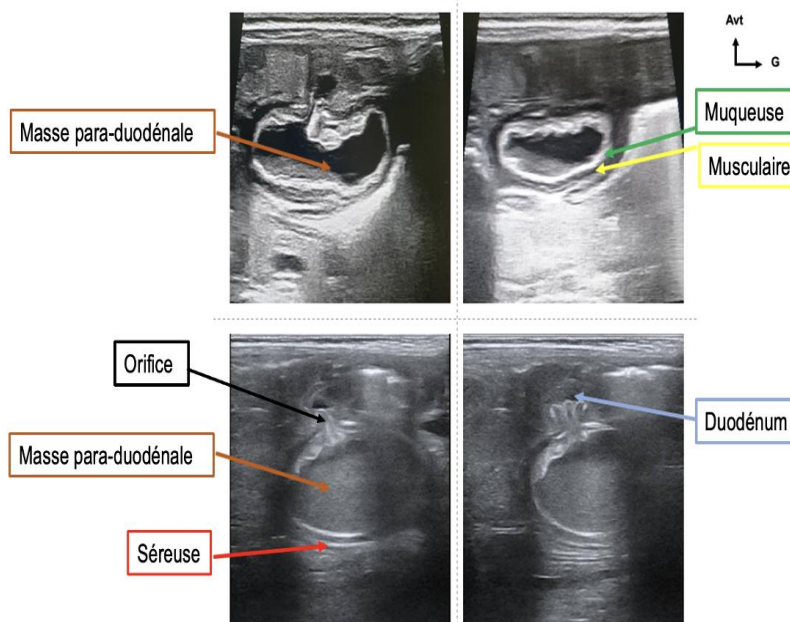


Figure 1. Échographie abdominale : Coupes transversales, montrant une masse para-duodénale (→) à contenu échogène et à paroi pluristratifiée faite d'une muqueuse (→), d'une musculature (→) et d'une séreuse (→) communiquant avec le duodénum via un orifice (→) tapissé d'une muqueuse, en rapport avec une duplication duodénale communicante.

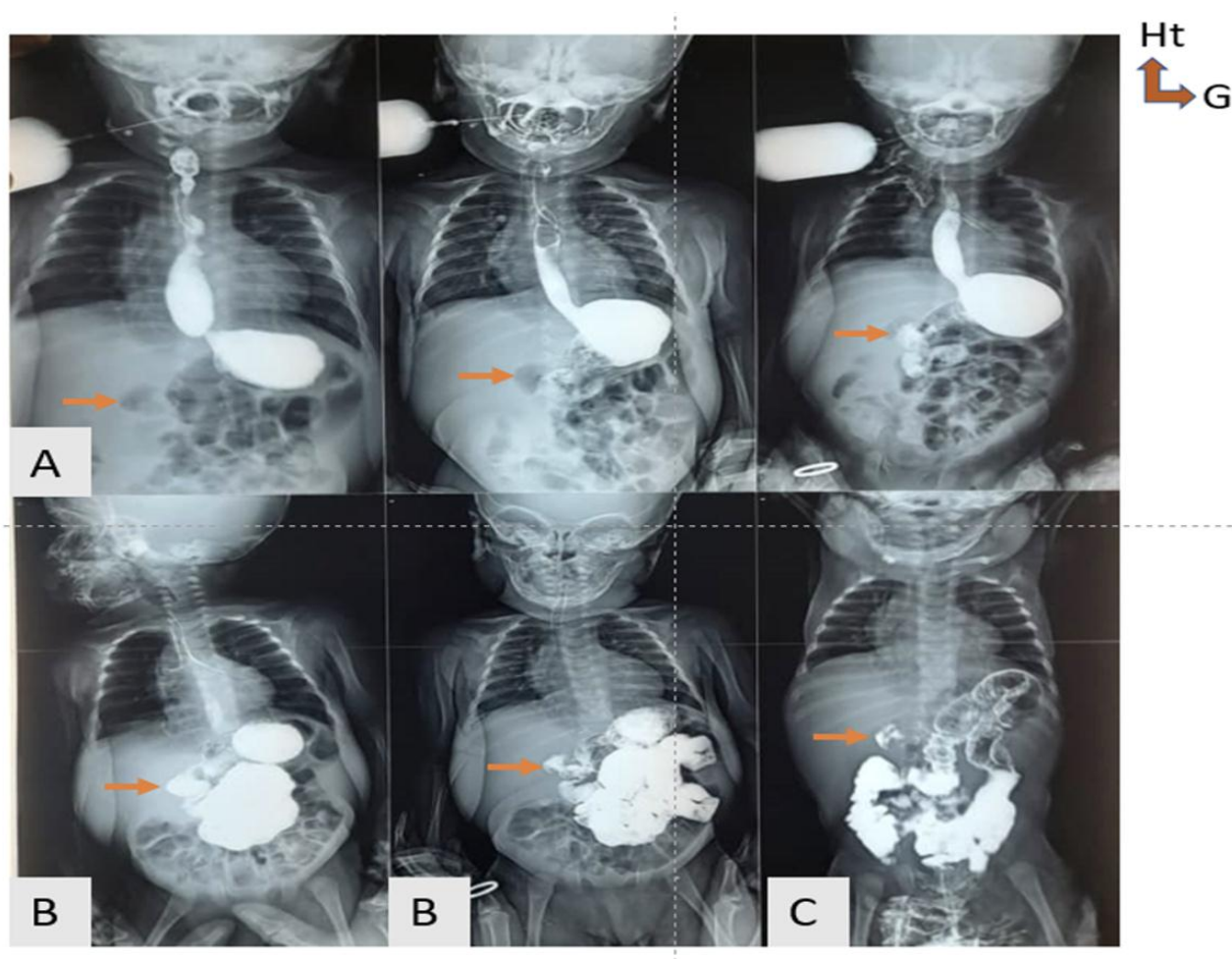


Figure 2. Duplication duodénale communicante (TOGD). A : début de remplissage, B : remplissage complet, C : début d'évacuation. Présence d'une bulle d'air sur l'aire de projection para-duodénale (→), se remplissant et se vidant progressivement avec rétention de contraste iodé, en rapport avec une duplication duodénale communicante

3. Discussion

La duplication duodénale tubulaire communicante isolée est une malformation congénitale rare. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer les bases embryologiques des duplications du tractus gastro-intestinal. Cependant, aucune hypothèse ne peut expliquer toutes les duplications, à tous les emplacements, et toutes les anomalies qui y sont associées [2]. Il s'agit d'une pathologie à révélation précoce dans sa forme non communicante, dont les symptômes apparaissent le plus souvent en période post-natale ou dans les premières années de vie. Sur le plan clinique, elles se manifestent généralement par des symptômes d'obstruction ou une masse abdominale palpable. Elles peuvent également s'accompagner d'une hémorragie due à un ulcère peptique, d'un ictère dû à une obstruction biliaire et d'une pancréatite. Ces signes peuvent parfois être révélatrices, d'où l'intérêt de porter

un diagnostic précoce. Les formes tubulaires communicantes sont asymptomatiques, et la découverte se fait de façon fortuite comme c'était le cas de notre patient [3]. Ces formes sont rares et leurs diagnostics reposent sur l'imagerie notamment le couple échographie / TOGD [2]. Chez notre patient le diagnostic était fortuit, au décours d'une échographie abdominale réalisée dans le cadre d'un tableau respiratoire fébrile sans trouble digestif majeur. L'échographie avait permis de mettre en évidence une formation tubulaire arrondie accolée au versant mésentérique du duodénum à contenu liquidien variable et à paroi pluristratifiée avec une couche interne hyperéchogène (muqueuse), une couche moyenne hypoéchogène (muscleuse) et une couche externe hyperéchogène fine (séreuse). Ces couches sont identiques à celles du duodénum dont elles semblent être en continuité. La formation communique avec le

duodénum via un orifice dont les parois sont tapissées par une muqueuse. Cette technique joue un rôle capital dans la caractérisation de la lésion notamment la paroi. Elle a permis d'identifier les différentes tuniques à savoir la muqueuse, la musculuse et l'adventice qui sont d'un apport indispensable dans le diagnostic de duplication. Barr L.L et al [4] ont montré dans leur étude que la présence d'une paroi pluristratifiée faite d'une couche interne hyperéchogène et externe hypoéchogène à une forte suspicion d'une duplication digestive d'origine gastrique qui est la forme la plus fréquente. Dans certaine forme et /ou localisation l'échographie peut ne pas être non contributive et la tomographie peut être utilisée pour montrer la nature réelle, l'emplacement et l'étendue de la lésion, ainsi que les anomalies vertébrales associées et d'éventuelles autres duplications. L'examen tomographique avec injection retrouve un aspect en double contour de la paroi duodénale.

Cependant le TOGD est surtout indiqué dans les formes tubulaires arrondies communicantes comme chez notre patient. Ce dernier a permis de confirmer le diagnostic en mettant en évidence une image de bulle d'air sur l'aire de projection para-duodénale se remplissant et se vidant progressivement au cours de l'examen avec rétention du produit de contraste sur les clichés tardifs. Le TOGD ne peut préjuger du type de duplication car ne permettant pas une étude détaillée de la paroi [3].

Lorsque les résultats, de l'échographie et/ou du TOGD, ne sont pas concluants l'IRM peut être utilisée car ayant un contraste tissulaire supérieur aux autres modalités d'imagerie. Elle permettra, en plus de confirmer le diagnostic, de préciser les rapports de la poche de duplication avec les voies biliaires [5].

La scintigraphie au technétium 99m, certes n'est pas toujours demandée, mais déterminant sur le diagnostic du type de muqueuse d'une duplication en particulier lorsque celle-ci est de type gastrique ectopique.

L'imagerie en plus de poser le diagnostic permet de rechercher des anomalies malformatives notamment vertébrales car la plupart des duplications digestives s'intègrent dans le cadre de syndrome polymalformatif [2]. Aucune autre anomalie malformatrice n'a été identifiée chez notre patient.

L'endoscopie gastro-intestinale confirme le diagnostic et permet la prise en charge chirurgicale [5].

Le diaphragme ou le diverticule duodénal intraluminal constituent les principaux diagnostics différentiels de la duplication duodénale tubulaire communicante isolée et doivent être évoqués à l'échographie (endoscopique) devant la présence d'une paroi fine ou mince non pluristratifiée [6].

La prise en charge thérapeutique est fonction du type de duplication. Dans la littérature, les cas symptomatiques ont été classiquement traités sur le site par une résection chirurgicale, qui peut être complexe en raison de leur proximité avec la papille majeure. Cependant pour les formes asymptomatiques, la surveillance est de mise, c'est le cas de notre patient [7].

4. Conclusion

La duplication duodénale tubulaire communicante isolée est une malformation congénitale rare de diagnostic fortuite car le plus souvent asymptomatique. Les complications à type d'occlusion, de pancréatite et d'hémorragie digestive peuvent parfois être le mode de révélation. Le couple échographie / TOGD est d'un grand apport pour le diagnostic.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

5. Références

1. Cheng Chi-Liang, Liu Nai-Jen, Yu Ming-Chin. Intraluminal tubular duodenal duplication with bleeding. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014; 12:10-11.
2. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiographic considerations. *Radiographics* 1993;13:1063 - 1080.
3. Chin AC, Radhakrishnan RS, Lloyd J, Reynolds M. Pyloric duplication with communication to the pancreas in a neonate simulating hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg* 2011;46(7):1442-4.
4. Barr L.L, Hayden C. K, Stansberry S. D, Swischuk L. E. Enteric duplication cysts in children: are their ultrasonographic wall characteristics diagnostic? *Pediatr Radiol* 1990; 20:326-328.
5. Le Baleur Y, Dhalluin-Venier V, Thiroit-Bidault A, Rangheard A-S, Boytchev I, Choury A-D, Fritsch J, Pelletier G, Buffet C. Duplication duodénale révélée par une pancréatite aiguë : traitement endoscopique. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2007, 31: 670-671.
6. Tasu J.P, Rocher L, Amouyal P, Lorand L, Rondeau Y, Buffet C, Bløry M. Intraluminal duodenal diverticulum: radiological and endoscopic ultrasonography findings of an unusual cause of acute pancreatitis. *Eur. Radiol.* 1999; 9:1898 -900.
7. Antaki F, Tringali A, Deprez P, Kwan V, Costamagna G, Le Moine O, et al. Endoscopic treatment of duodenal duplication cysts. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* 2008; 67 :163 -168.