



CASE REPORT

Small bowel hemangioma: a remarkable clinical case

Zakaria SEOUDI¹, Mohamed STOUTAH¹, Louiza IAICHE ACHOUR¹, Farouk BAKHTI¹, Samia ARAB², Nour El-Imane DJEBBAR³, Abdelkrim ANOU¹

ABSTRACT

Gastrointestinal hemangiomas are benign, generally rare lesions with a predilection for the small intestine. Due to their rarity, they can easily go undetected in clinical practice. Diagnosing small bowel hemangiomas can be challenging, particularly given their wide range of clinical presentations that may mimic other conditions. While imaging is essential for diagnosis and treatment planning, it can also be a source of pitfalls, leading to confusion and misdiagnosis — most notably, erroneous classification as a malignant tumor, thereby complicating accurate preoperative diagnosis. We present here the case of a 58-year-old woman with a small bowel mass manifesting as abdominal pain, initially misdiagnosed as a tumor on imaging. This unusual case illustrates the difficulty of identifying a hemangioma preoperatively; the definitive diagnosis was ultimately established by histopathological examination following segmental intestinal resection. Through this case report, we aim to provide clinicians with practical insights to better recognize this rare pathology and to consider it in the differential diagnosis of small bowel tumors.

Keywords: hemangioma, small intestine, case report.

1- Department of General, Oncologic & Emergency Surgery. Douera University Hospital. Faculty of Medicine. Blida 1 University. Algeria. 2- Department of Anesthesiology, Resuscitation & Intensive Medicine. Douera University Hospital. Blida1 University. Algeria. 3- Department of Pathology. Douera University Hospital. Faculty of Medicine. Blida 1 University. Algeria.

Received: 14 Feb 2026

Accepted: 17 Mar 2026

Correspondance to: Zakaria Seoudi
E-mail : Seoudizakaria@gmail.com

1. INTRODUCTION

Le terme "hémangiome" regroupe un ensemble de lésions vasculaires bénignes pouvant se localiser sur n'importe quelle partie du corps [1]. Ces lésions représentent environ 7 à 10 % des tumeurs bénignes de l'intestin grêle [2] et moins de 0,05 % de l'ensemble des tumeurs du système gastro-intestinal, avec une prédilection pour le jéjunum, souvent cité comme dans l'organotropisme comme le site le plus fréquemment touché [1-3]. Bien que les mécanismes exacts et l'histoire de leur pathogenèse soient encore mal compris, il est généralement admis qu'ils résultent d'une malformation congénitale affectant le plexus vasculaire sous-muqueux et qui peut s'étendre au-delà [4,5]. Les hémangiomes intestinaux (HI) sont le plus souvent symptomatiques (90 % des cas) [6], mais pas pour autant spécifiques et décelables à l'examen clinique compte tenu du peu de signes obtenus [4-7]. Les principaux symptômes incluent des hémorragies digestives évidentes ou occultes, ainsi qu'une anémie chronique [2,4,6].

Le diagnostic des HI demeure complexe [4,5-7]. Leur présentation clinique peut facilement être confondue avec celle d'autres pathologies, et il n'existe pas de tests biologiques spécifiques pour les confirmer ou les exclure [4,5-7]. Toutefois, l'émergence de certaines explorations telles que l'endoscopie par capsule, l'entérographie par scanner et l'entéroscopie à double ballonnet a considérablement amélioré leur détection [8]. Si à première vue, la radiologie médicale permet leur diagnostic, leur distinction, elle ne permet pas de les différencier avec certitude [7], ce qui contribue à l'ambiguïté de la planification et de l'adaptation d'une stratégie thérapeutique adéquate [9].

Dans cet article, nous rapportons un cas clinique illustratif : il s'agit d'une patiente présentant un HI initialement mal interprété comme une tumeur de l'intestin grêle en préopératoire. Dans ce contexte particulier, la biopsie radioguidée de la lésion est contre-indiquée en raison du risque de dissémination (vu que le diagnostic étiologique n'est pas encore établi). Une exérèse chirurgicale suivie d'une analyse histopathologique est alors nécessaire. Dans ce cas, le recours à une intervention chirurgicale a été dicté. L'analyse histopathologique postopératoire a révélé des caractéristiques permettant de poser le diagnostic définitif d'HI. Cet article examine les caractéristiques propres à cette entité clinique tout en proposant une revue des récentes avancées dans la littérature médicale. Nous pensons que cette observation clinique apporte des enseignements significatifs et contribue à approfondir dans la pratique médicale notre compréhension des HI. Le consentement éclairé de la patiente a été obtenu pour la publication de ce cas clinique et des images associées. L'anonymat a été respecté.

2. OBSERVATION

Une femme de 58 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux significatifs, s'est présentée avec des épisodes de douleurs abdominales spasmodiques sourdes, lancinantes et récurrentes, s'aggravant progressivement depuis trois mois sans facteur aggravant ni soulageant apparent. Il n'y avait pas d'antécédents de troubles du transit intestinal, de vomissements, de perte d'appétit, d'hématémèse ou de méléna. Elle avait déjà consulté en ambulatoire dans un centre de périphérie un mois auparavant et les examens diagnostiques ont révélé une lésion dans son intestin grêle. Cependant, l'étiologie précise restait inconnue.

À l'admission, hormis une légère pâleur des conjonctives, l'examen clinique était normal, avec un indice de masse corporelle de 26 kg/m², et les constantes vitales étaient normales. Les analyses biologiques étaient compatibles avec une anémie (Hb 10,7 g/dL, MCV 84,5/μl, MCH 29,3 pg). Le profil de coagulation et le bilan métabolique (équilibre électrolytique, fonction rénale, et glycémie et test de fonction hépatique) ainsi que les taux sériques des marqueurs tumoraux, notamment de l'antigène carbohydre 19-9 (CA19-9) et 125 (CA125), de l'antigène carcinoembryonnaire (ACE) étaient tous dans les limites de la normale. Les examens diagnostiques initiaux, comprenant une échographie abdominale complète et une tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste (figure 1), qui a révélé une formation lésionnelle intrapéritonéale sous-ombilicale, antérieure de 48 x 33 x 46 mm, ovalaire et bien circonscrite, présentant un rehaussement périphérique et qui semblait se raccorder avec une anse grêlique adjacente dont l'origine restait indéterminée, mais qui provenait très probablement des anses grêles évoquant en premier lieu une tumeur sans aucune autre anomalie.

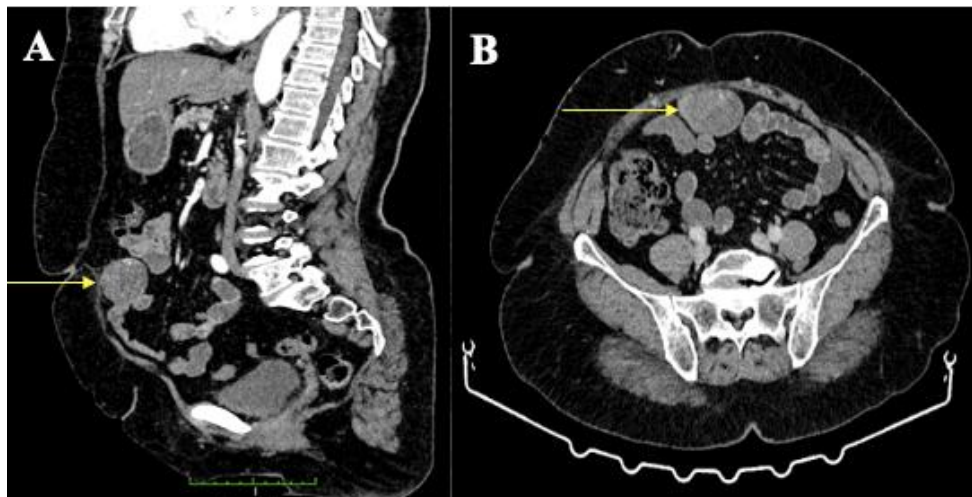


Figure 1. Imagerie par TDM abdominopelvienne avec injection de produit de contraste montrant une masse (flèches jaunes) dans la partie médiane de l'abdomen en avant de l'ombilic en contact avec les anses grêles adjacentes. (A) Coupe coronale. (B) Coupe axiale.

Dans le but d'explorer plus avant les caractéristiques de cette masse, une entéro-imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée, révélant une masse mésentérique sous-pariétale médiane, rétroombilicale, bien limitée, de 52 x 42 x 48 mm, hétérogène en hyposignal T1, hypersignal T2 avec des plages en hyposignal en diffusion, avec restriction sur la cartographie, se rehaussant après injection de gadolinium en périphérie, suggérant une tumeur grêlique (figure 2). Le dossier a été examiné lors de la réunion multidisciplinaire de chirurgie gastro-intestinale.

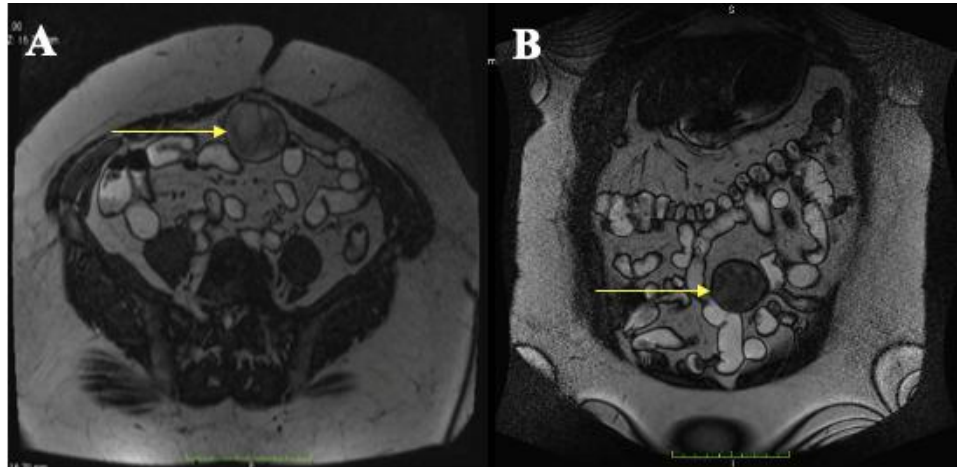


Figure 2. L'IRM abdominale révélant la lésion (flèches jaunes). (A) Coupe axiale. (B) Coupe coronale.

Au vu des résultats paracliniques et compte tenu de la symptomatologie de la patiente, il a été décidé de procéder à la résection chirurgicale. La patiente a subi une exploration laparoscopique première, révélant une lésion sous-ombilicale indissociable de l'iléon semblant être une tumeur, adhérente à l'épiploon et au péritoine pariétal antérieur (figure 3A). L'exploration du reste de la cavité abdominale n'a révélé aucune anomalie. Compte tenu de cela, une résection laparoscopique de l'épiploon et du péritoine a été effectuée et, en adaptant notre approche chirurgicale à l'objectif d'une exérèse en bloc et compte tenu des signes radiologiques évoquant une tumeur, une incision médiane inférieure a été pratiquée par la suite avec un protecteur de plaie utilisé (figure 3B). Une résection en bloc du segment d'intestin grêle contenant la masse a été effectuée avec des marges chirurgicales adéquates (de 5 cm au minimum), suivie d'une anastomose jéjunum terminotermine primaire. À l'examen macroscopique, nous avons constaté que la lésion se présentait comme une masse tumorale de 5 cm, rénitente et compressible, fortement liée au segment de l'intestin grêle (figure 4A). La pièce de résection a été envoyée pour analyse histopathologique. Les suites opératoires ont été simples, sans complications immédiates ni tardives. Le service d'anatomopathologie a reçu le spécimen réséqué et l'examen histologique a révélé un HI de type caverneux (figure 4B). Deux mois après l'opération, l'examen clinique et le bilan biologique n'ont révélé aucune anomalie.

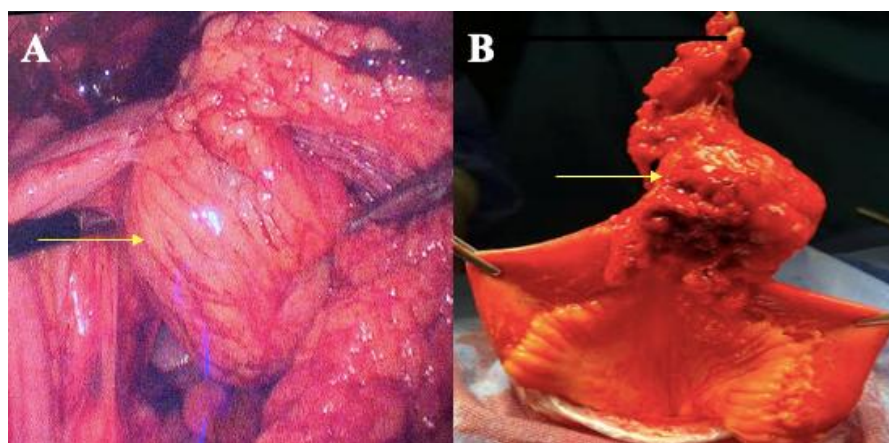


Figure 3: Constatations peropératoires : une masse d'allure tumorale de l'intestin grêle (flèches jaunes). (A) Vue laparoscopique. (B) Vue après laparotomie.

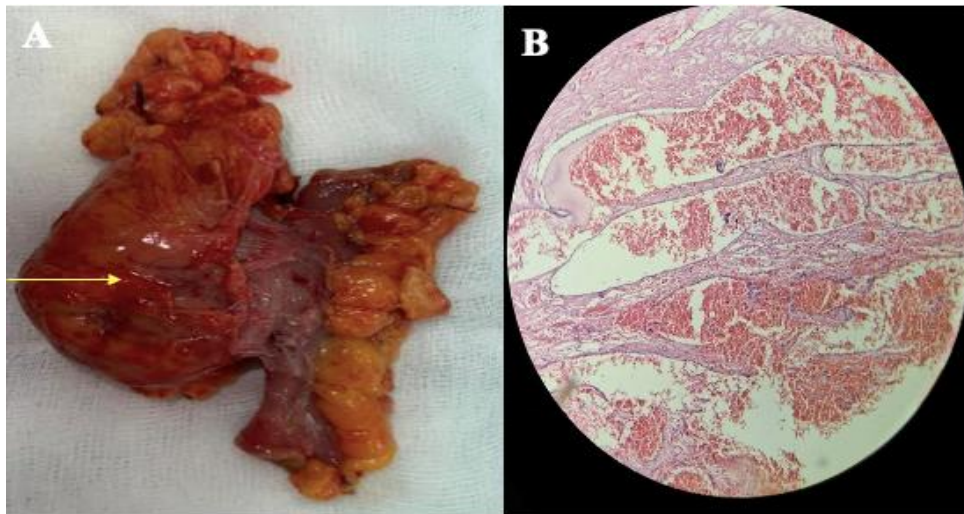


Figure 4: (A) Spécimen macroscopique réséqué : un segment d'intestin grêle avec la lésion (flèche jaune). (B) Photomicrographie agrandie de l'examen histopathologique de la pièce de résection montrant des lésions vasculaires d'HI caverneux.

3. DISCUSSION

Si le premier cas d'HI a été décrit en 1838, la pathologie recèle à ce jour encore bien des mystères, notamment quant à son histoire de développement [4]. Les hémangiomes sont des malformations vasculaires plutôt que de véritables néoplasmes bien établis bénins, caractérisés par une prolifération des cellules endothéliales de l'intima des veines dont la forme, la localisation et la taille sont variables [3]. En tenant compte des particularités de leur pathogénèse, elle reste encore mal comprise et plusieurs hypothèses sont avancées. On pense que leur développement dépend généralement d'altérations des mécanismes d'angiogenèse. D'autres auteurs suggèrent qu'il s'agirait d'une malformation embryonnaire résultant d'une abduction du tissu mésodermique [8].

Bien que la classification des hémangiomes ait été révisée à plusieurs reprises, dont les plus récentes sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (2013) et de l'International Society for the Study of Vascular Anomalies (2014), selon les caractéristiques ultrastructurales et la taille des vaisseaux affectés, de la classification la plus utilisée d'Abrahamson et Shandling (1973), les hémangiomes sont classés en 3 sous-groupes distincts : caverneux, capillaires ou mixtes [8-10]. Le type caverneux étant le plus fréquent, il se présente comme une lésion molle, compressible, de couleur bleu-violet, constituée d'espaces remplis de sang (cavernes) entre des vaisseaux dilatés au sein de la muqueuse et de la sous-muqueuse [8-10]. Les études sur les HI rapportent que l'atteinte iléale est la moins fréquente, comme dans notre cas, étant donné que 60 % des cas sont de localisation jejunale [4].

Dans l'examen des recherches d'un point de vue épidémiologique, les HI peuvent affecter tous les groupes d'âge et les deux sexes. Cependant, d'après les données rapportées de certaines observations, ils sont généralement diagnostiqués avec une incidence plus élevée chez les adolescents et les sujets adultes jeunes avec un âge médian d'environ 30 ans [4-9]. Dans le cas présenté, la patiente est une femme d'une cinquantaine d'années. Ceci nous rappelle encore une fois que la pathologie peut se présenter même chez des patients ne présentant pas un profil épidémiologique classique. L'un des principaux défis des HI réside dans la complexité du diagnostic de la pathologie, qui peut être erroné et confondu avec d'autres affections, même après une investigation poussée [4,5]. En effet, la pathologie n'est diagnostiquée en préopératoire qu'avec un faible seuil estimé à moins de 30 % [6]. Les caractéristiques cliniques ne sont pas spécifiques ni distinctives et peuvent également être observées dans d'autres pathologies [4-7], comme ce fut le cas pour notre patiente. Les HI peuvent entraîner un large spectre clinique dont la plupart des auteurs signalent désormais les saignements gastro-intestinaux, l'anémie et les douleurs abdominales comme les signes les plus courants [5-12], ou même des complications graves telles que l'invagination et l'occlusion intestinale [13,14], voire l'hématome intramural et la perforation [14].

Une des particularités du cas présenté dans cet article est que la principale plainte de la patiente était une douleur abdominale sourde et lancinante plutôt qu'un saignement. Il est indéniable que les techniques d'imagerie récentes jouent un rôle déterminant et particulièrement important dans le diagnostic [7]. La TDM peut faciliter le diagnostic en révélant des signes tels que l'aspect d'une tumeur à densité mixte, à limite mal définie avec le tissu intestinal environnant, et à rehaussement homogène et significatif en phase d'injection de produit de contraste du fait de leur forte vascularisation. Parmi les autres aspects, on peut noter sur environ 50 % des

cas des calcifications en rapport avec les phlébolithes à l'intérieur de la tumeur [7]. Lors de l'IRM, on peut visualiser le flux sanguin au sein de la lésion, et les phlébolithes sont généralement observés dépourvus de signal sur les séquences pondérées en T1 et T2 [7]. Toutefois, dans une analyse rétrospective des résultats, les données préopératoires de la TDM avec injection de produit de contraste et de l'IRM n'ont permis respectivement d'établir le profil diagnostique que dans 50 % et 16 % des cas [7]. Dans le large spectre diagnostique, les HI partagent de nombreuses caractéristiques avec d'autres entités bénignes et malignes. Parmi les principaux diagnostics différentiels figurent les lipomes, les léiomyomes, les lymphangiomes, les adénomes, les adénocarcinomes, les tumeurs stromales gastro-intestinales, les lymphomes, les tumeurs carcinoïdes ou les métastases [1]. Des signes radiologiques tels que l'hypervascularisation observée sur la TDM avec injection de produit de contraste peuvent par exemple orienter vers un carcinome et une tumeur neuroendocrine [9]. Deux points sont à noter concernant ce cas. Premièrement, tout au long de la prise en charge de la patiente, divers diagnostics différentiels ont été proposés. Deuxièmement, les hypothèses concernant l'origine possible d'une tumeur prenant naissance dans l'intestin grêle s'articulaient autour des examens d'imagerie. Notre erreur de diagnostic préopératoire était donc fondée sur les signes et les interprétations des examens radiologiques.

Concernant le rôle de la biopsie des hémangiomes de l'intestin grêle, elle a un rôle qui s'avère complexe et très limité en raison de la difficulté d'accès à ces tumeurs et du risque élevé de saignement incontrôlable [1]. Il convient de rappeler que l'entéroscopie à double ballon et l'endoscopie par capsule sont utiles au diagnostic, permettent une visualisation des anomalies suspectes au diagnostic [12-15], avec un taux de réussite qui peut dépasser 90 % dans la recherche bibliographique [3]. Dans notre environnement, les deux examens sont désormais peu disponibles et la patiente dans le cas présent ne présentait aucun signe d'hémorragie digestive macroscopique. Les études scientifiques sur les HI ont considérablement contribué au développement de leur prise en charge. Il n'existe actuellement aucune recommandation clinique établie pour leur prise en charge [16]. En l'absence de protocoles de traitement standardisés, la prise en charge doit être adaptée aux besoins de chaque patient. Aujourd'hui, l'utilisation des différentes modalités thérapeutiques est essentielle pour améliorer le pronostic des patients. L'endoscopie à double ballonnet est également une option utile au traitement et le nombre de cas traités avec a augmenté ces dernières années [15]. Cependant, cette approche doit être indiquée après une évaluation soigneuse et attentive vu son caractère invasif et ses risques de saignements et de perforation intestinale [5-15]. Dans la plupart des cas de HI, la chirurgie reste le traitement principal et la meilleure option thérapeutique [2-5-17], et certains auteurs ont démontré ces dernières années le rôle, la faisabilité, l'innocuité et l'efficacité de la laparoscopie chirurgicale [8]. Dans ce cas précis, nous avons privilégié la chirurgie ouverte. Nous avons estimé que l'exérèse complète de la lésion par approche ouverte était plus justifiée vu la nature potentiellement maligne de la lésion, le risque de la rupture tumorale et de dissémination péritonéale qui sont associés à des résultats et un pronostic plus défavorable.

4. CONCLUSION

Nous pensons que les enseignements tirés de cette observation clinique ont des implications importantes pour la pratique médicale. Ce cas illustre certaines difficultés rencontrées pour distinguer un HI. Les symptômes cliniques et les examens d'imagerie étant souvent atypiques, un diagnostic erroné est fréquent. Bien que la prévalence de ce diagnostic soit certes rare, il doit être envisagé et potentiellement inclus lors de l'évaluation des diagnostics différentiels des tumeurs de l'intestin grêle chez l'adulte.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Toro WAO, Ramos BC, Iglesias PC, Carralero JC, García DFB, Ródiz PB. Haemangiomas of the small intestine: poorly known cause of gastrointestinal bleeding of uncertain origin. *Cureus*. 2018 Aug 17;10(8):e3155. doi:10.7759/cureus.3155.
2. Wei Y, Yi N, Mo Y, Liang Y. A case report of gastrointestinal hemorrhage caused by small intestinal hemangioma. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Jul 28;102(30):e34526. doi:10.1097/MD.00000000000034526.
3. Beraldo RF, Marcondes MB, da Silva DL, Grillo TG, Baima JP, de Barros JR, et al. Small intestinal hemangioma: a case report. *Am J Case Rep*. 2021 Mar 28;22:e929618. doi:10.12659/AJCR.929618.
4. Xie T, Long Y. A cavernous hemangioma in the small intestine of a teenage boy: a case report and literature review. *Front Pediatr*. 2025 Sep 12;13:1654913. doi:10.3389/fped.2025.1654913.
5. Hu PF, Chen H, Wang XH, Wang WJ, Su N, Shi B, et al. Small intestinal hemangioma: endoscopic or surgical intervention? A case report and review of literature. *World J Gastrointest Oncol*. 2018 Dec 15;10(12):516-21. doi:10.4251/wjgo.v10.i12.516.
6. Reddy M, Cummings D. An endoscopic view of multiple hemangiomas of the small intestine. *Cureus*. 2023 Aug 27;15(8):e44221. doi:10.7759/cureus.44221.

7. Fu JX, Zou YN, Han ZH, Yu H, Wang XJ. Small bowel racemose hemangioma complicated with obstruction and chronic anemia: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol*. 2020 Apr 14;26(14):1674-82. doi:10.3748/wjg.v26.i14.1674.
8. Ré F, Carrabetta S, Merlo E, Bisagni P. Multiple small bowel cavernous hemangiomatosis: case report and literature review. *Medicina (Kaunas)*. 2024 Oct 10;60(10):1664. doi:10.3390/medicina60101664.
9. Majethia HV, Dhakre VW, Gheewala H, Bhuta P. Ileal cavernous haemangioma in an adult presenting as a rare cause of small bowel obstruction. *BMJ Case Rep*. 2021 Mar 9;14(3):e239115. doi:10.1136/bcr-2020-239115.
10. Durer C, Durer S, Sharbatji M, Comba IY, Aharoni I, Majeed U, et al. Cavernous hemangioma of the small bowel: a case report and literature review. *Cureus*. 2018 Aug 6;10(8):e3113. doi:10.7759/cureus.3113.
11. Akazawa Y, Hiramatsu K, Nosaka T, Saito Y, Ozaki Y, Takahashi K, et al. Preoperative diagnosis of cavernous hemangioma presenting with melena using wireless capsule endoscopy of the small intestine. *Endosc Int Open*. 2016 Mar;4(3):E249-51. doi:10.1055/s-0041-111321.
12. Kano T, Fukai S, Okamoto R, Motomura Y, Lefor AK, Mizokami K, et al. An incidentally identified 15 cm cavernous hemangioma of the small intestine: case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2021 Jul;84:106144. doi:10.1016/j.ijscr.2021.106144.
13. Shi C, Yu Y, Zhang L, Gao C. An adult case of small bowel intussusception caused by hemangioma presenting with intestinal obstruction: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Dec 23;101(51):e32268. doi:10.1097/MD.00000000000032268.
14. Ejtehadi F, Fattahi MR, Safaei A, Safarpour AR, Bananzadeh A. Practical lessons from small bowel bleeding lesions: a case report on small bowel cavernous hemangioma. *Iran J Med Sci*. 2017 Jan;42(1):108-10.
15. Nomura K, Shibuya T, Yuzawa A, Omori M, Odakura R, Koma M, et al. Residual recurrence of a small intestinal capillary hemangioma with obscure gastrointestinal bleeding treated by double-balloon endoscopy: a case report and literature review. *J Clin Med*. 2024 Jun 11;13(12):3415. doi:10.3390/jcm13123415.
16. Chen Z, Wang L, Yu PJ. Early and accurate diagnosis and selection of appropriate treatment plans are crucial for patients with gastrointestinal hemangiomas. *World J Gastrointest Surg*. 2025 Feb 27;17(2):99432. doi:10.4240/wjgs.v17.i2.99432.
17. Thapa S, Koirala U, Joshi BD, Baniya A, Pokhrel B. Cavernous hemangioma of mesentery involving the jejunum causing intestinal obstruction in an adult male. *Clin Case Rep*. 2022 May 27;10(5):e05905. doi:10.1002/ccr3.5905.