

## Complications des ulcères gastroduodénaux

A. Ouslimani

L'ulcère est une perte de substance de la paroi de l'estomac ou du duodénum atteignant la musculature, guérit par une cicatrice scléreuse.

L'ulcère implique le plus souvent une bactérie, l'*Helicobacter pylori*. Cette découverte est due à J. Robin Warren et Barry J. Marshall et leur a valu le prix Nobel de médecine en 2005, son éradication a modifié la prise en charge thérapeutique et diminuée nettement les complications.

L'ulcère gastroduodénal est lié à un déséquilibre entre les facteurs d'agression et les facteurs de protection de la muqueuse.

Les 2 facteurs en cause les plus fréquents sont: *Helicobacter pylori* et médicaments dits "gastrotoxiques" : l'aspirine et anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

La prévalence des ulcères liés à *Helicobacter pylori* a diminué, au profit des ulcères liés à l'aspirine et aux AINS.

L'évolution de la maladie ulcéreuse est marquée, quelle que soit sa localisation, par une tendance à la chronicité, avec une évolution cyclique (environ 2 à 3 par an).

Ce cycle peut être interrompu à tout moment par des complications à type d'hémorragie, perforation, sténose et cancer gastrique.

Ces complications peuvent être classées selon les circonstances de survenues en:

Complications aiguës:

- Hémorragie ulcéreuse.
- Perforation.

Complications chroniques :

- Sténose pyloro-duodénale.

## HEMORRAGIE DIGESTIVE

### I. DEFINITION ET GENERALITE

Réalise une hémorragie digestive haute ou hématomèse correspondant à un saignement localisé au-dessus de l'angle de Treitz duodeno-jéjunal.

Se manifeste par l'émission de sang non aéré par la bouche, au cours ou au cours d'un effort de vomissement.

Parfois cette hématomèse s'accompagne de rectorragies, si le saignement est très important.

A l'inverse un saignement de plus petite abondance ou à faible débit entraînera une digestion du sang qui donnera des selles noirâtres, desséchées, nauséabondes et ne laissant pas de traces, réalisant un méléna.

### II. EPIDEMIOLOGIE

L'incidence des hémorragies digestives d'origine ulcéreuse a globalement diminué ces 20 dernières années, surtout chez le sujet jeune.

chez le sujet âgé, plus fréquemment infectés par *Helicobacter pylori* et consomment des médicaments gastrotoxiques (AINS et/ou aspirine).

plus de la moitié des patients présentant une hémorragie digestive ulcéreuse sont sous médicaments gastrotoxiques.

80% des hémorragies s'arrêtent spontanément, mais récidivent dans 20% des cas.

cette récurrence survient dans 90% des cas dans les 3 jours , avec un risque négligeable après le 7<sup>ème</sup> jour.

20 à 30 % opérés pour persistance ou récurrences.

1 à 2 % opéré pour hémorragie massive.

la mortalité est inférieure à 10% et souvent liée au terrain.

### **III. Mécanisme**

Le saignement apparaît après l'érosion d'un vaisseaux sanguins , l'importance du saignement dépendra bien sûr de l'importance de ce vaisseaux sanguins.

deux localisations particulières sont à distinguer à cause du risque d'hémorragie catastrophique:

- face postérieure du bulbe: saignement provenant de l'artère gastro-duodénale
- la petite courbure gastrique : saignement provenant de l'artère gastrique gauche ( A. coronaire stomacale)

### **IV. CONFIRMER L'HEMATEMESE**

Les dires du malades ou de son entourage doivent être confirmés par le médecin par un geste simple qui est à la fois diagnostique et thérapeutique: la pose d'une sonde gastrique.

La mise en place se fera par le nez et l'on utilisera de préférence une sonde avec prise d'air ( type Salem), de gros calibre, le lavage se fera avec 300 cc de sérum physiologique glacé par injection avec une seringue de 50 ml à gros embout pour fragmenter et diluer les caillots, le liquide glacé favorise l'hémostase spontanée qui se fait d'autant mieux que l'estomac est vide de caillots.

L'opération est répétée jusqu'à ce que le liquide revienne rosé ou clair.

Cette méthode prépare le malade au geste capital qui est l'endoscopie digestive haute.

### **V. ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE**

Faite en urgence sur un patient déshocké et hémodynamiquement stable à un triple intérêt

#### **5.1. Diagnostique**

Visualise et localise la ou les lésions responsables du saignement.

#### **5.2. Pronostic**

En adaptant les lésions à la classification de **Forrest**, on peut poser des indications et émettre un pronostic.

<b>Classification de Forrest</b>	<b>Description</b>	<b>Prévalence</b>
<b>Ia</b>	<b>Hémorragie en jet</b>	<b>10%</b>
<b>Ib</b>	<b>Suintement diffus</b>	<b>10%</b>
<b>IIa</b>	<b>Vaisseau visible non hémorragique</b>	<b>20%</b>
<b>IIb</b>	<b>Caillot adhérent</b>	<b>20%</b>
<b>IIc</b>	<b>Taches pigmentées</b>	<b>10%</b>

<b>III</b>	<b>Cratère à fond propre</b>	<b>30%</b>
------------	------------------------------	------------

Cette classification est corrélée au risque de récurrence hémorragique et de décès.

Le risque de récurrence est: (en l'absence de traitement)

- supérieur à 90% en cas d'ulcère Forrest Ia.
- 50 % si Forrest IIa.
- inférieur à 50% si Forrest IIc ou III.

**Retenir :**

Forrest I= hémorragie active.

Forrest II= signes d'hémorragie récente.

Forrest III = pas de signes d'hémorragie récente.

### 5.3. Thérapeutique

L'hémostase endoscopique est formellement indiquée pour les ulcères à haut risque de récurrence (Forrest I, IIa) et discutée pour les Forrest IIb.

## VI. TRAITEMENT

A côté du traitement commun à tout syndrome hémorragique, le traitement spécifique comporte 3 volets.

### 6.1. Traitement médical de base.

- le lavage au sérum glacé.
- les antiacides locaux entre deux séances de lavages.
- les anti-H2 ou IPP par voie intraveineuse à la seringue électrique (IVSE).

### 6.2. Traitement endoscopique

- pose de clips, de ligatures.
- méthode thermique avec ou sans injection de sérum adrénaliné.
- application de colle.
- la sclérose.
- coagulation à l'argon.

### 6.3. Traitement chirurgical

#### 6.3.1. Indications

- hémorragie cataclysmique.
- hémorragie persistante ou récidivante surtout si patient fragiles supportant mal les hémorragies et les transfusions massives et/ ou répétées.
- échec des traitements médicaux et endoscopiques.

#### 6.3.2. Buts

- arrêter le saignement.
- traiter la maladie ulcéreuse.

#### 6.3.3. Méthodes

Un traitement radical (antrectomie) doit être préféré à un traitement conservateur seul (suture de l'ulcère, ligature vasculaire) car associé à un risque plus faible de récurrence hémorragique sans augmenter la morbidité.

Ulcère hémorragique du bulbe duodénal: soit

- suture simple de l'ulcère ou ligature élective de l'artère gastroduodénale

Vagotomie (tronculaire, sélective ou supra sélective) avec geste sur la vidange (pyloroplastie, gastro-antéro-anastomose)

- Antrectomie avec vagotomie.

Ulcère gastrique hémorragique

En situation d'urgence et en absence de certitude histologique de l'ulcère, il est préférable de traiter par une gastrectomie partielle emportant largement l'ulcère avec vagotomie (dans la crainte d'un cancer hémorragique).

la gastrectomie totale est exceptionnelle.

#### 6.4. Traitement radiologique

Artériographie coelio-mésentérique permet d'identifier l'origine du saignement avec embolisation de l'artère gastroduodénale.

#### 6.5. Traitement préventif

Etant une complication grave et au-delà du traitement et du suivi régulier de tous patients ulcéreux, la prévention de la complication hémorragique chez tous les patients à risque mis sous médicaments gastrototoxiques est obligatoire.

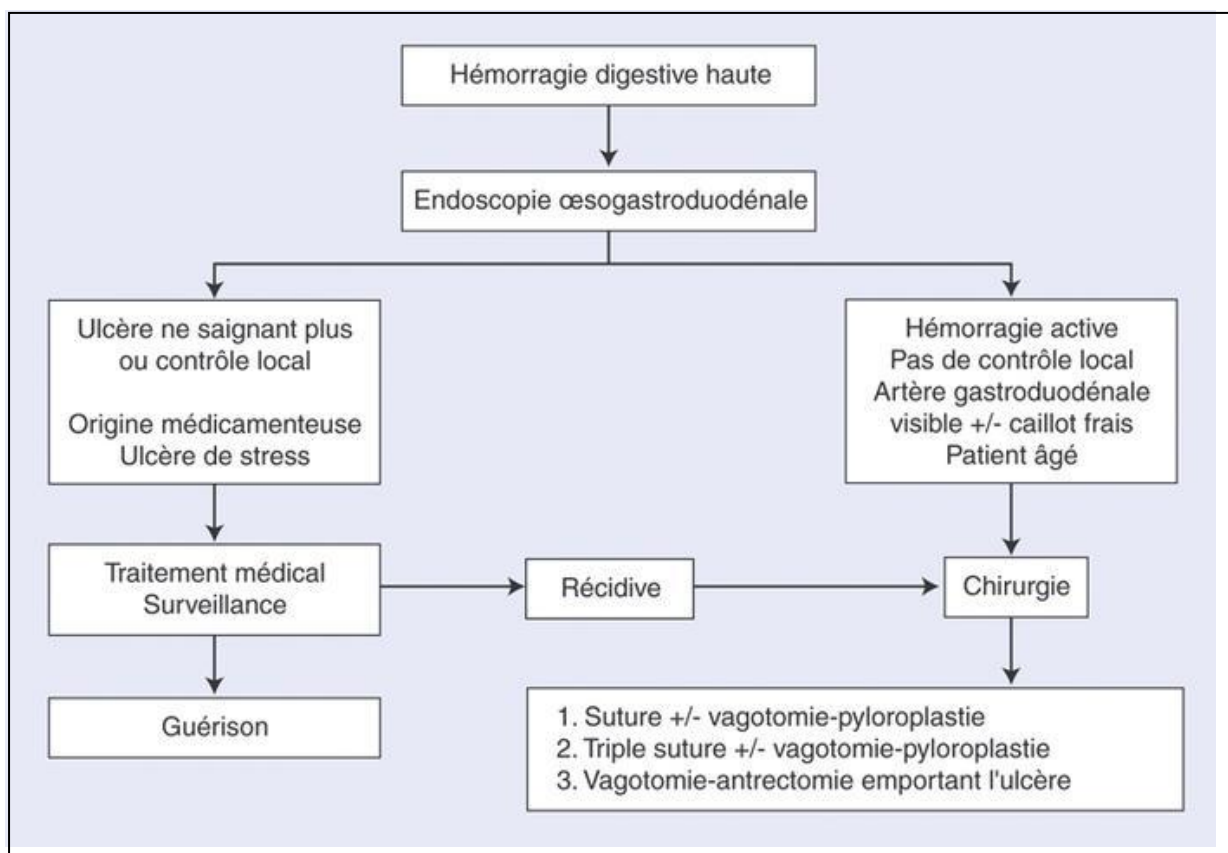
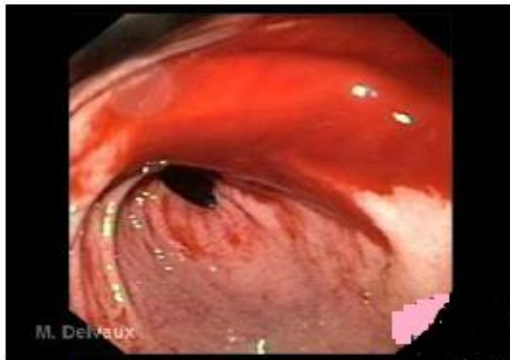
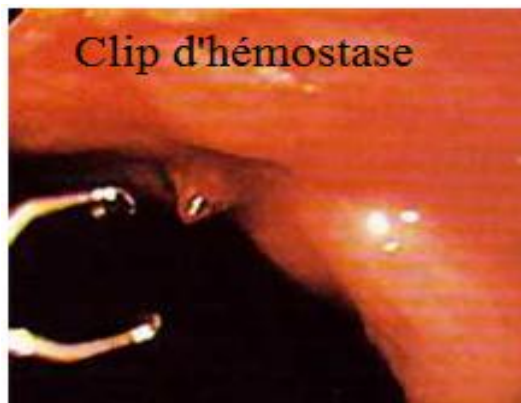
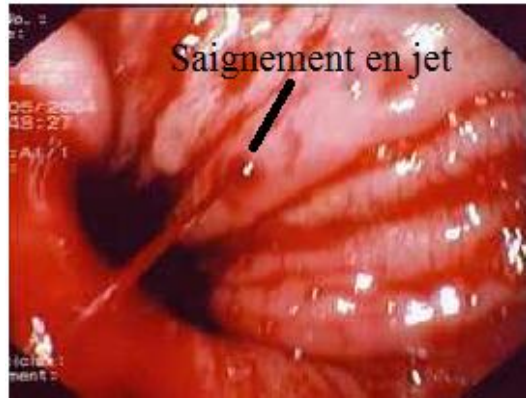


Schéma synoptique de prise en charge d'une hémorragie digestive par ulcère gastroduodénal (2015 Elsevier Masson SAS)



Hémorragie en nappe



## STENOSE DU PYLORE

### I. INTRODUCTION

Cette complication est devenue rare avec une fréquence de 1 à 3 / 100 000 et ceci grâce à l'efficacité du traitement médical.

Elle est la conséquence de la cicatrisation de poussées ulcéreuses localisées au niveau du pylore ou du bulbe.

l'expression clinique débute par une intolérance gastrique avec sensation d'inconfort postprandial qui s'accompagne d'une anorexie avec amaigrissement. le tableau final est fait de vomissements alimentaire, non biliaires, posts prandiaux tardifs.

Biologie: une alcalose métabolique, hypokaliémie et hypochlorémie.

le diagnostic repose sur :

- endoscopie oeso-gastro-duodénale qui retrouve une sténose pylorique.
- TOGD : visualise la sténose , mesure la longueur et renseigne sur la tonicité de l'estomac.

Certains diagnostics différentiels tels que le cancer antral juxta-pylorique doivent être évoqués d'où la pratique de biopsies systématique, sinon une compression extrinsèque d'origine surtout pancréatique.

## **II. TRAITEMENT**

### **2.1. Médical**

Une réanimation est nécessaire afin de corriger les désordres ioniques, la déshydratation et la dénutrition.

### **2.2. Endoscopique**

La dilatation de la sténose doit toujours être tentée, elle permet de lever l'obstacle dans 80 à 100% des cas. La mise en place de prothèses d'expansion (Stent) pour une pathologie bénigne n'a pas encore été évaluée.

### **2.3. Chirurgical**

Pour une pathologie chronique, le traitement de la sténose doit prendre en compte celui de la maladie ulcéreuse, un traitement radical doit être proposé de principe.

Une pyloroplastie est souvent irréalisable à cause des remaniements scléreux du pylore. elle peut s'adresser aux patients aux risques anesthésiques majeurs.

Sinon le choix se pose entre la réalisation d'une antrectomie (réduit le réservoir gastrique) avec une vagotomie tronculaire bilatérale complétée d'une gastrojéjunostomie type Polya (Finsterer ou Billroth II) et d'une gastroentéroanastomose (GEA) avec ou sans vagotomie.

## **PERFORATION D'ULCERE**

## **I. INTRODUCTION**

La perforation survient chez 5 à 10 % des patients présentant une maladie ulcéreuse. les facteurs favorisants sont , la prise de médicaments gastrottoxiques et les situations d'hyper stress.

La perforation réalise le plus souvent un tableau de péritonite aigue généralisée avec :

- douleur violente épigastrique puis diffuse à tout l'abdomen
- contracture à la palpation abdominale.
- tympanisme avec disparition de la matité pré hépatique à la percussion abdominale
- douleur au toucher rectal
- ASP pneumopéritoine

parfois la perforation dans un espace cloisonné réalise le tableau d'ulcère perforé bouche avec tableau de péritonite localisée

- douleur épigastrique
- pas de pneumopéritoine à l'ASP, collection aérique péri gastrique ou péri bulbaire au scanner
- évolution vers un abcès intra abdominal

## **II.TRAITEMENT**

### **2.1. Médical**

Est faisable mais sous des conditions strictes.

## **2.2. Chirurgical**

Il est la règle, par abord laparoscopique ou laparotomie.

A pour objectif de traiter la perforation, la péritonite et éventuellement la maladie ulcéreuse.

### **2.2.1. Perforation duodénale**

La suture est presque toujours réalisable, parfois c'est plus difficile à cause d'une localisation atypique, adhérences inflammatoires, berges fixées et friables ou perte de substance importante, on pourra proposer

- un drainage externe par fistule dirigée sur un drain.( péritonite avancée, malade en choc...)
- une suture sténosante du duodénum avec gastro-entéro-anastomose et vagotomie tronculaire bilatérale.
- une antrectomie emportant le premier duodénum ( la perforation) avec vagotomie tronculaire bilatérale.

### **2.2.2. Perforation gastrique**

A l'inverse de l'ulcère duodénal qui est toujours bénin, l'ulcère gastrique peut être un cancer.

En urgence la prise en considération du caractère malin est exceptionnelle; même devant un cancer gastrique perforé, il est préférable en urgence de s'en tenir à la prise en charge de la perforation et envisager la prise en charge du cancer une fois la phase aigüe passée.

Devant un ulcère gastrique perforé, l'attitude dépendra des possibilités de contrôle de la perforation et de l'aspect macroscopique.

Si ulcère paraît bénin: la suture simple est la méthode de choix en urgence .

Si l'ulcère localisé au niveau de la petite courbure et si les conditions locales sont favorables, il est possible de réaliser une résection cunéiforme de la paroi gastrique avec suture directe de la paroi.

Le segment réséqué est examiné en histologie.

## **TRAITEMENT EN URGENCE DE LA MALADIE ULCEREUSE**

La réalisation du traitement chirurgical radical de la maladie ulcéreuse en urgence lors de la prise en charge d'une complication est devenue rare alors qu'autrefois c'était un principe indiscutable.

En effet les connaissances actuelles de la physiopathologie de la maladie ulcéreuse et la diminution de l'incidence de ses complications grâce à l'éradication de l'*Helicobacter pylori* ont modifié le fond du problème.

Cette éradication de l'*HP*, prévient la récurrence de la maladie ulcéreuse après perforation et le taux de récurrence des complications de la maladie ulcéreuse chez les sujets âgés ( souvent porteurs de *HP*) est rare ( inférieur à 14%) et guérit ces patients porteurs de l'*HP*.

L'arrêt de la prise de médicaments gastrotroques évite la survenue d'ulcère aigüe ( sujet jeune le plus souvent).

Ajouté à cela la morbidité élevée associée à ce geste, tant générale que locale, chez des patients en sepsis, tarés et fragiles.

La vagotomie est responsable de retards à l'évacuation gastrique et de diarrhées.

Le traitement radical chirurgical peut être indiqué pour des contraintes socioéconomiques, indiscipline du patient, ou alors de patients porteurs de maladies chroniques nécessitant la prise d'AINS ou d'aspirine au long court.

## Références

1. Indications à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie oeso-gastro-duodenale de l'adulte à l'exclusion de l'écho endoscopie et l'entéroscopie. recommandations et références professionnelles.HAS 2001.
2. Mise au point : prise en charge thérapeutique de l'éradication de *Helicobacter pylori* chez l'adulte et l'enfant. Recommandation de l'AFFSAPS 2005.
3. Zittel IT,Jehle EC,Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today: technique and outcome. *Langenbecks. arch Surg* 2000; 385: 84-96.
4. Pinto Pabon IT , Diaz LP, Ruiz De Adana JC, Lopez Herrero. Gastric and duodenal stents : follow up and complications . *Cardiovasc Intervent radiol.* 2001;24:147-53.
5. Mutter D , Marescaux J. Traitement chirurgical des complications des ulcères gastro-duodénaux.EMC ( Elsevier Masson SAS , paris) Techniques Chirurgicales. Appareil digestif; 40-326,2007.
6. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, Yung MY, To KF, Chan AC , et al . Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence after simple closure of duodenal ulcer perforation. *Ann Surg* 2000;231:153-8.
7. Hay JM, Lacaine F , Kohlmann G , Fingerhut A and the Association for surgical Research. Immediate definitive surgery of perforated duodenal ulcer does not increase operative mortality: a prospective controlled trial. *World J Surg* 1988; 12:705-9.