

## MALADIE ULCEREUSE GASTRO-DUODENALE ET SES COMPLICATIONS

## INTRODUCTION

1. Définition : ulcère peptique (anglo-Saxons) ; maladie de Cruveilhier des Français.

- Affection bénigne, plurifactorielle, chronique, évoluant spontanément par poussée, émaillée parfois par des complications.
- Caractérisée par la présence d'une perte de substance amputant la musculature qui est transformée dans un bloc scléreux.

## EPIDEMIOLOGIE

1. Fréquence :

- Maladie fréquente mais sous estimée
- La prévalence de MUD est 10 % ; et l'incidence chez l'adulte 0,2/100/an
- MUG : 3-4 fois moins fréquent que MUD.

2. Evolution dans le temps :

- A partir de 1970 dans les pays développés l'incidence a progressivement baissée.
- Dans les pays sous développés l'incidence de MUGD serait en augmentation.

3. Age :

- Affection de sujet jeune dans les pays sous développés.
- Elle devient de + en + une maladie de personnes âgées dans les pays occidentaux.

4. Le sex-ratio : H/F de MUD : 3/1 et tend à ↓ et de se rapprocher de celui de MUG (1/1).

## PHYSIOPATHOLOGIE

A. Les mécanismes de l'ulcerogenèse : maladie plurifactorielle résultant d'un déséquilibre des 3 facteurs physiopathologiques (agression, défense & réparation)

Facteurs de défense

- La première ligne de défense est la couche de mucus riche en bicarbonates : Un gel de consistance viscoélastique
- La deuxième ligne de défense est l'épithélium : Sécrète glycoprotéines, lipides et bicarbonates.
- La troisième ligne de défense est la lamina propria.
- 4<sup>e</sup> ligne de défense : processus de réépithélialisation, appelé restitution ou reconstruction

Facteurs d'agression : Agression chlorhydropeptique sous l'influence de facteurs hormonaux (histamine, gastrine...) et nerveux (pneumo astre)

B. Facteurs étiologiques

1. Hélicobacter pylori/ HP est retrouvé dans 80-90% de MUGD

2-Syndrome de Zollinger Ellison

### 3. Facteurs alimentaires et toxiques

Tabac : Tabagisme excessif résistance au TRT, favorise la récurrence, retarde cicatrisation ;

Alcool : Pas d'influence sur MUGD → Peut ⇒ des lésions aiguës de la muqueuse GD.

Médicaments gastrotoxiques :

Aspirine : Favorise la MUG

Corticoïdes : ↑ le risque de MUGD liées aux AINS.

AINS : Peuvent induire des UG ou réactiver une MUGD.

4. Facteurs génétiques : Les formes familiales de MUD sont dues aux facteurs génétiques ou à la convergence de facteurs environnementaux ? Études

5. Facteurs psychologiques : stress physique et psychique

--

L'ulcère chronique se distingue de l'ulcère aigu.

#### 1. Macroscopie

L'ulcère chronique correspond à une perte de substance de taille variable de forme arrondie ou ovalaire, avec un fond recouvert d'une fausse membrane jaunâtre. Dans l'estomac, il siège le long de la petite courbure dans 90 % des cas et dans l'antrum dans 60 %. Dans le duodénum, il est pratiquement toujours dans le bulbe. Il est le plus souvent unique.

Dans l'ulcère aigu secondaire aux anti-inflammatoires et salicylés, les lésions sont souvent multiples.

#### 2. Microscopie

L'ulcère chronique est une perte de substance détruisant la muqueuse, la sous-muqueuse jusqu'à la musculature, le fond de l'ulcère est occupé de tissu conjonctif avec un infiltrat inflammatoire présentant des capillaires dilatés ; après plusieurs poussées, un processus de sclérose tend à gagner vers la profondeur atteignant la séreuse.

La perte de substance dans l'ulcère aigu peut se limiter à la muqueuse et la sous-muqueuse, mais peut traverser la musculature et perforer la séreuse. Il n'y a pas de fibrose.

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE
--------------------------------

TDD : MUGD dans sa forme typique non compliquée
---

#### 1. Clinique :

##### 1.1 Signes fonctionnels :

- Le syndrome ulcéreux est une douleur épigastrique quotidienne, typiquement une crampe, survenant à distance du repas (postprandiale tardive 2 à 5h), pouvant être nocturne, calmée par l'alimentation ou un antiacide et évoluant par périodes de durée et de fréquence variables dans l'année, entrecoupées de rémissions complètes.
- Signes associés : nausées, vomissement,

##### 1.2 Signes généraux : absents, parfois anorexie

1.3 Signes physiques : absents, parfois sensibilité épigastrique.

2. Paraclinique :

ASP : a la recherche de complication (pneumopéritoine si perforation)

FOGD de MUD :

✚ Examen clé de 1<sup>ère</sup> intension ;

✚ Rôle : visualiser lésion, caractères, signes associés, faire de biopsies, rechercher HP, surveillance

TOGD : dans les formes compliquées de sténose.

3. Evolution :

3.1 En absence de TRT :

Poussée ulcéreuse durant quelques jours ;

Ulcère devient moins douloureux avec l'âge → pronostic dépend des complications ;

3.2 Evolution sous TRT :

- ◆ Disparition de la douleur.
- ◆ Cicatrisation sous TRT après 4 semaines : > 75%.
- ◆ Les complications sont exceptionnelles sous TRT d'attaque.

## LES FORMES CLINIQUES

1. Formes symptomatiques :

1.1 Formes asymptomatiques : apanages des diabétiques et sujets sous AINS.

1.2 Formes hyperalgiques : simulant une urgence chirurgicale.

1.3 Formes atypiques : caractères de la douleur.

2. Formes topographiques :

2.1 Ulcère gastrique : ulcère du cardia, ulcère pré pylorique ...

2.2 Ulcère duodéal : ulcère post bulbaire

2.3 Formes multiples : Syndrome de Zollinger Ellison (SZE).

3. Formes selon le terrain :

3.1 Sujet âgé : souvent asymptomatique.

3.2 Enfant : < 7ans → surtout MUGD II, souvent gastrique.

4. Formes compliquées. L'incidence globale des complications est estimée à 3 à 5 % par an.

Elles comprennent l'hémorragie digestive, la perforation et la sténose pyloro-duodénale.

## 1. Hémorragie digestive

Il s'agit de la complication la plus fréquente avec une incidence de 2 % par an.

Elle est grave mortelle dans 5% des cas

L'hémorragie par ulcère profond érodant un vaisseau de plus gros calibre (l'artère gastroduodénale à la face postérieure du bulbe duodéal).

Urgence médico-chirurgicale

Diagnostic : difficile

ATCD de maladies ulcéreuses gastroduodénales

ATCD d'épigastralgies chroniques

Recherche de prise médicamenteuse type AINS Aspirine

Examen physique : normal

FOGD : -examen clé diagnostique pronostique et thérapeutique

-Précise la taille, l'aspect et le siège de l'ulcère et l'existence d'une hémorragie et son mécanisme selon la classification de Forrest

Type I : saignement actif en jet (I a)

Saignement actif en nappe (I b)

Type II : II a : vaisseau visible

II b : caillot adhérent

III c : taches pigmentées

Type III : cratère propre

-permet une hémostase endoscopique (injection d'un vasoconstricteur, électrocoagulation, pose de clip hémostatique)

Traitement :

Hospitalisation

Remplissage vasculaire, transfusion sanguine

Oxygénothérapie, intubation trachéale si détresse respiratoire

Traitement médical : antisécrétoires IPP en bolus et à la seringue éclectique

Traitement endoscopique hémostatique

Traitement chirurgical si complication

Ulcère duodéal (bulbaire) : suture de l'ulcère,

Ulcère gastrique : résection de l'ulcère atypique, gastrectomie a discuté si dégénérescence

Traitement d'éradication d'HP.

## **2. Perforation**

Deuxième complication en fréquence de la maladie ulcéreuse gastroduodénale surtout duodénale elle révèle la maladie ulcéreuse dans 1/4 des cas; sa prévalence est estimée à 1 à 2 %.

### Diagnostic :

Douleur brutal intense en coup de poignard

Vomissement et ou nausée

Contracture invincible très sensible localisée a généralisée : ventre de bois

Toucher rectal : douleur vive à la palpation du cul de sac de douglas

ASP : met en évidence un pneumopéritoine : croissant gazeux inter-hépto-diaphragmatique à droite

Scanner abdominal : montre le pneumopéritoine avec une sensibilité plus élève que l'ASP

FOGD : contre indiquée

Le transit aux hydrosolubles : si suspicion de perforation sans pneumopéritoine visible l'ASP et au scanner abdominal

### Traitement

Urgence chirurgicale

Réanimation

Aspiration gastrique : méthode de TAYLOR

IPP par voie intra veineuse

Traitement chirurgical : toilette péritonéale soigneuse +suture de l'ulcère

Traitement d'éradication d'HP

## **3. Sténose pyloro-duodénale (sténose bulbaire) :**

Dans la majorité des cas il s'agit d'un ulcère duodéal.

La prévalence se situe entre 1 et 2 % au cours de la maladie ulcéreuse.

### Diagnostic

Symptomatologie chronique faite d'Epigastralgies soulagés par des vomissements alimentaires post-prandiaux tardifs

Un clapotage a jeun a la palpation de l'épigastre

Signes de déshydratation

Amaigrissement

FOGD : met en évidence le siège de la sténose et précise sa nature inflammatoire ou néoplasique

TOGD : indication si sténose infranchissable à l'endoscope

Diagnostic différentiels :

Cancer gastro-duodenale

Compression par pseudokystes ou cancer du pancréas

Traitement :

But : soulager le patient

Lever l'obstacle

Moyen :

Traitement médical Correction hydro électrolytique

Traitement anti ulcéreux : antisécrétoires : anti H2 ou IPP

Traitement d'éradication d'HP

Traitement chirurgical :

Sténose pylorique :

Vagotomie tronculaire avec duodeno-antrectomie et anastomose gastro-jejunale de type Finesterer

Traitement endoscopique : dilatation au ballonnet chez le sujet âgé

Indication

Traitement initial est médical

Traitement chirurgical si non réponse au traitement médicale (sténose fibrosante)

4-cancer de l'estomac :

DIAGNOSTIC
------------

1. DC Positif :

- MUD : évoquée par clinique et confirmer par endoscopie.
- MUG : évoquée par clinique, confirmée par endoscopie et histologie.

2. DC Différentiel :

2.1 Devant douleurs épigastriques

Causes extra-gastroduodénales : colique hépatique, pancréatite aigue...

Causes gastroduodénales : lymphome, cancer gastrique, gastrite, duodénite, dyspepsie non ulcéreuse

2.2 Devant lésion endoscopique :

- Aigues : lésions aiguës aux AINS ;
- Chroniques : tuberculose, syphilis, sarcoïdose, maladie de Crohn, néoplasie.

TRAITEMENT
------------

1. Buts :

- Améliorer les symptômes.
- Accélérer cicatrisation de l'ulcère.
- Prévenir les rechutes et les complications.

2. Moyens :

2.1 Règles hygiéno-diététiques :

- Supprimer tabac
- Supprimer médicaments gastrotoxiques, sauf indication incontournable.
- Éviter : stress et aliments qui ↑SGA et irritables à muqueuse (café, épices, boisson acide)
- Déconseiller le jeun de Ramadhan pendant les poussées.

2.2 Les Médicaments :

Les Antiacides (AA)

Les antisécrétoires (ATS)

Antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> d'histamine : cimétidine, Ranitidine.

Inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) : Omeprazol ; pantoprazol

TRT d'éradication de Helicobacter Pylori:

Associe les antibiotiques actifs sur HP amoxicilline et metronidazol (ou clarithromycine) pendant 7 à 14 jours et un IPP pendant 4 à 8 semaines

# TRAITEMENT DES UGD

## TRITHÉRAPIE : IPP + 2 ATB

IPP matin et soir + ATB matin et soir

- Oméprazole 20 mg
- Lansoprazole 30mg
- Pantoprazole 40mg
- Esomeprazole 20mg
- Rabéprazole 20mg

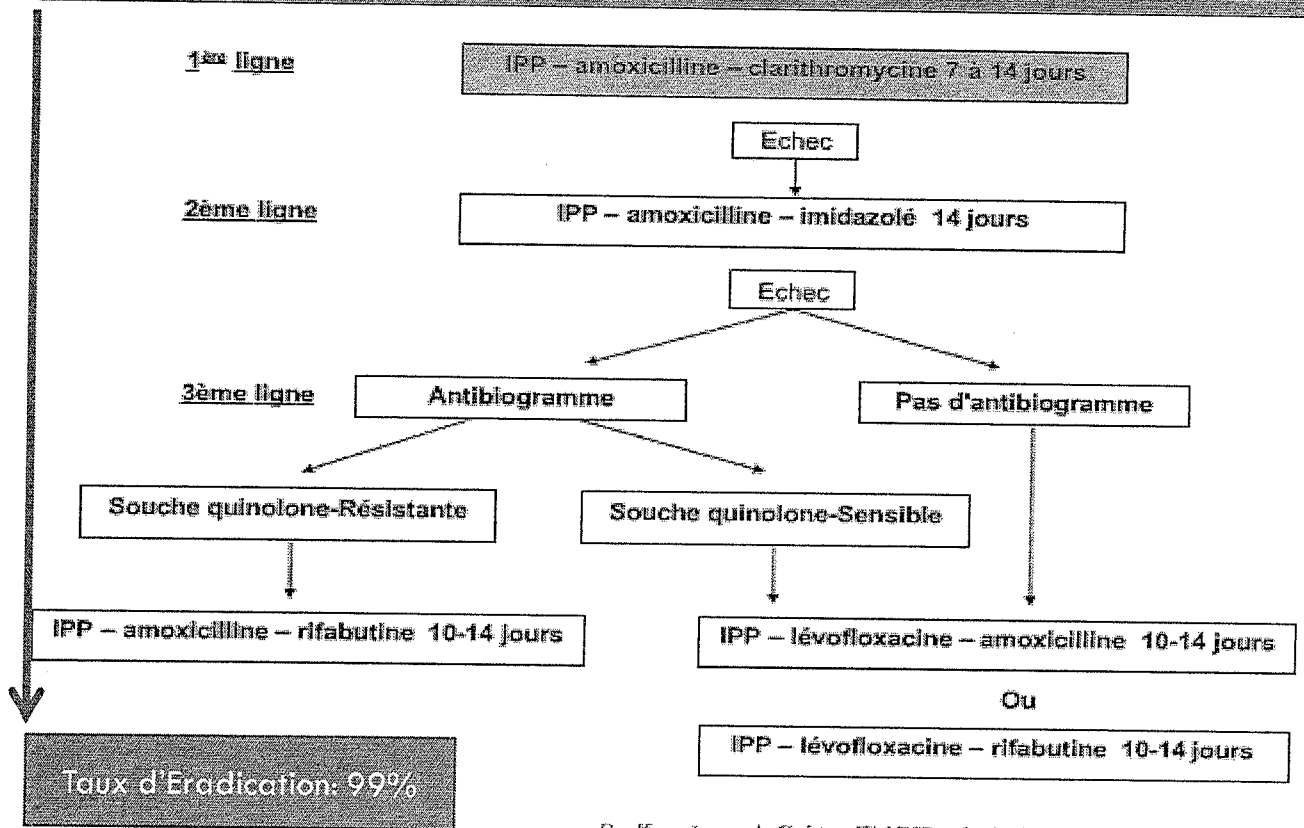
- Amoxicilline 1g
- Clarithromycine 500 mg
- Metronidazole / Tinidazole 500mg
- Tétracyclines 1g
- Levofloxacine 250 mg
- Rifabutine 150mg

Choix : Tolérance, Efficacité, Résistance

*JD de Korwin FMC 2007*



# Schémas d'éradication de *Helicobacter Pylori*



De Karwin et al. Cahier FMC H pylori, Gastroenterol clin Biol 2007

## Trt séquentiel et Quadrithérapie 2012

- IPP(dose standard) 2 fois/jr
- Amoxicilline 1g 2 fois/jr

PUIS

- IPP(dose standard) 2 fois/jr
- Clarithromycine 250 mg 2 fois/jr
- Métronidazole 500mg 2fois/jr



**Quadrithérapie bismuthée**

- 140mg sous citrate de Bismuth
- 125mg métronidazole
- 125 mg Tétracycline

+ Oméprazole 20mg 2fois/jrs

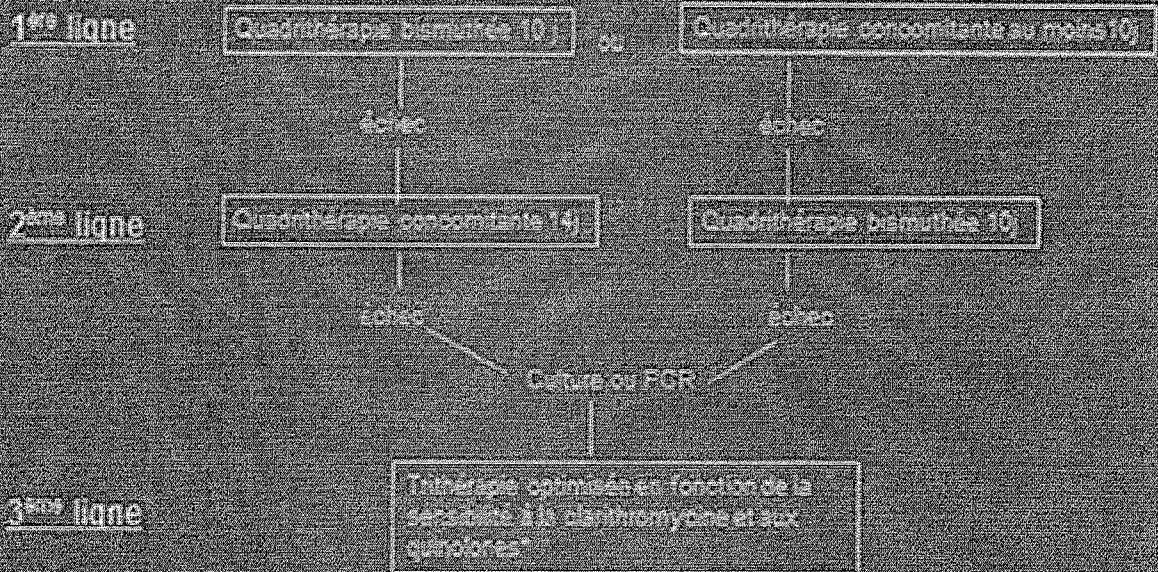
3 gélules 4 fois/jrs

5 jours + 5 jours + 10 jours

125 mg tétracycline HCl  
125 mg métronidazole  
140 mg bismuth subcitrate potassium

## Traitement empirique de l'infection à *Helicobacter pylori* en France après Maastricht 5



- \* CIS : IPP - amoxicilline\*\* - clarithromycine 14 jours
- CR-quinolone S : IPP - amoxicilline\*\* - lévofloxacine 14 jours
- CR-quinolone R : IPP - amoxicilline\*\* - métrindazole 14 jours
- \*\*amoxicilline au mieux 1g x 3 j

### 2.3 TRT chirurgical :

Les vagotomies : supprimer la commande du vague sur la sécrétion gastrique acide :

- VT (vagotomie tronculaire) :
- VS (vagotomie sélective) :
- VSS (vagotomie suprasélective)

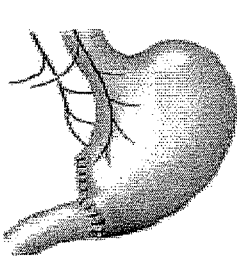
### 2.3.3 Gastrectomies :

- Gastrectomie des 2/3 :
- Antrectomie :  
Avec anastomose gastro-duodenale type Billroth I ou gastro-jejunale type Billroth II

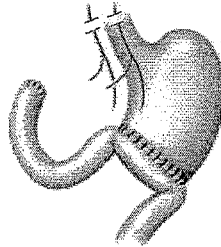
### 3. Indications :

Traitement médical

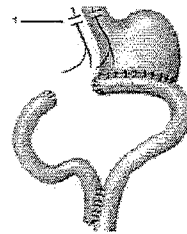
Traitement chirurgical si complication



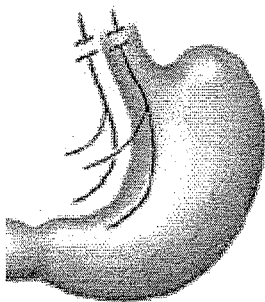
Billroth I



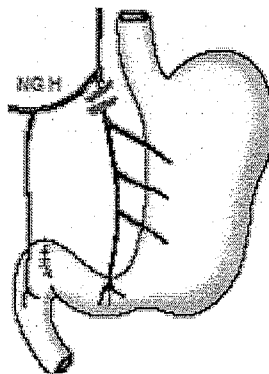
Billroth II / polya



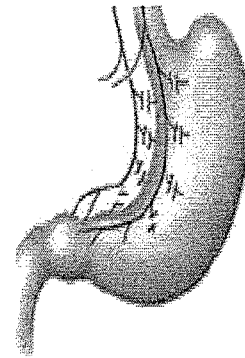
Anse en Y ( Roux)



VT (vagotomie tronculaire)



VS (vagotomie sélective)



VSS (vagotomie suprasélective)

