

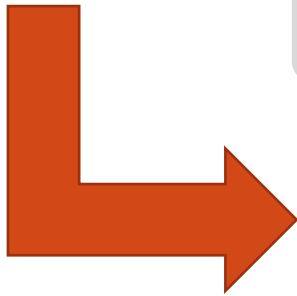
Complications et Traitement Chirurgical des Ulcères Gastroduodénaux

D.Ouaret
Clinique Chirurgicale B
CHU Mustapha



Schwarz K. Über penetrierende Magen und jejunalgeschüre. Beitr Klin Chir 1910

100 ans



Warren et Marshall, 1982
Nobel de médecine 2005



L'éradication d'Helicobacter pylori par les antibiotiques a transformé l'histoire naturelle de la maladie ulcéreuse gastroduodénale. Actuellement, les rares indications chirurgicales électives pour ulcère peptique non compliqué sont limitées aux échecs du traitement médical et à la suspicion de malignité pour l'ulcère gastrique

ULCERE DUODENAL

L'ulcère, qu'il soit gastrique ou duodénal, est une perte de substance plus ou moins étendue de la paroi digestive qui atteint la couche musculaire. Il guérit en laissant une cicatrice. On le différencie des érosions, abrasions, exulcérations superficielles qui n'atteignent pas la couche musculaire et qui guérissent sans cicatrice.

La maladie ulcéreuse duodénale est causée par

- une activité sécrétoire anormale (hyperacidité) => **IPP** ++ (1989)
- l'infection à HP. => **ATB** ++ (1983)

Traitement actuel des UGD: Maastricht 5 (taux de succès > 90 %)

1. Quadrithérapie bismuthée

Bismuth, tétracycline, métronidazole et oméprazole; 10 jours

2. Quadrithérapie concomitante: IPP - amoxicilline - clarithromycine – métronidazole 10 à 14 jours

Complications

Trois complications:

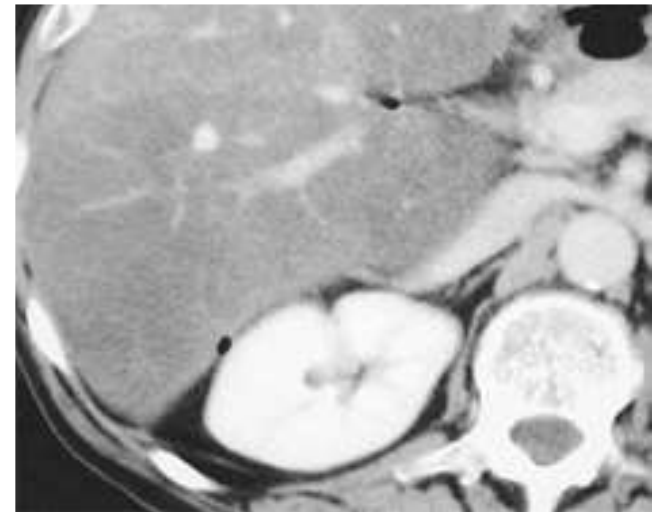
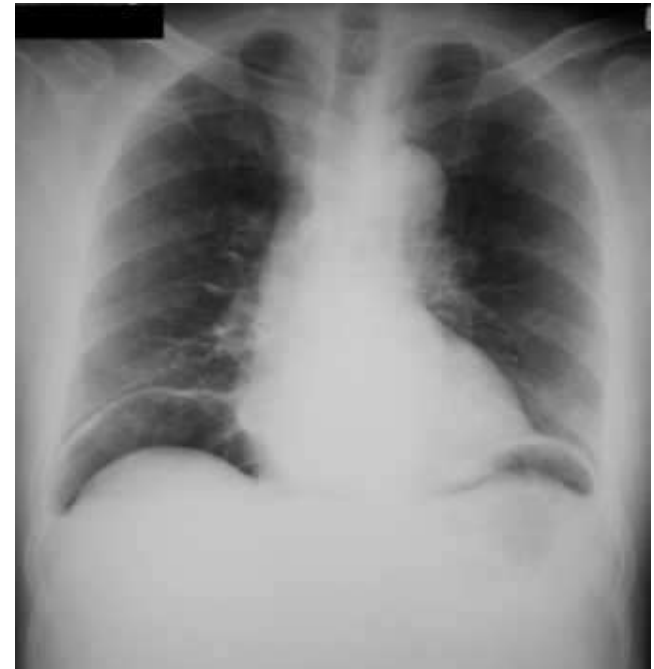
- L'hémorragie: cpc la plus fréquente, 40 % des HD hautes
- La perforation
- La sténose: 6 à 10 %; révélatrice dans 6 à 10 % des cas.

1. Hémorragie digestive

- Complication la plus fréquente des UGD (10 à 20 %), parfois inaugurale, représentant 30 à 40 % des hémorragies digestives hautes.
- Risque aggravé par les facteurs suivants :
 - la prise d'AINS, antiagrégants et/ou anticoagulants
 - antécédent d'UGD compliqué ou non compliqué ;
 - âge > 65 ans.
- Hémorragie distillante à l'origine d'un déficit ferrique qui peut se traduire par une anémie microcytaire arégénérative ferriprive.
- Hémorragie aiguë sous la forme d'une hématomèse ou d'un méléna avec des signes cliniques de choc hypovolémique.
- Endoscopie après correction du choc hémodynamique :
 - origine ulcéreuse de l'hémorragie
 - geste d'hémostase endoscopique selon les caractéristiques du saignement.
- Mortalité est d'environ 10 %.

2. Perforation ulcéreuse

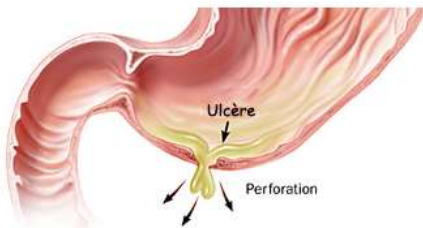
- Complication moins fréquente que l'hémorragie.
- Favorisée par la prise d'AINS.
- Une corticothérapie peut atténuer les signes cliniques de perforation et retarder le diagnostic.



Perforation en péritoine libre



- douleur épigastrique intense en « coup de poignard » (à début très brutal)
- nausées, vomissements ;
- signes de choc ;
- contracture d'abord épigastrique puis généralisée ;
- pneumopéritoine sur l'ASP parfois vu seulement sur le scanner abdominal avec une réaction inflammatoire de la région antropylo - bulbaire.
- En cas d'urgence abdominale, TDM → confirme le diagnostic et précise la cause ;
- contre-indication absolue à l'endoscopie.

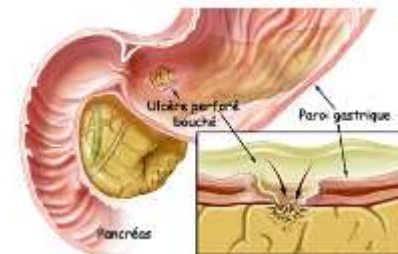


Perforation au contact d'un organe de voisinage



ulcère perforé-bouché :

- régression du syndrome douloureux initial ;
- pas de pneumopéritoine (possibilité d'un rétropneumopéritoine visible au mieux sur un scanner) ;
- évolution possible vers la formation d'un abcès (scanner).



3. Sténose ulcéreuse

- Exceptionnelle depuis l'avènement des antisécrétoires.
- Complique les ulcères bulbaires et pré-pyloriques avec une composante fibreuse et une composante inflammatoire.
- La sténose ulcéreuse est révélée par des vomissements post-prandiaux tardifs.
- À l'examen : clapotage gastrique à jeun et des ondes péristaltiques.
- En cas de vomissements répétés, il y a un risque de déshydratation et de troubles ioniques : alcalose métabolique avec hypochlorémie et hypokaliémie.
- Après l'évacuation de la stase gastrique par aspiration, le diagnostic de sténose est posé par l'endoscopie éventuellement complétée par un transit baryté.
- Des biopsies sont nécessaires pour éliminer un cancer ou un lymphome.

**BUT DU
TRAITEMENT**

```
graph TD; A[BUT DU TRAITEMENT] --> B[Traiter la maladie ulcéreuse]; A --> C[Traiter les complications de la MU]; A --> D[Eviter la récurrence];
```

The diagram is a flowchart with a central top box labeled 'BUT DU TRAITEMENT'. Three arrows originate from the bottom of this box and point to three separate boxes below it. The left box is 'Traiter la maladie ulcéreuse', the right box is 'Traiter les complications de la MU', and the bottom center box is 'Eviter la récurrence'.

**Traiter la maladie
ulcéreuse**

**Traiter les complications de la
MU**

Eviter la récurrence

INDICATIONS

```
graph TD; A[INDICATIONS] --> B[Echec du traitement médical]; A --> C["Complications : Perforation +++  
Hémorragie  
Sténose"]
```

Echec du traitement médical

Complications : Perforation +++
Hémorragie
Sténose

PRINCIPE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

```
graph TD; A[PRINCIPE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL] --> B[Agir sur la commande vagale :  
Vagotomie +/- pyloroplastie]; A --> C[Agir sur la sécrétion hormonale:  
Antrectomie];
```

Agir sur la commande vagale :
Vagotomie +/- pyloroplastie

Agir sur la sécrétion hormonale:
Antrectomie

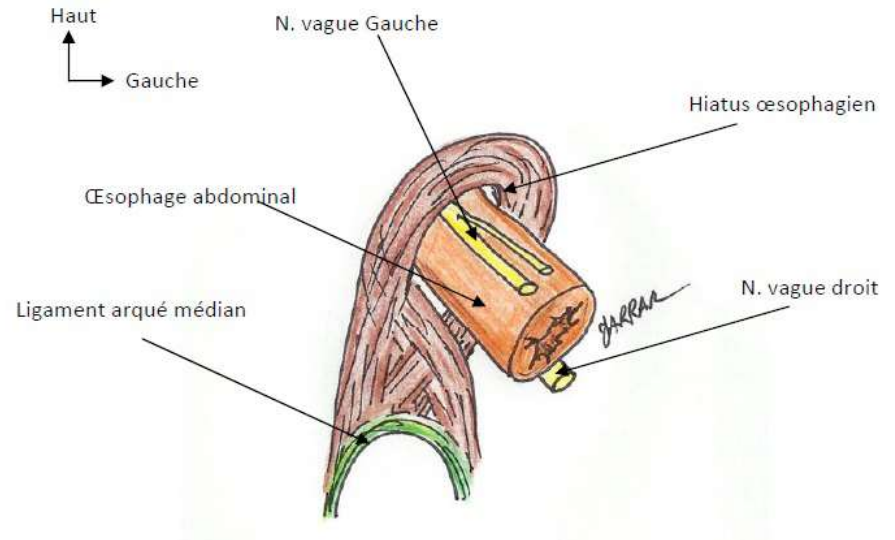
Méthodes

A/ Vagotomie:

Quel que soit le type de vagotomie réalisé, sa finalité est une dénervation parasympathique complète de l'estomac (vagotomie tronculaire) ou du fundus (vagotomie distale)

=> lutter contre l'hypersécr

CPC: spasme du pylore, lithi:
post vagotomie

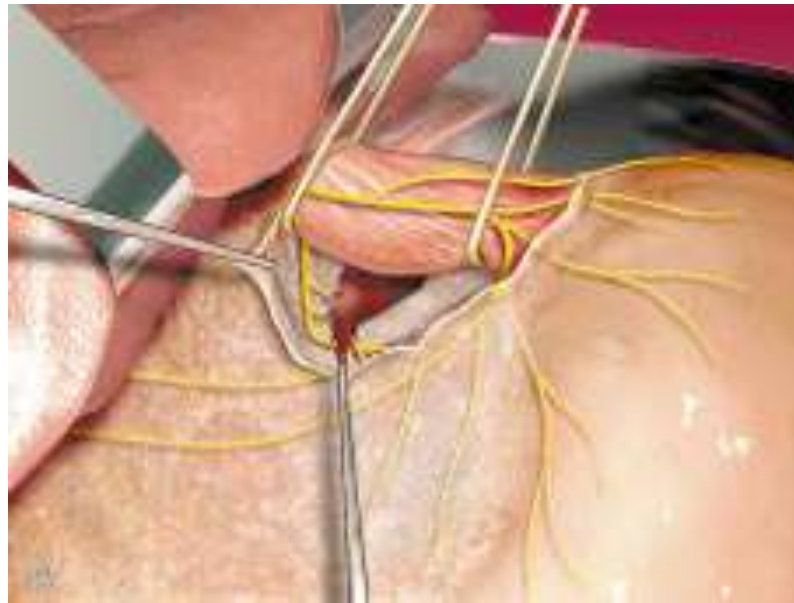
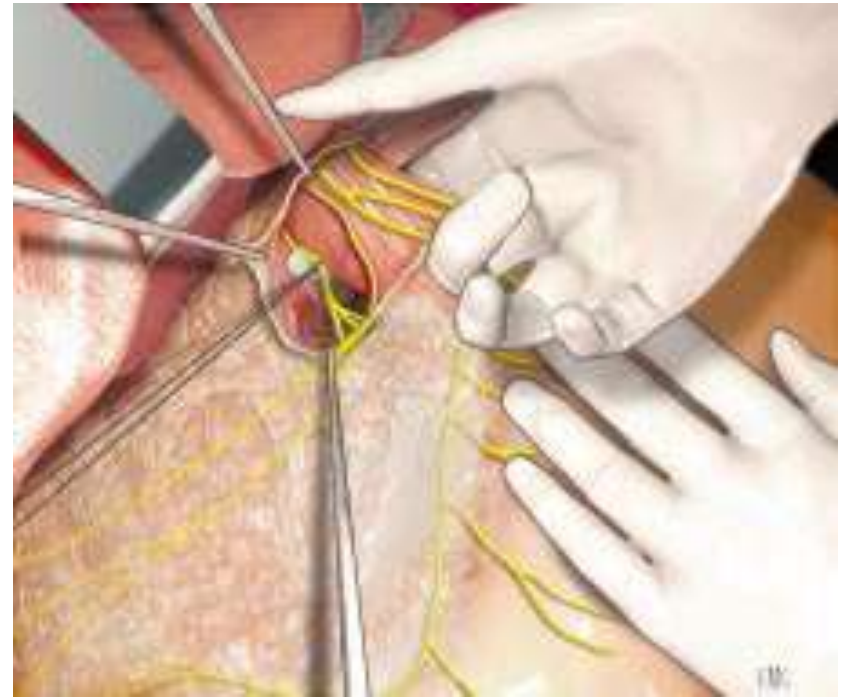
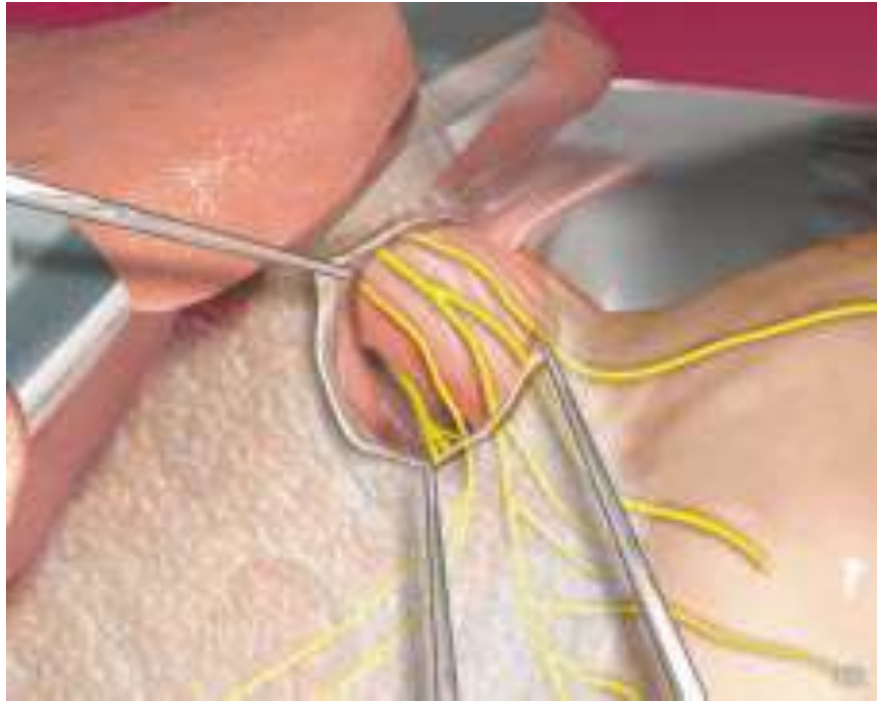


Vagotomie Tronculaire Bilatérale:

Intervention de Dragstedt

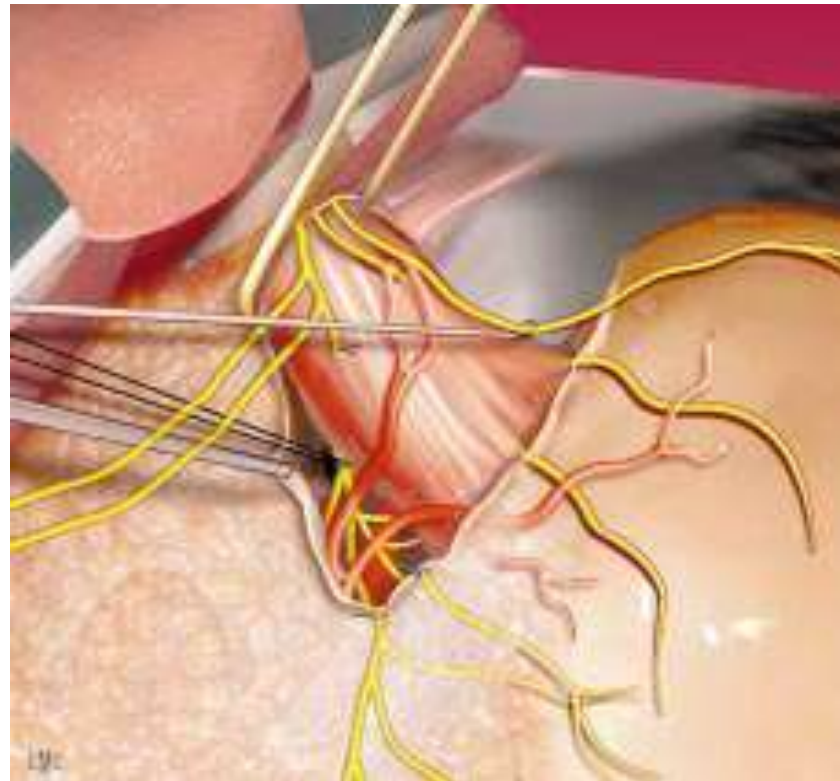
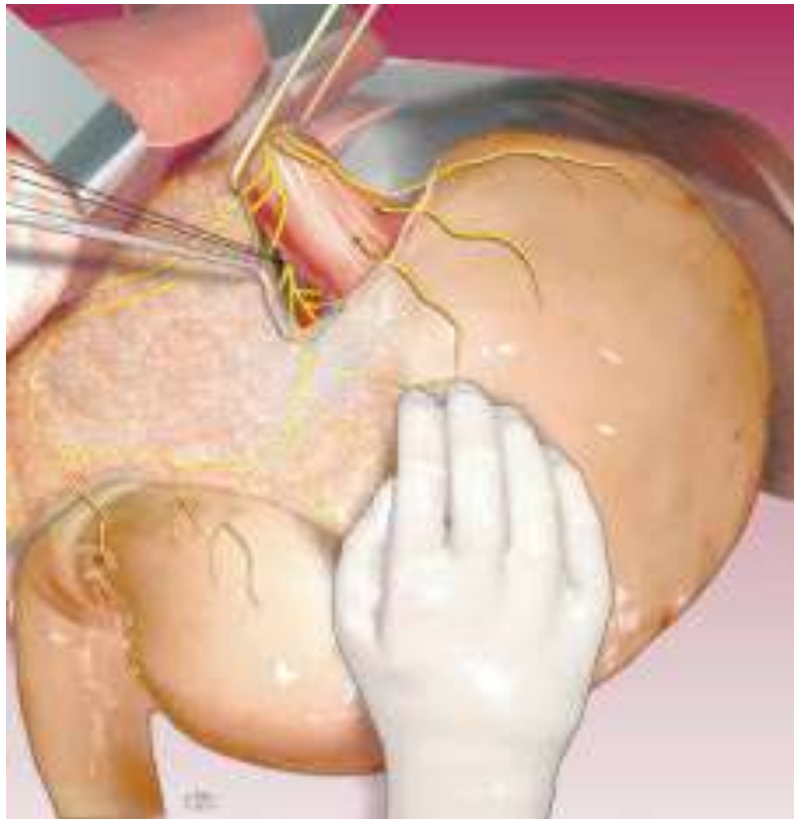
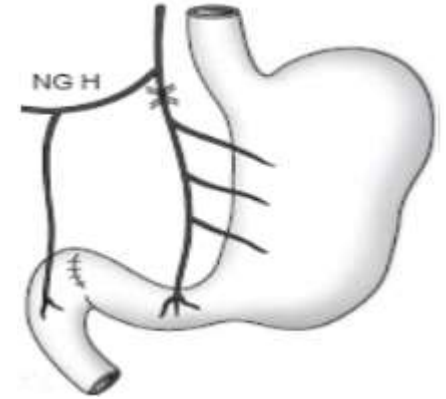
Historiquement, Lester Dragstedt en 1943 a été le premier à faire la corrélation entre hyperacidité due à la stimulation vagale et le développement de l'ulcère. Il proposa donc la vagotomie tronculaire bilatérale comme traitement de la maladie ulcéreuse.





Vagotomie sélective:

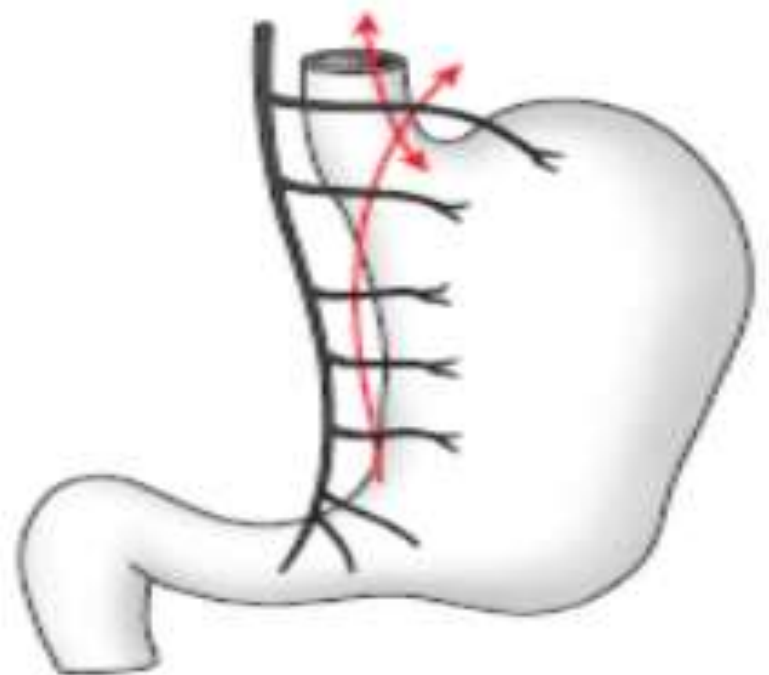
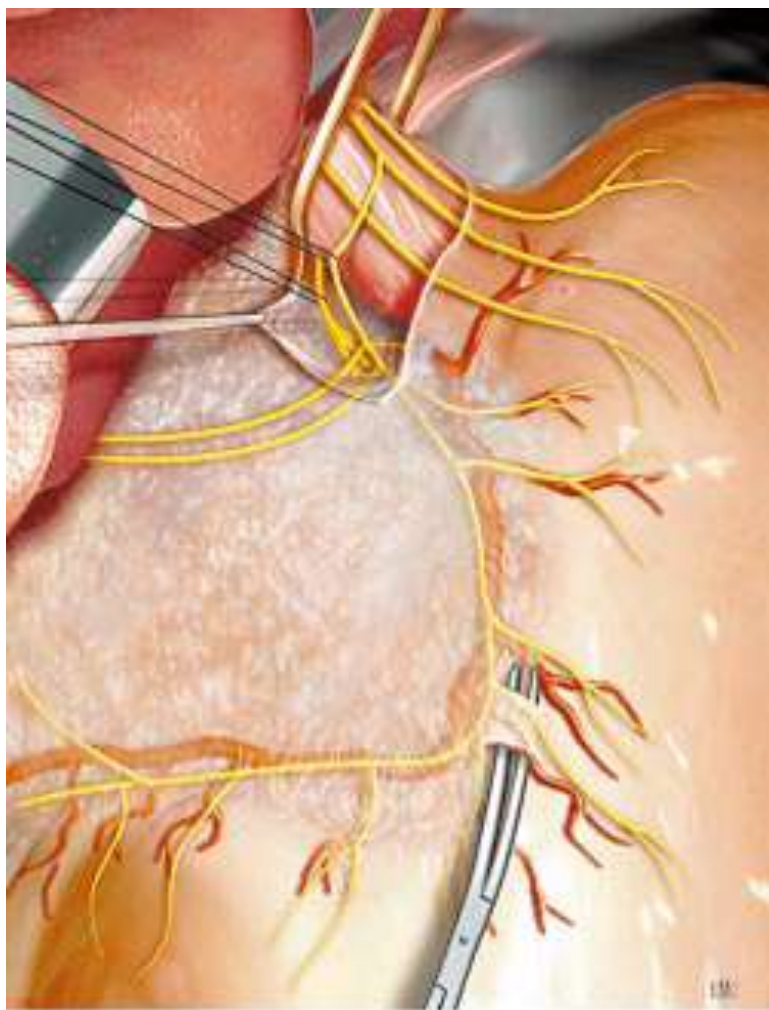
Préserve l'innervation vagale de la vésicule biliaire
(perturbation de la chasse vésiculaire)
(diarrhée post vagotomie).



Vagotomie hypersélective : Seromyotomie fundique

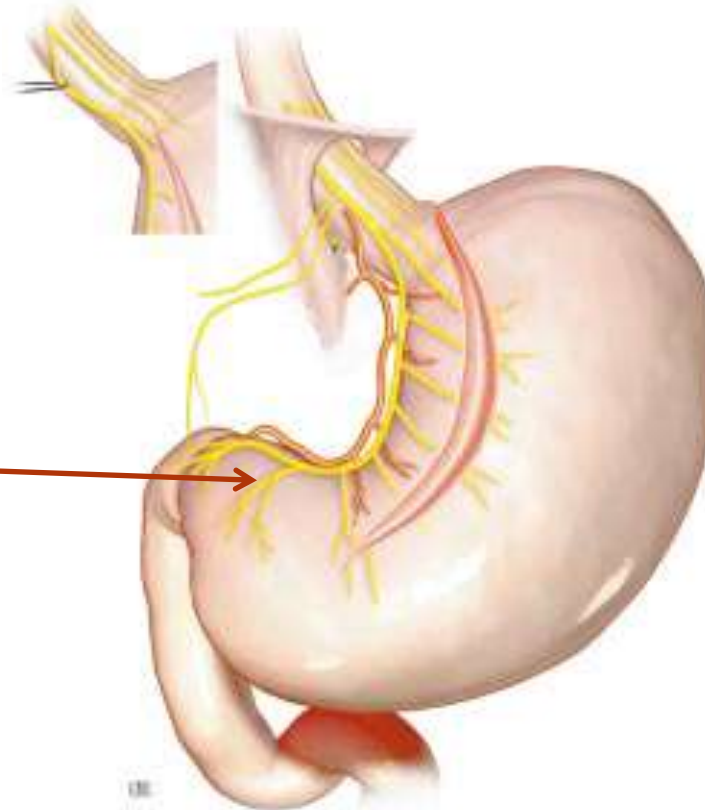
Principe:

- section des branches antérieures et postérieures du nerf vague à destination gastrique au niveau de la paroi de l'estomac.
- Préserve le nerf de Latarjet, branche qui innerve le pylore. On la nomme aussi branche de la patte d'oie.
- Dénervé les cellules pariétale et respecte l'innervation de l'antre qui assure la vidange gastrique(dénervation du fundus région acidosecrétante, épargnant la région antropylorique et les autres viscères).
- Avec ou sans pyloroplastie (controversé).



Intervention de Taylor: 1979

VT + Seromyotomie fundique antérieure à 1,5cm de la petite courbure.
Section de la séreuse et de la musculieuse.



Nerf de Latarjet

Préserve les filets
antropyloriques du nerf de
Latarjet antérieur
(fonctionnement du
pylore)

Vidange Gastrique:

Dragstedt s'aperçut que la vagotomie tronculaire entraînait un dysfonctionnement du pylore (spasme).

Il fut donc nécessaire d'y adjoindre un geste de drainage de l'estomac, à type de gastro- entéro -anastomose ou de pyloroplastie.

Les pyloroplasties, ayant l'avantage de ne pas modifier le circuit physiologique digestif, ont été privilégiées.

B/ Pyloroplastie

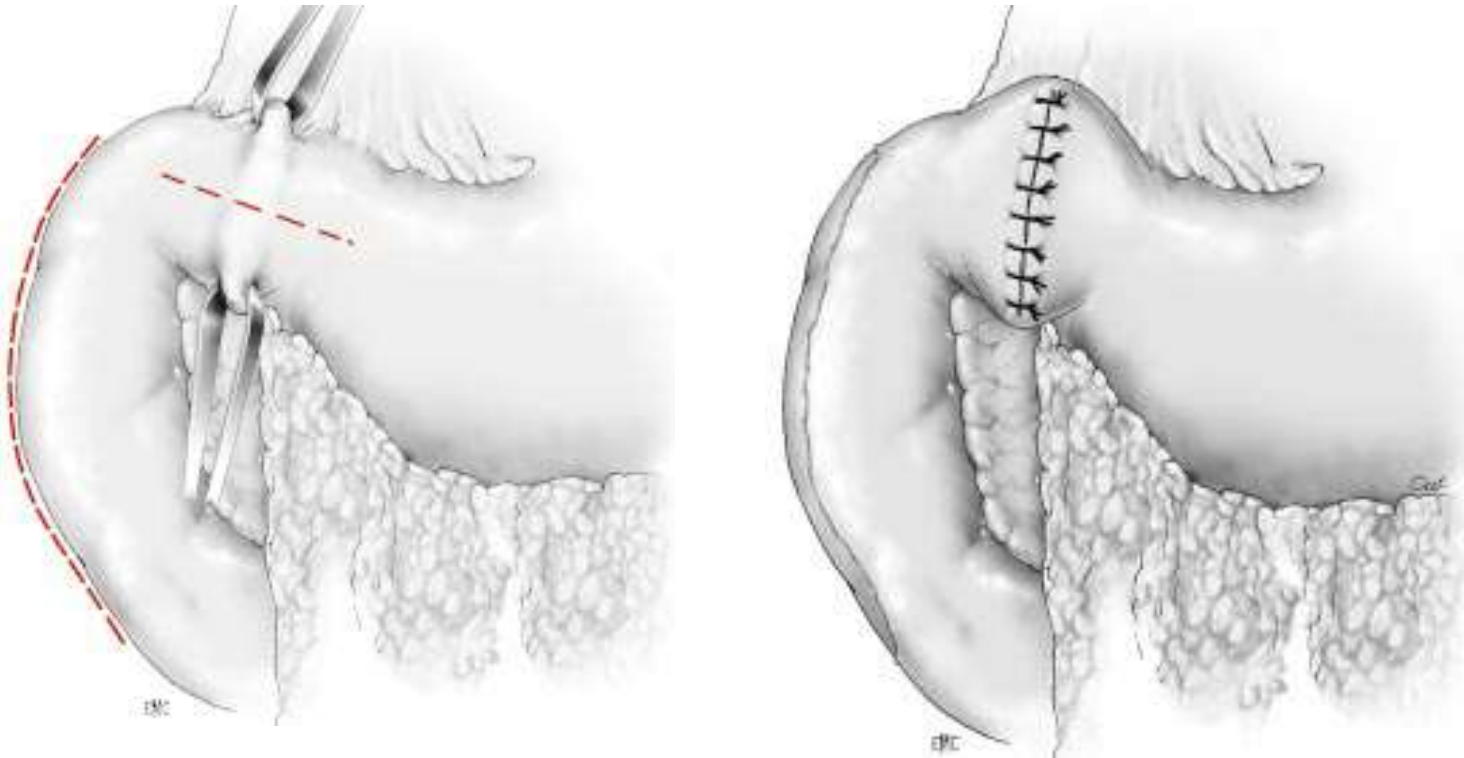
Décrite pour la première fois en 1886 par Heineke puis en 1888 par Mikulicz pour des lésions propres au pylore.

C'est Dragstedt en 1946 qui établit le lien entre vagotomie et pyloroplastie.

De nombreux types de pyloroplasties existent avec ou sans résection tissulaire.

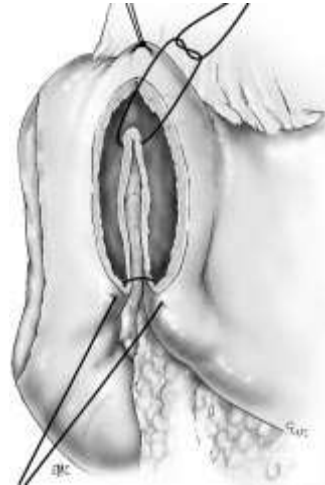
SANS RÉSECTION TISSULAIRE

Pyloroplastie selon **Heineke- Mickulicz**:



Ouverture antro – pyloro - duodénale horizontale (6cm).
Suture verticale par points séparés extramuqueux

Pyloroplastie selon Finney:

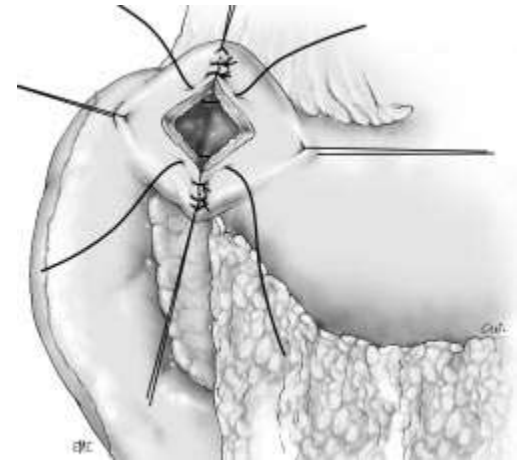
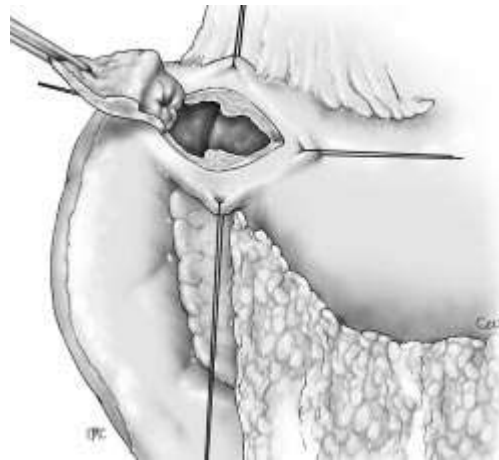
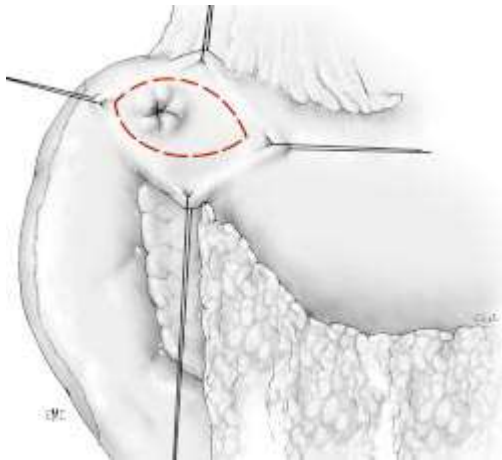


1. Tracé d'une incision arciforme à convexité supérieure centrée sur le pylore.
2. Point angulaire supérieur du plan postérieur.
3. Plan de suture postérieur (points noués à l'intérieur).

AVEC RÉSECTION TISSULAIRE

Ulcère localisé, face antérieure du pylore

Technique de **Judd** ++



Résection pylorique antérieure horizontale. Suture verticale.

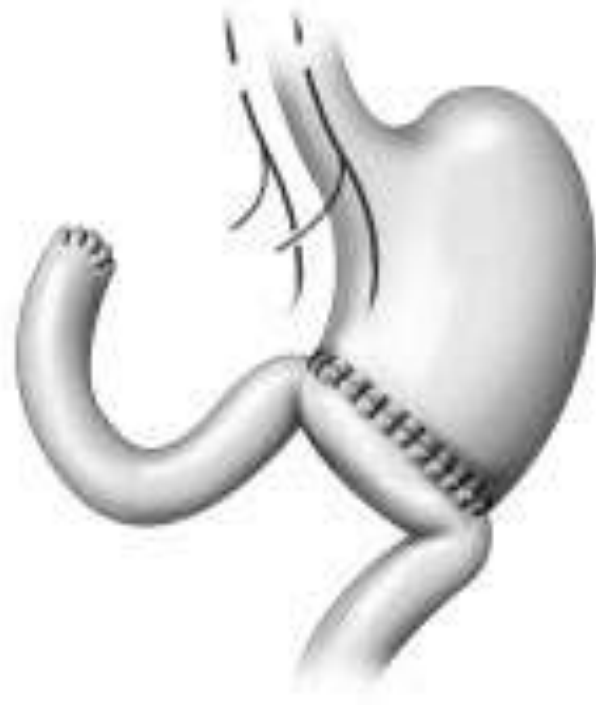
C/ Gastrectomie :

=> Supprimer la sécrétion hormonale de gastrine

- Exérèse limitée à l'antre pour limiter les séquelles fonctionnelles des gastrectomies .
- Associée à une VT obligatoirement.
- Rétablissement de continuité gastroduodénale selon Péan ou gastrojéjunale (Finsterer ou Polya)



Rétablissement selon Péal



Rétablissement selon Polya

Séquelles fonctionnelles

Le retentissement des séquelles fonctionnelles de la chirurgie ulcéreuse est évalué selon la classification de Visick en quatre stades :

- I : parfait.
- II : bons résultats mais troubles nécessitant de temps en temps un régime ou une prise médicamenteuse.
- III : patients prenant des médicaments en permanence .
- IV : récurrences ou nécessité d'un traitement chirurgical pour traiter les symptômes fonctionnels.

Résultats

L'analyse des résultats rétrospectifs publiés par Goligher en 1979 a montré que les résections gastriques (gastrectomie subtotale et vagotomie-antrectomie) s'accompagnaient à long terme d'un taux de récurrence moindre qu'après vagotomies seules .

Mais intervention mutilante pour une pathologie bénigne.

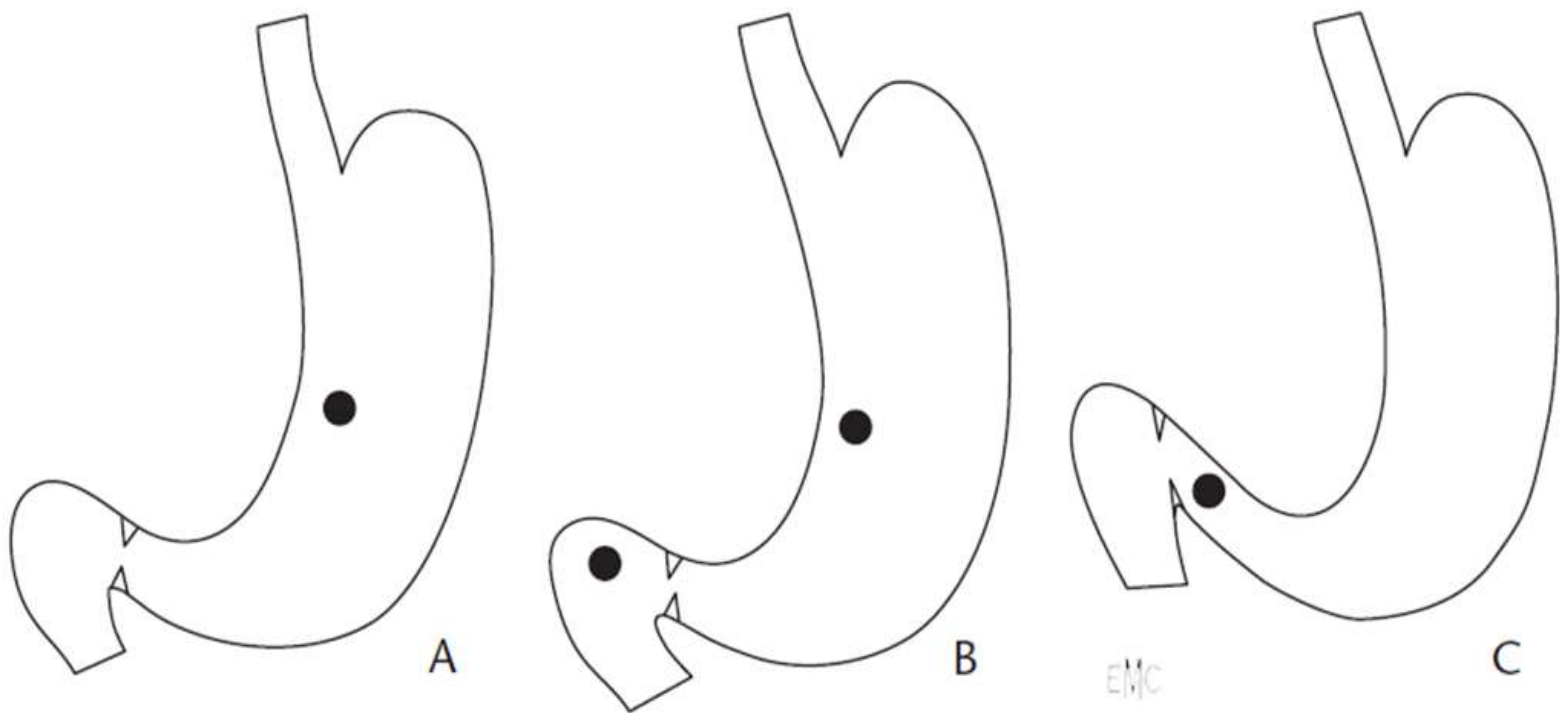
La VT isolée a un taux de récurrence de l'ordre de 10 %.

Associée à une antrectomie, le taux chute à moins de 1 %.

L'intervention de Taylor a un taux de récurrence entre 6 et 12 %.

ULCERE GASTRIQUE

- L'acidité gastrique intervient peu dans la genèse de l'ulcère gastrique qui est souvent associé à une gastrite chronique atrophique.
- Hp est responsable de 70 % des ulcères gastriques .
- Les AINS sont responsables de la majorité des ulcères gastriques Hp négatifs.
- Le risque évolutif de l'ulcère gastrique, à l'exception de l'ulcère prépylorique, est la dégénérescence, dont le risque relatif est de 1,8 à 3 ans et la prévalence de 2 % .
- Ce risque impose l'exérèse de tout ulcère gastrique résistant au traitement médical.



Classification des ulcères gastriques (d'après HD Johnson).

A. Type I : ulcère du corps gastrique ou de la portion supérieure de l'antré.

B. Type II : même ulcère, mais associé à un ulcère duodénal ancien.

C. Type III : ulcère prépylorique.

Indication du traitement chirurgical:

-échecs du traitement médical

-suspicion de malignité =>

- .dysplasie sévère

- .absence de cicatrisation (6 mois de TRT)

- .UG HP neg., non lié aux AINS ou à l'aspirine, persistant après 2 mois de TRT.

Méthodes

Type I et II: UG / UD+UG

- Simple excision associée à une vagotomie.
- Gastrectomie réglée ou atypique.

Type III : (U pré pylorique) traité comme les ulcères duodénaux.

Traitement des complications

Ulcère duodénal :

Trois complications =>

- Perforation ++
- Hémorragie
- Sténose

A/ Ulcère duodénal perforé :

-5 à 10 %

-TRT non opératoire possible si

.patient à jeun lors de l'incident.

.douleurs de moins de 24 H

=>

Aspiration nasogastrique
IPP
ATB

=

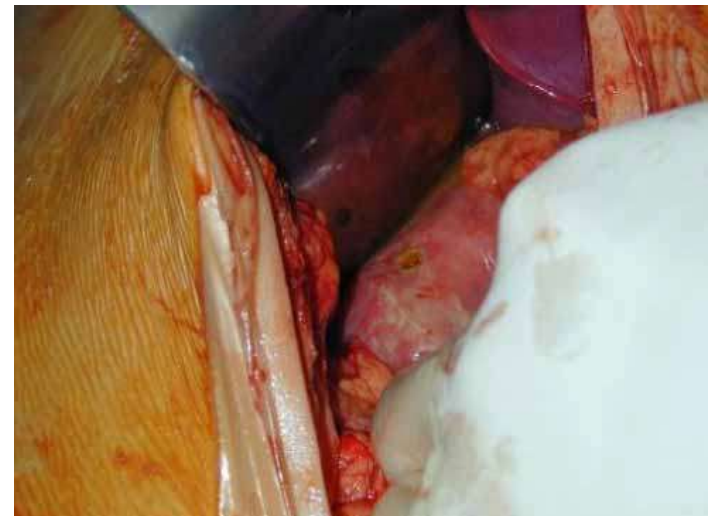
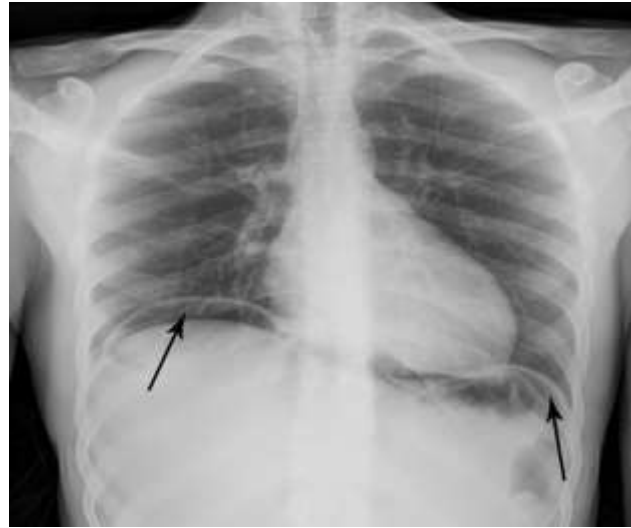
Méthode de Taylor

Mais: - taux d'échec 16 à 28%

- morbidité 24 à 50%

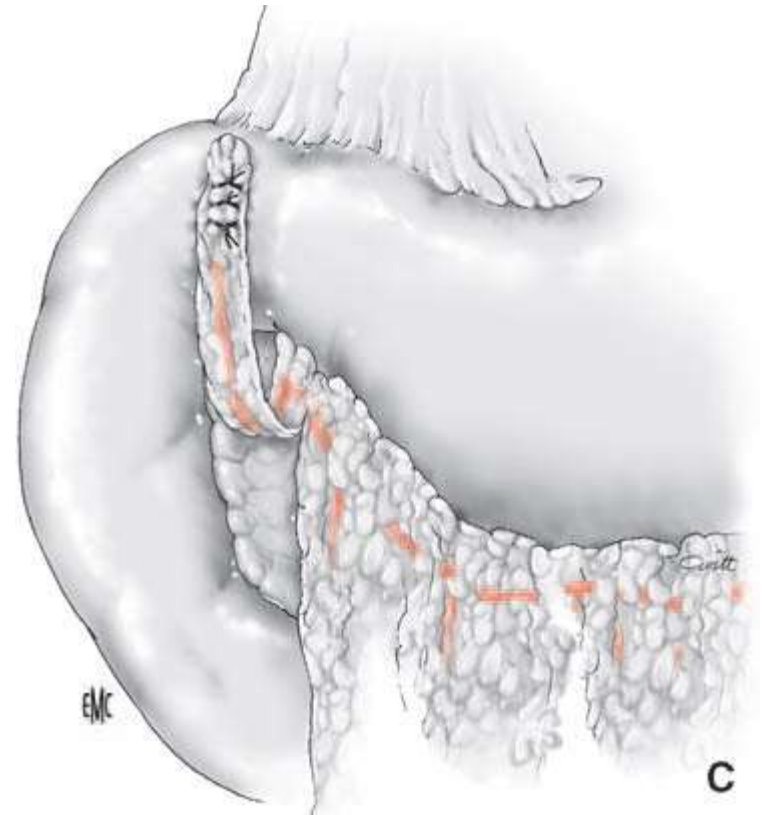
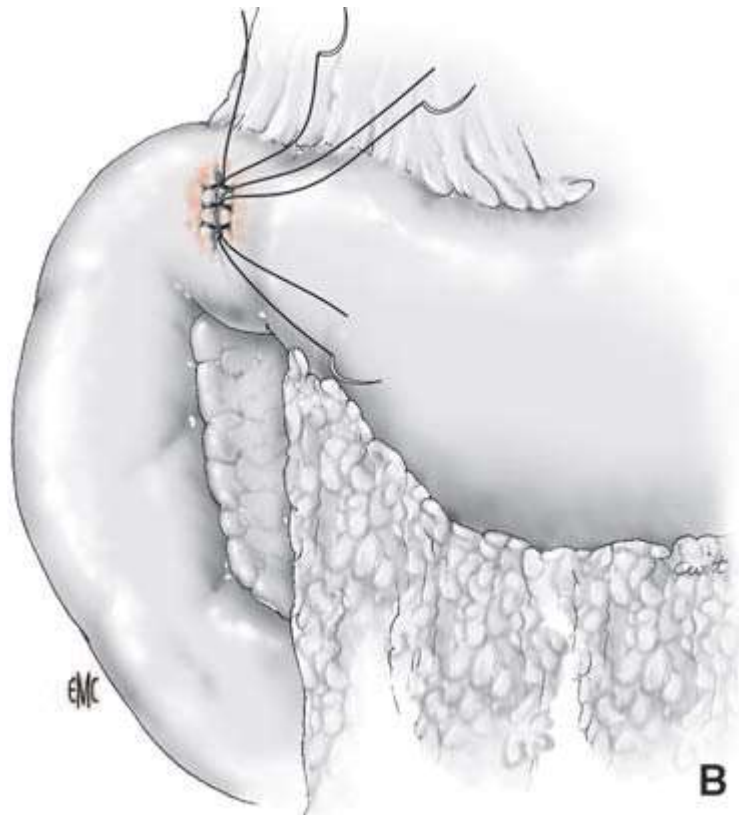
- mortalité 5 à 8%

Donc : Traitement chirurgical +++

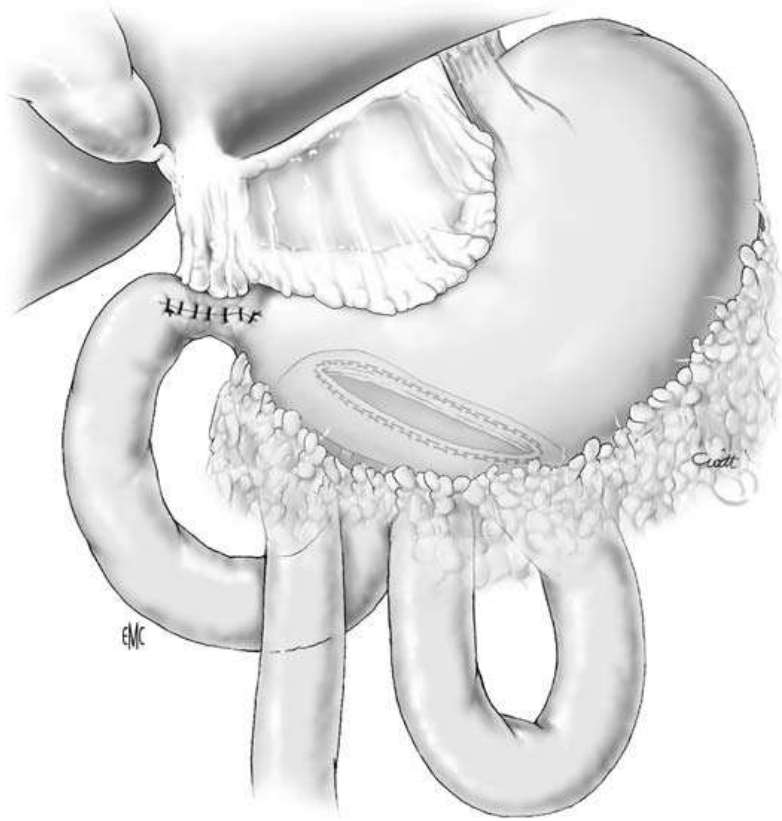


Abord Laparoscopique: méthode de référence.

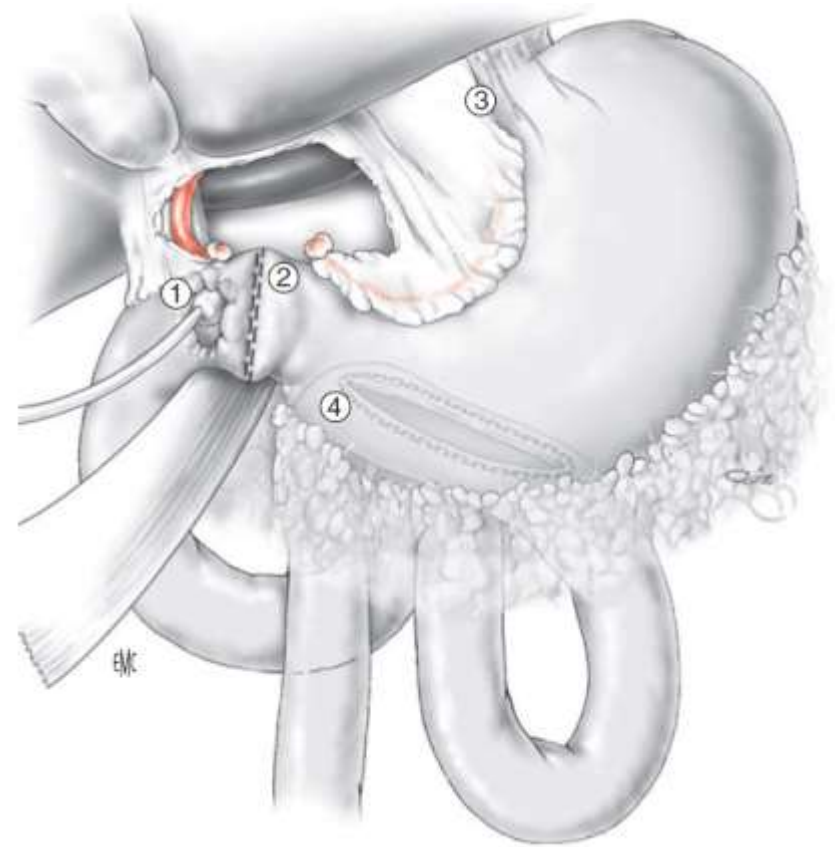
Actuellement , une suture simple de la perforation est pratiquée avec un relais par le traitement médical en postopératoire (trithérapie).



Laparotomie: en cas d'occlusion majeure, ou état de Choc
=> perforation importante avec épanchement péritonéal de grande abondance.



Suture longitudinale à l'origine d'une sténose duodénale. Le geste associe une vagotomie et une gastroentéroanastomose



La suture duodénale est irréalisable. Le geste comprend : une fistulisation dirigée du duodénum (1), une exclusion duodénale (2), une vagotomie (3), une gastroentéroanastomose (4).

B/ Hémorragie:

- 30% des hémorragies digestives hautes.
- Causes médicamenteuses ou stress ++
- Tarissement spontané 70 à 80% des cas (IPP ou arrêt de la médication responsable).

Endoscopie:

- origine du saignement
- importance du saignement
- trt endoscopique ou chirurgie

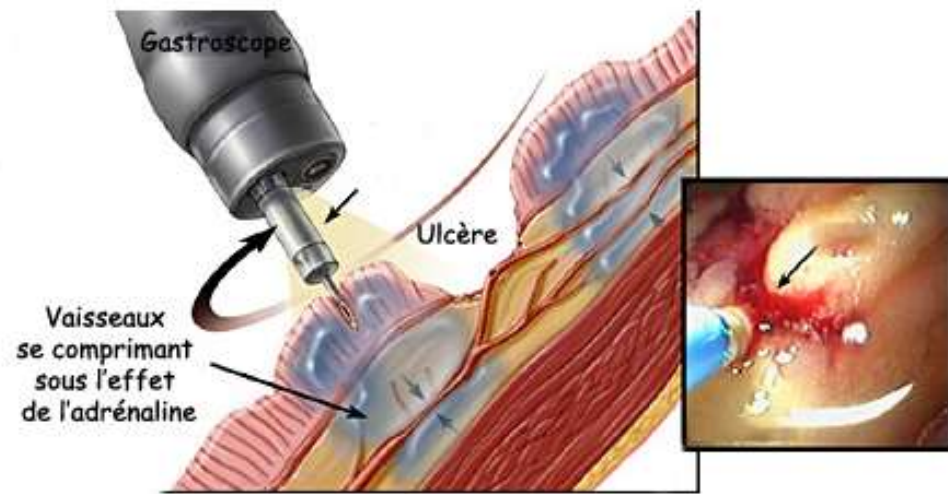
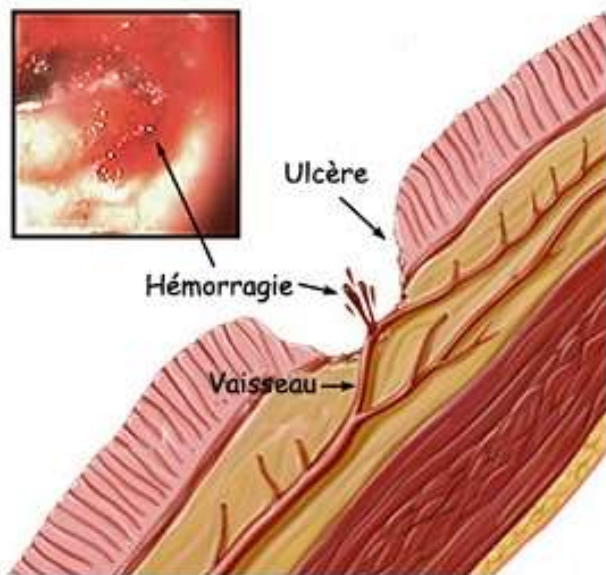
TRT endoscopique:

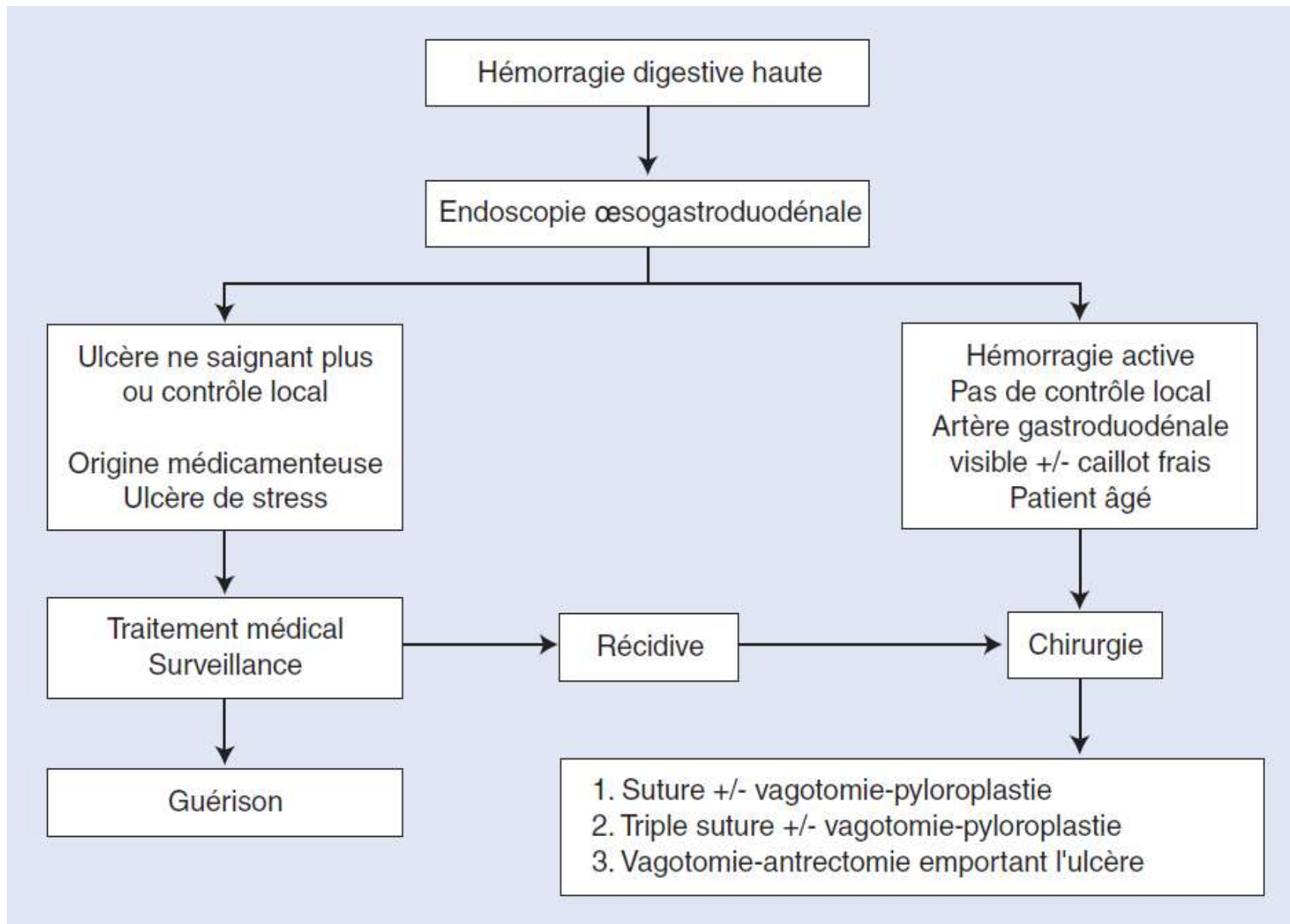
- Hémostase par application de colle
- Coagulation à l'argon, sclérose,
- Hyperthermie, ligature, clips
- Injection d'adrénaline.

Radiologie interventionnelle

Embolisation de l'artère GD si échec de l'hémostase endoscopique, chez les malades à très haut risque opératoire.

Evite le recours à la chirurgie **plus de 80% des cas**





Arbre décisionnel. Schéma synoptique de prise en charge d'une hémorragie digestive par ulcère gastroduodénal.

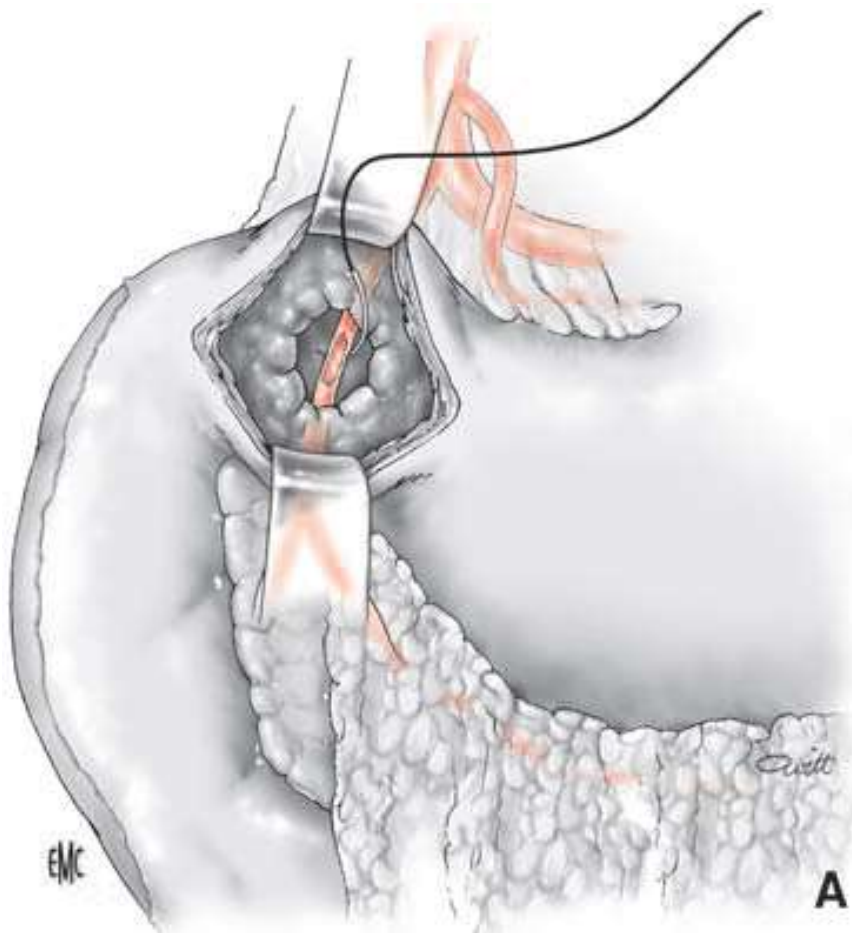
Traitement chirurgical :

- Assurer l'hémostase.
- Traiter la maladie ulcéreuse.

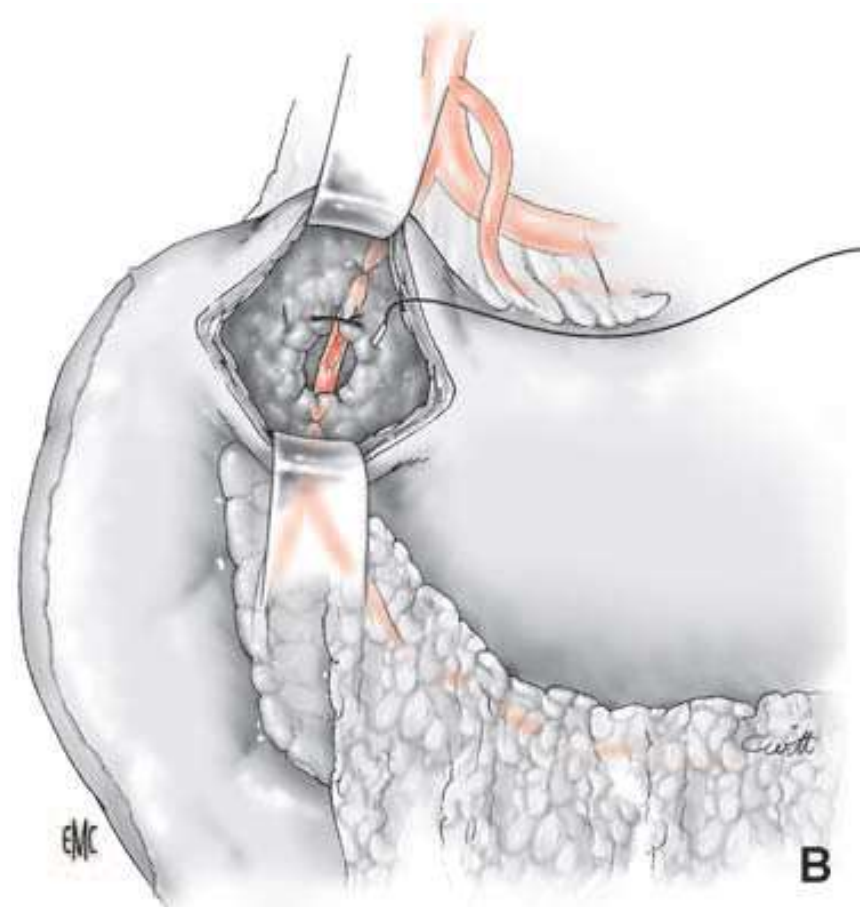


suture directe de l'artère + pyloroplastie + vagotomie

Intervention de Weinberg

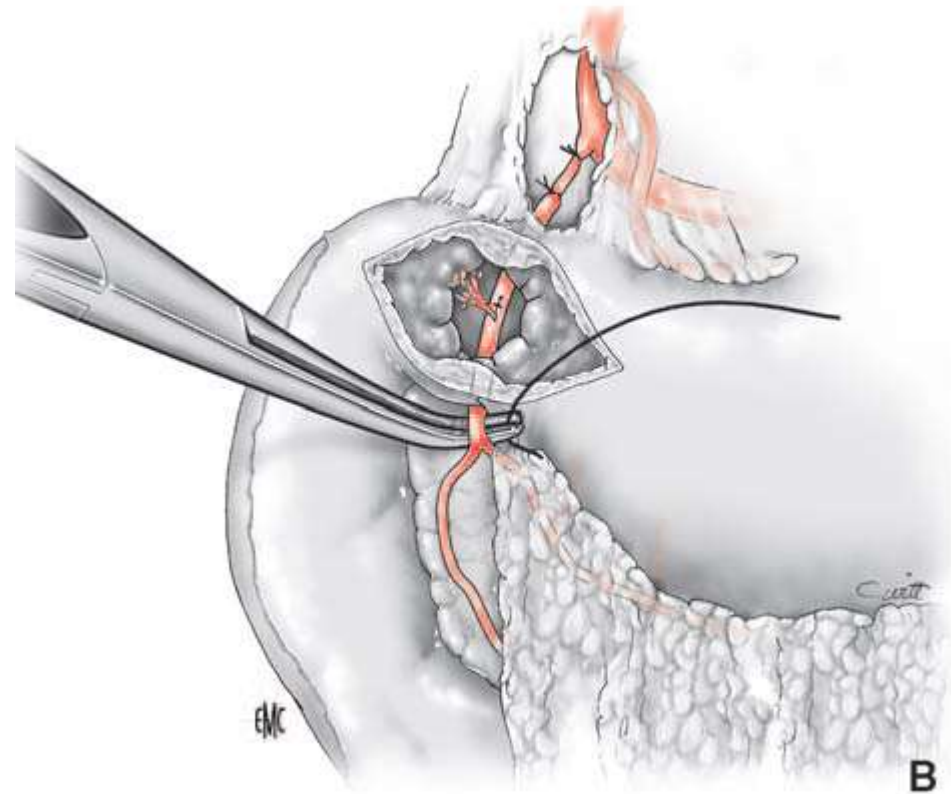
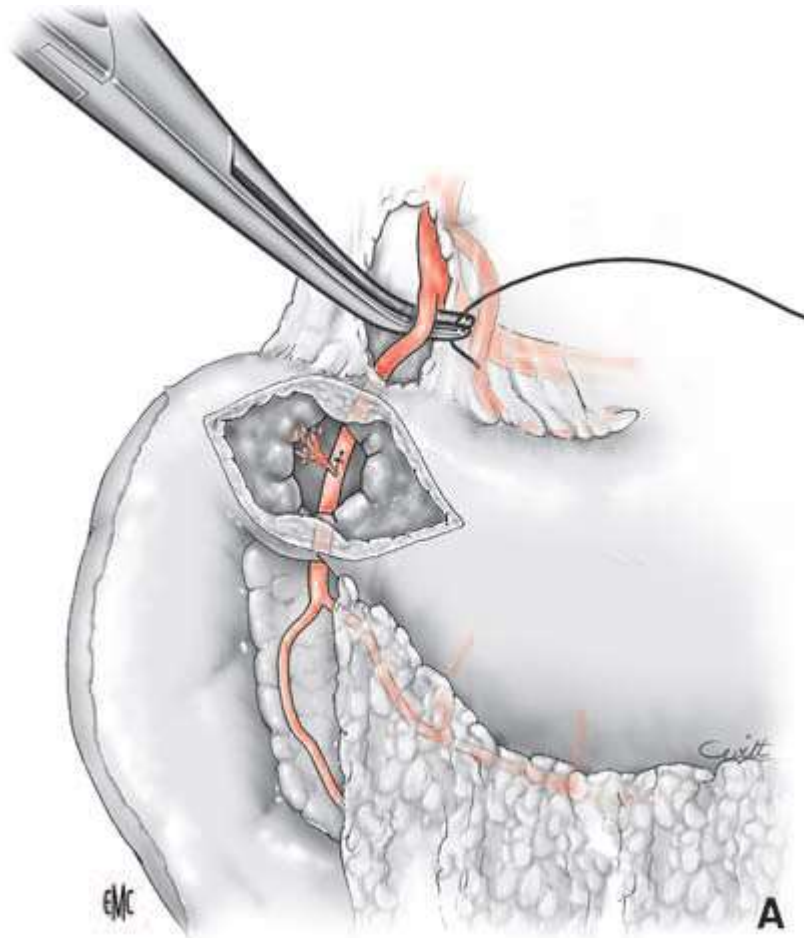


Suture directe de l'artère gastroduodénale au fond de l'ulcère.



Suture directe de l'ulcère, complétée par une suture sus-jacente et sous-jacente de l'artère par voie intraluminale du duodénum.

Parfois , hémostase directe impossible: ligature sus et sous duodénale associée:

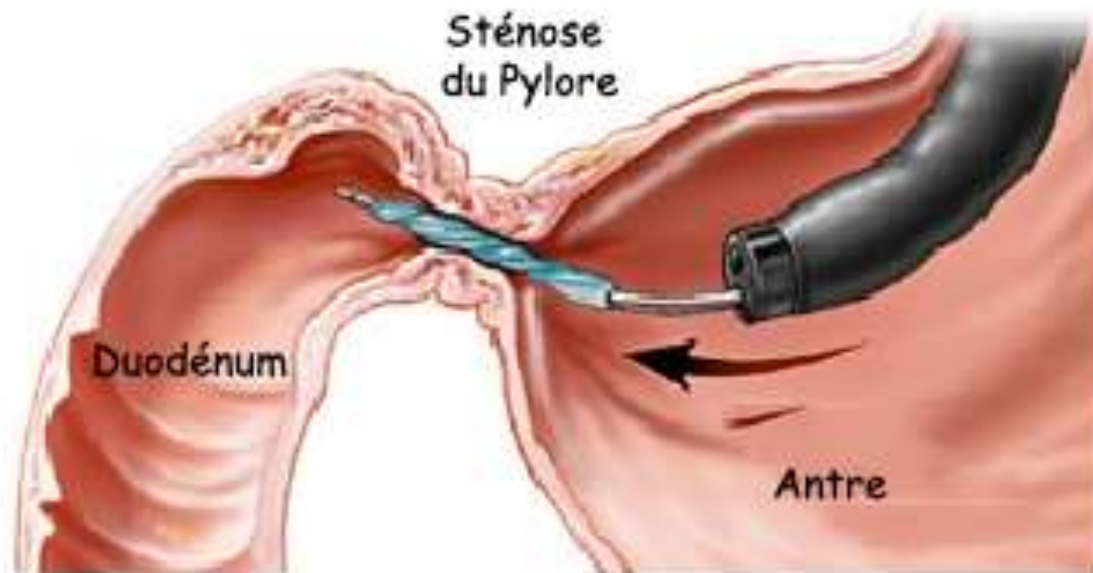


C/ Sténose :

- de plus en plus rare
- patients âgé
- catégories sociales ++
- TRT de première intention: dilatation endoscopique

-si échec:

- VT +Pyloroplastie
- VT+ Gastro- entéro -anastomose
- Antrectomie +VT



Ulcère gastrique

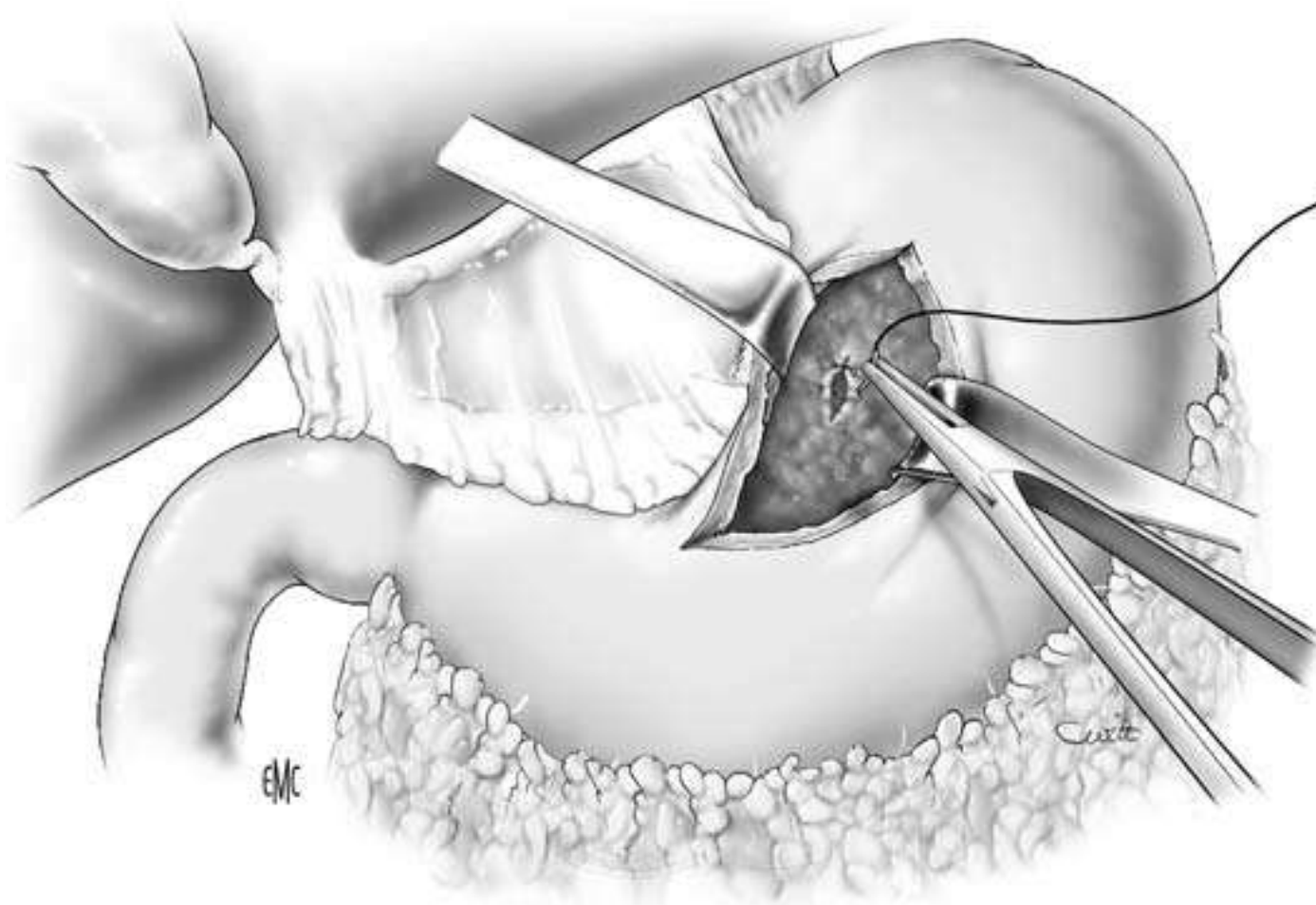
A/ Hémorragie:

- TRT endoscopique de première intention: coagulation ou injection d'adrénaline (90 % de succès).
- Si échec, hémostase chirurgicale directe.

La lésion se trouve svt sur la petite courbure(pédicule gastrique gauche) : points en X d'hémostase après gastrotomie.

La gastrectomie est rare :

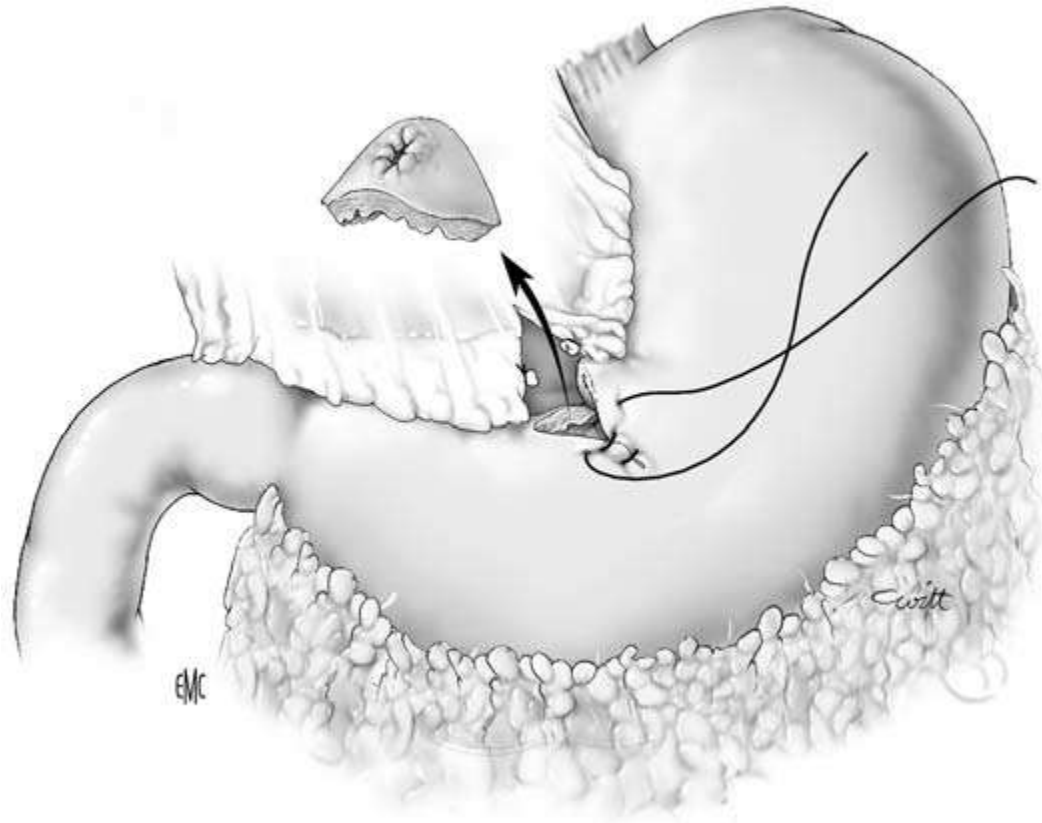
Patient sous anticoagulant
Hémorragie de stress
Hémorragie récidivante



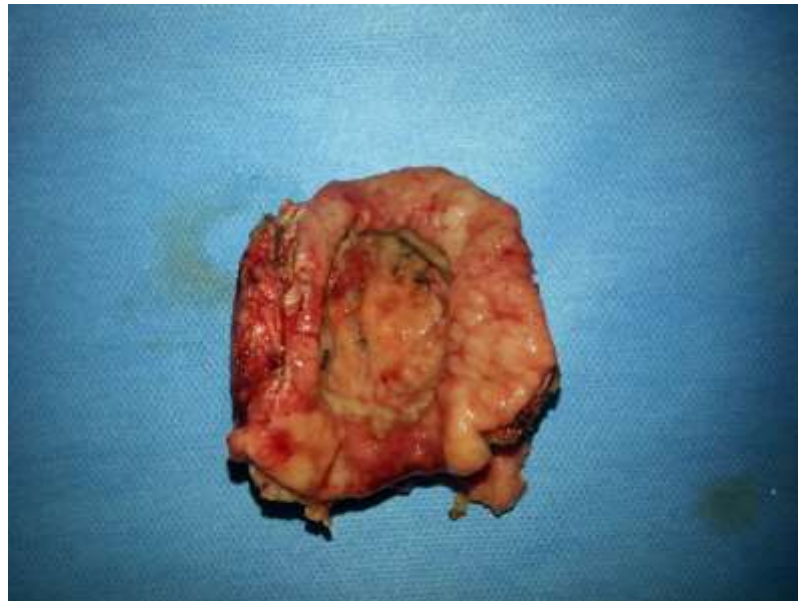
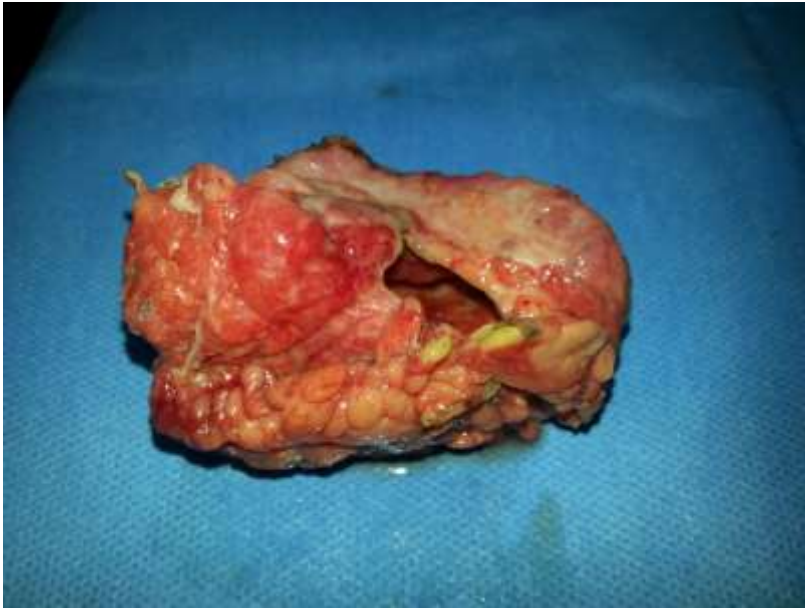
Ulcère gastrique hémorragique. Suture directe de l'hémorragie.

B/ Perforation:

- Aspect bénin => suture simple +/- épiplooplastie
- Siège sur la petite courbure: résection cunéiforme.
- Aspect malin: suture simple + biopsies multiples =>
Gastrectomie après bilan d'extension et préparation.
- Suture impossible: gastrectomie mais morbidimortalité ++



Ulcère de la petite courbure gastrique : résection
cunéiforme de la paroi gastrique et suture directe.



CONCLUSION

De maladie « chirurgicale », la maladie ulcéreuse est devenue une maladie médicale.

L'éradication d' *Helicobacter Pylori* et le traitement par IPP ont restreint énormément les indications chirurgicales.