

Université BADJI MOKHTAR ANNABA
Module de Gastro-Entérologie
Cours de 4ème année Médecine

STENOSES ULCEREUSES

Pr . SOUILAH N Dr .AMIRAT.H

drhamzaamirat@yahoo.com

Avril 2020



<https://www.facebook.com/EmergencyDepartmentCHUANNABA/>

-
- ▶ 1- introduction
 - ▶ 2- définition
 - ▶ 3- Rappel anatomique
 - ▶ 4- Physiopathologie
 - ▶ 5- Clinique
 - ▶ 6-Diagnostic positif
 - ▶ 7-Diagnostic différentiel
 - ▶ 8-Bilan de retentissement
 - ▶ 9-Traitement : But Moyens Indications
 - ▶ Conclusion
 - ▶ Bibliographie
-



1- Introduction

- ▶ L'ulcère est une perte de substance de **la paroi gastrique ou duodénale** atteignant la musculature et guérit par une **cicatrice scléreuse**
- ▶ La **sténose ulcéreuse** = complications chroniques de la pathologie ulcéreuse
- ▶ *conséquence de la cicatrisation de poussées ulcéreuses localisées au niveau du pylore ou du bulbe provoquant une gêne de l'évacuation gastrique due à une diminution du calibre de la lumière antrale pylorique ou bulbaire .*
- ▶ la **FOGD** + **antiulcéreux** → réduit la fréquence de cette complication
- ▶ Complication devenue rare avec une fréquence de **1 à 3 / 100 000** ceci grâce à l'instauration systématique et à l'efficacité du traitement médical



2- Définition

- ▶ La sténose pyloro-duodénale **d'origine ulcéreuse** est :
la **diminution permanente du calibre de la lumière**
pylorique ou duodénale responsable une gêne à
l'évacuation gastrique,
- ▶ relative à l'évolution de la maladie ulcéreuse
- ▶ complique les ulcères **bulbaires** et **pré-pyloriques**
avec une composante **fibreuse** et une composante
inflammatoire



3- Rappel anatomique

- ▶ L'estomac est constitué de plusieurs régions :

1- le cardia: jonction entre l'oesophage et l'estomac

2- le fundus ou grosse tubérosité:
partie en forme de dôme faisant saillie au dessus et à coté du cardia

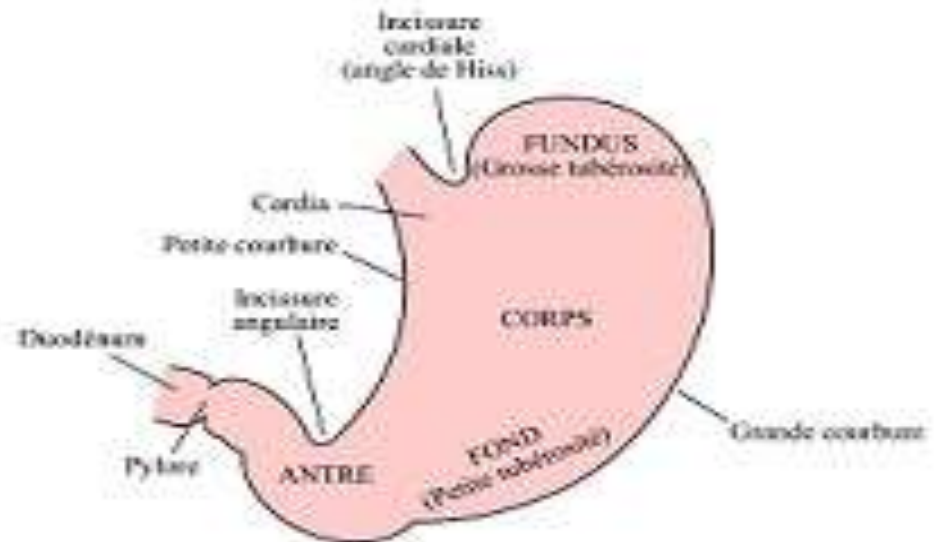
3- le corps: portion médiane de l'estomac

4- l'antre: portion terminale de l'estomac, terminée par le **pylore** → régite l'évacuation gastrique via un muscle : sphincter pylorique



LE PYLORE

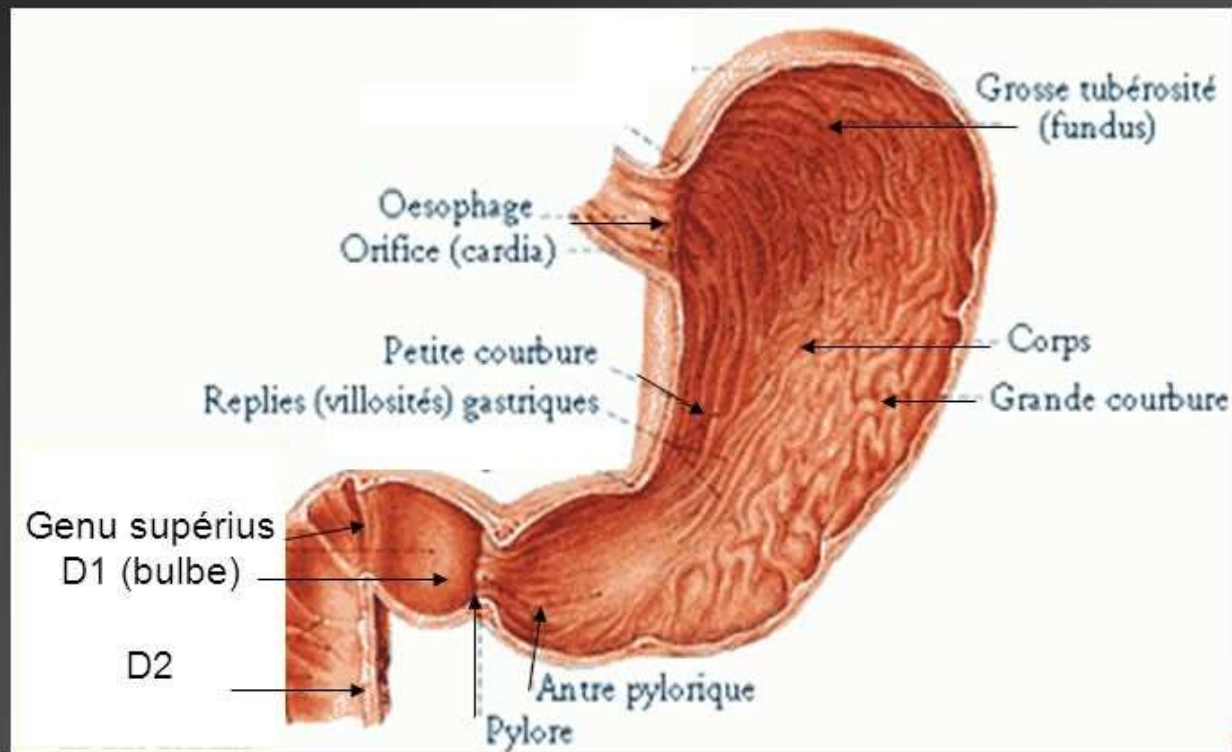
- ▶ pylore (du **latin** *pylorus*, provenant du **grec** *pulôros*) signifiant **portier**
- ▶ **la dernière partie de l'estomac**, faisant le lien avec le duodenum.



II. L'estomac

Contenance 1-1.5l.

Situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale
entre diaphragme/côlon transverse (D11-L2).



4- Physiopathologie

- ▶ La **sténose** est secondaire soit :
 - à des **troubles pylorique fonctionnels** provoqués par un spasme ou un œdème $\leftrightarrow$ elle est alors **réversible**
 - à une **fibrose rétractile** fixée **cicatricielle** $\leftrightarrow$ elle est **irréversible**

Les conséquences sont d'ordre locale et général :

vomissements

Distension importante de l'estomac

Déshydratation , dénutrition

troubles ioniques et alcalose



5- Clinique

- ▶ Classiquement l'évolution se fait en **deux temps** :
- **Au début : phase de lutte** où il existe un hyper péristaltisme antral avec retard à l'évacuation pylorique responsable de **VMS post prandiaux** (calmant les douleurs)
- **En suite** : installation d'une **phase d'atonie** avec **distension gastrique** responsable de 1) **VMS tardifs** alimentaire, non biliaires parfois des aliments consommés il y a plusieurs jours, 2) **amaigrissement**, 3) **déshydratation** 4) **ondulations péristaltiques** (mouvement de l'estomac butant sur l'obstacle pylorique), 5) **douleurs épigastriques**, 6) **pâleur**
 - à l'examen, on observe une **voussure abdominale** et un **clapotage à jeun** (Bruit produit dans l'estomac ou l'intestin dilaté par des liquides et des gaz quand on imprime, de petites secousses sur la paroi abdominale), **ondulations péristaltiques gastriques** visibles parfois



6-Diagnostic positif

- ▶ Évoqué devant ce **tableau clinique** , il sera confirmé par :
 - **F.O.G.D** : visualise la **lésion** et pratique des Bx multiples pour s'assurer de l'absence de kc associé
 - **T.O.G.D** : - utile avant le trt chirurgical pour apprécier sa longueur
 - utile lorsque la sténose n'est pas franchissable par l'endoscope



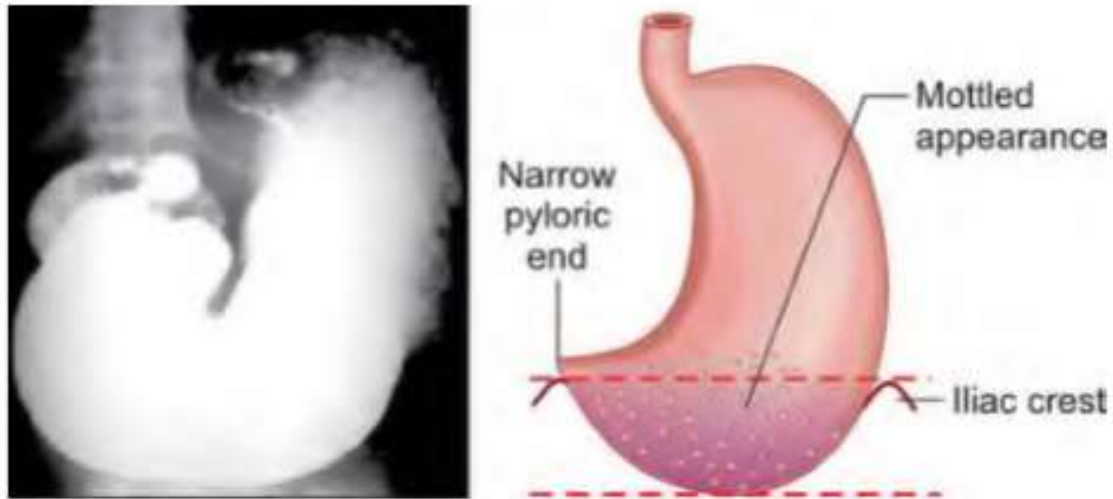
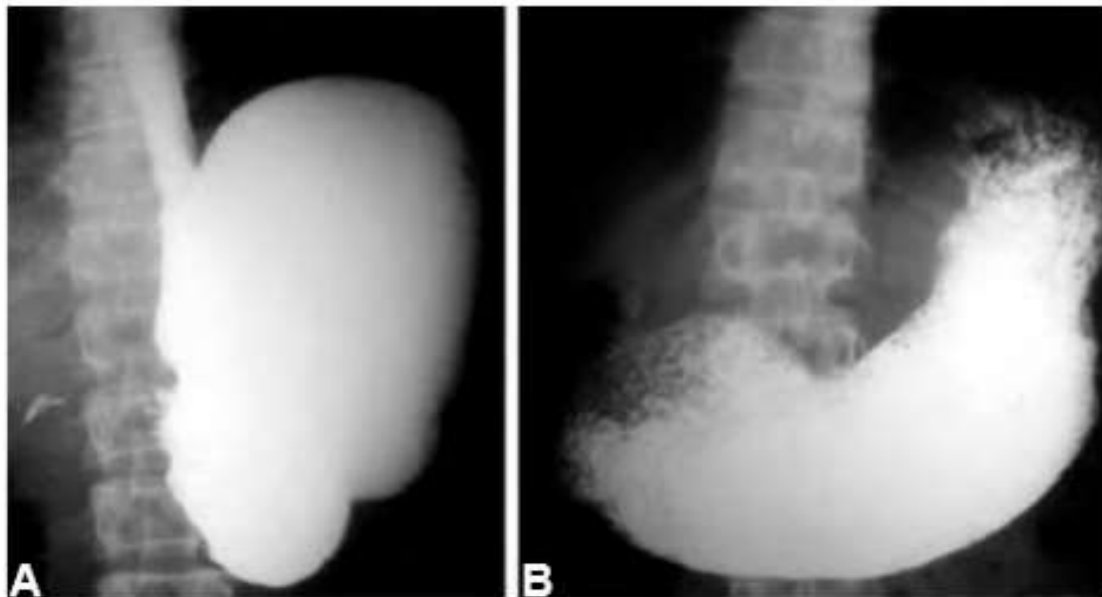


Fig. 20.25: Pyloric stenosis with gastric dilatation.



Figs 20.26A and B: Barium meal pictures showing gastric outlet obstruction.

7-Diagnostic différentiel

- ▶ **Cliniquement** : compression extrinsèque+++ d'origine pancréatique (PKP, kc, ...)
- ▶ **Endoscopiquement** : kc antral juxta-pylorique → d'où l'intérêt de faire des Bx devant toute sténose



8-Bilan de retentissement

- ▶ Biologie : le bilan biologique demandé pour évaluer le retentissement de la sténose ulcéreuse sur le malade
- ▶ en rapport avec les vomissements



- hypokaliémie
- hypochlorémie
- alcalose métabolique

FNS $\Rightarrow$ chercher une anémie

albuminémie $\Rightarrow$ chercher une dénutrition



9-Traitement

► But :

- correction des troubles hydroélectrolytique
- lever l'obstacle
- rétablir un circuit digestif normal
- prévenir les complications et les récidives



► Moyen :

- Traitement médical
- Traitement instrumental
- Traitement chirurgical



A- Traitement médical

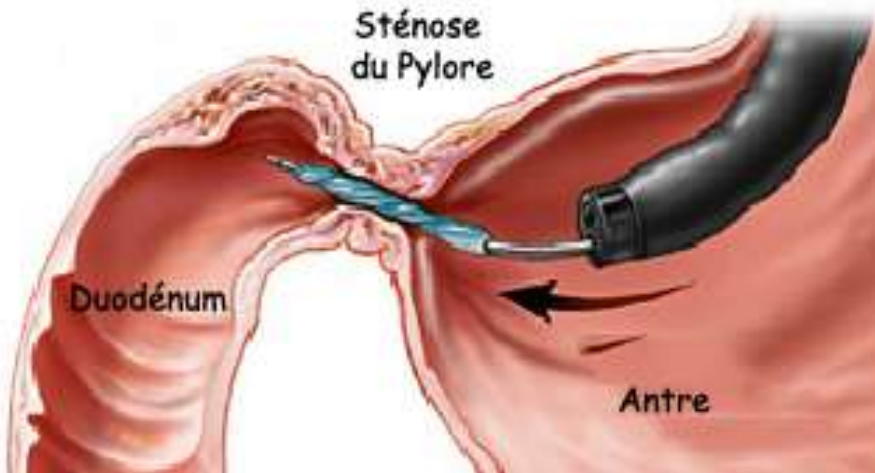
- Réhydratation
- Rééquilibration électrolytique
- Anti sécrétoire : IPP
- Corriger la dénutrition
- Sonde nasogastrique en aspiration intermittente, avec lavage répété
- Alimentation parentérale parfois

- la mise en œuvre d'une réanimation préopératoire est importante et doit corriger **la déshydratation**, les **troubles ioniques**, et **la dénutrition** qui accompagnent toujours cette pathologie [1]



B- Traitement instrumental

► Dilatation endoscopique par ballonnet



C- Traitement chirurgical

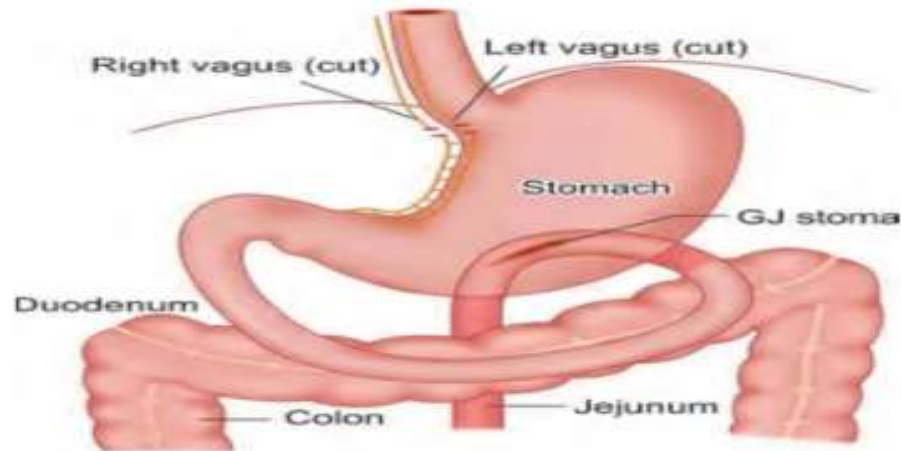
- ▶ plusieurs types d'interventions :
 - Vagotomie + Antréctomie
 - Vagotomie + Gastroenteroanastomose GEA
 - Vagotomie + pyloroplastie
- ▶ Pour assurer la vidange gastrique : pyloroplastie et GEA
- ▶ pyloroplastie : geste visant à assurer la vidange gastrique notamment après vagotomie,



Gastro – entro anastomose ou gastrojejunostomy

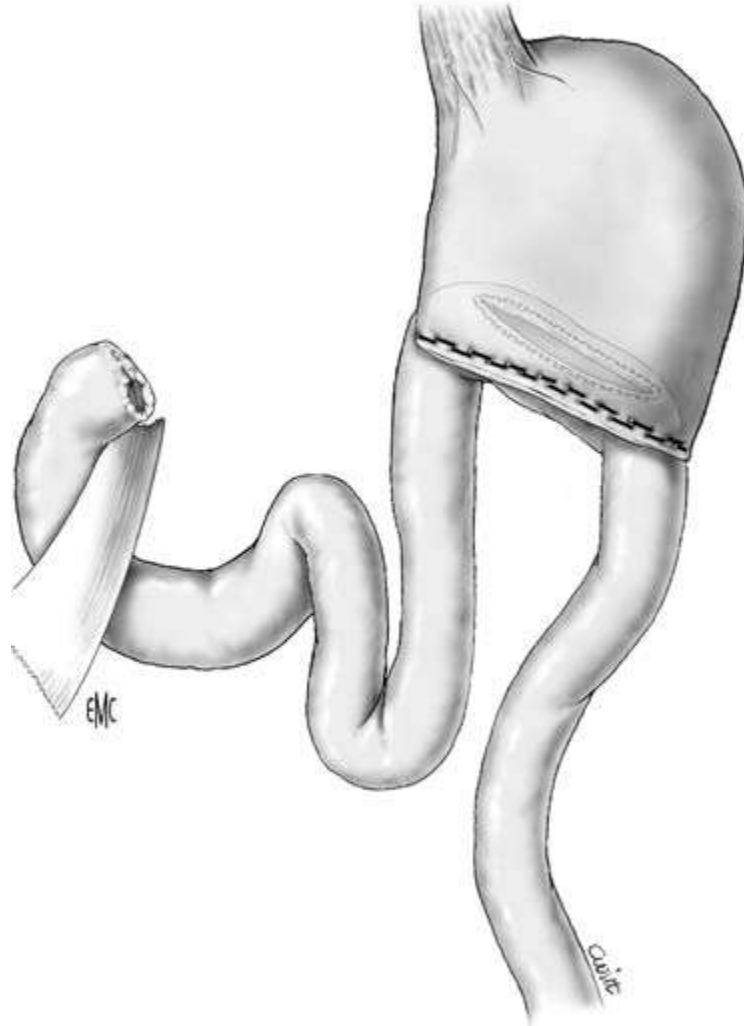


Fig. 20.27: Gastric outlet obstruction showing dilated stomach on table.

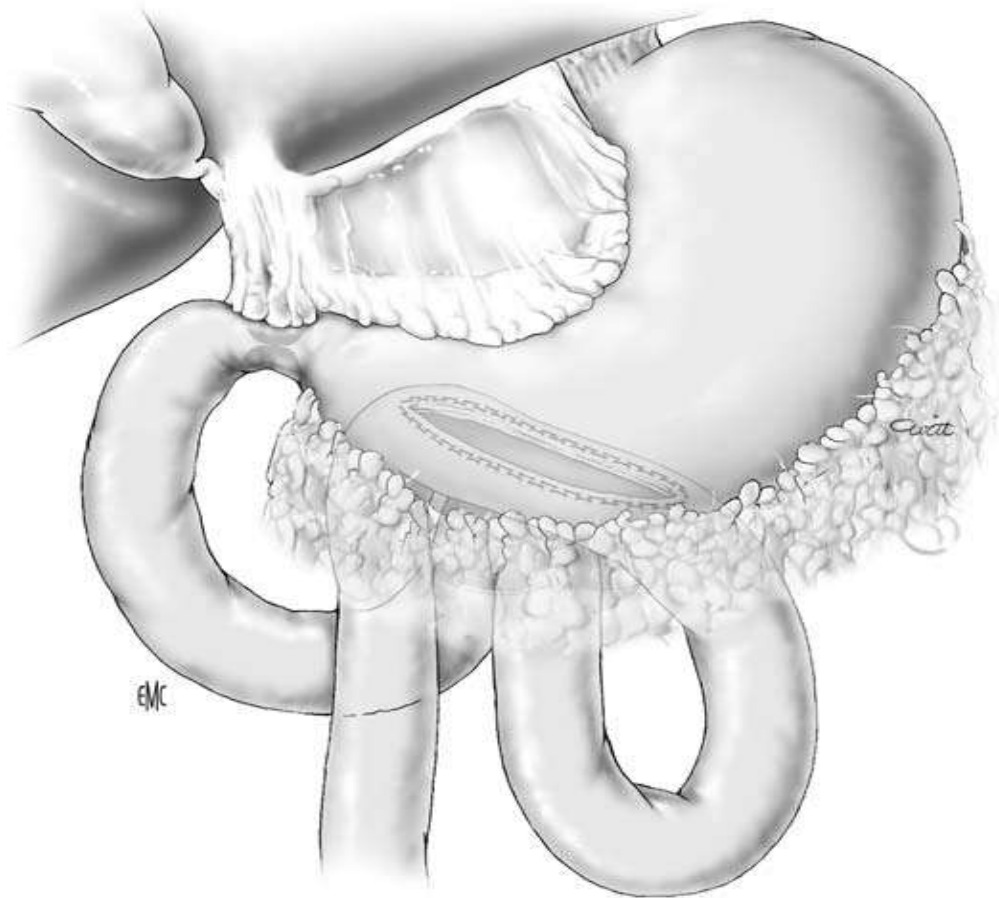


20.28: Truncal vagotomy and gastrojejunostomy. It is posterior, vertical, short loop, retrocolic, isoperistaltic GJ of Mayo.

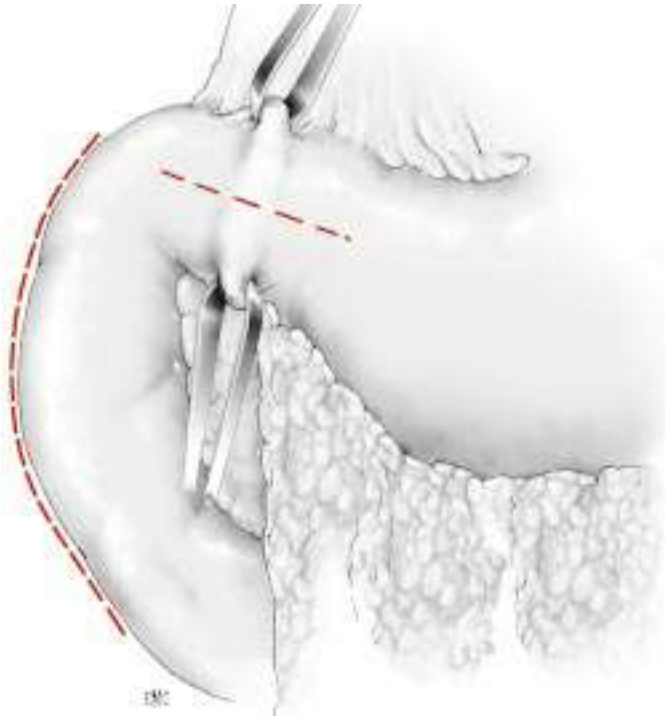
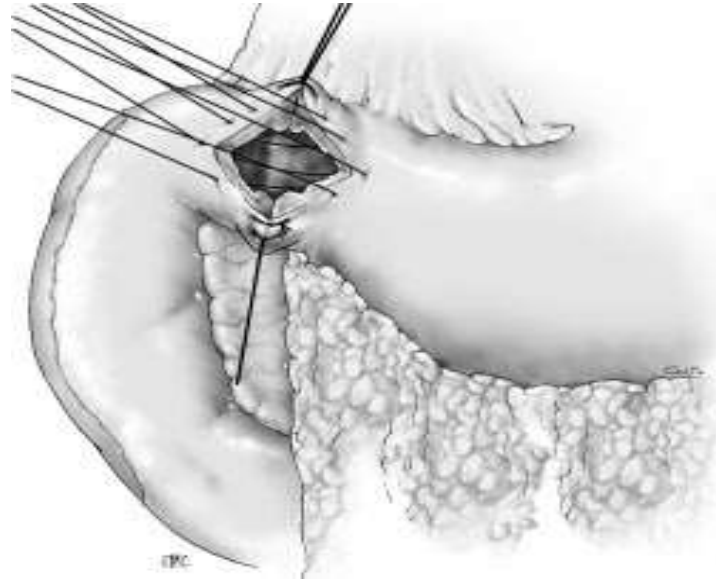
Antrectomie+ anastomose gastro-jéjunale



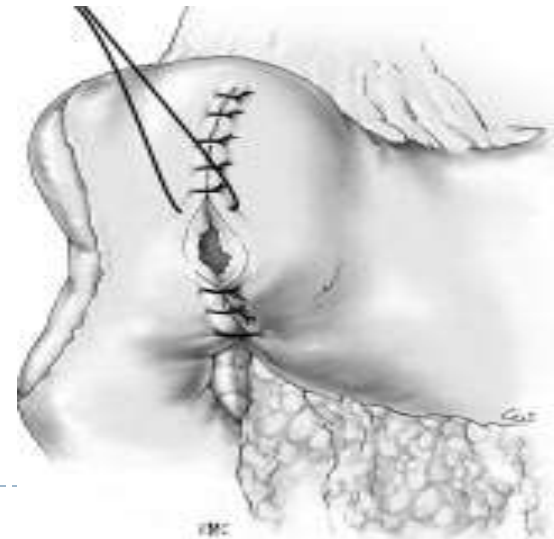
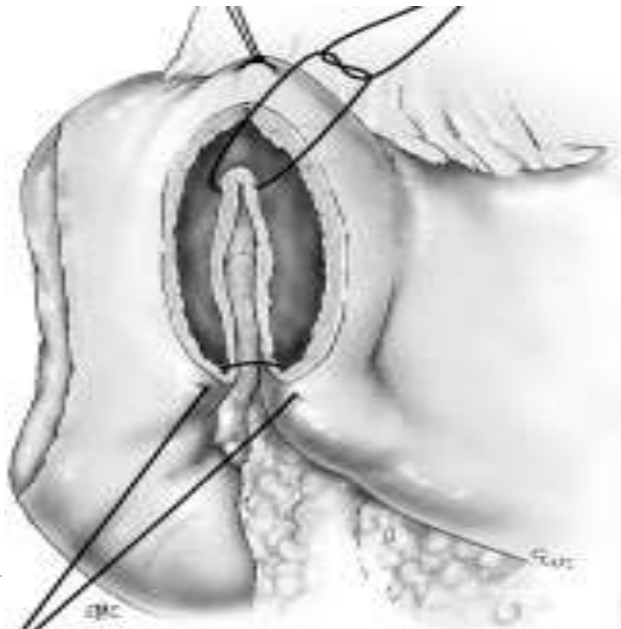
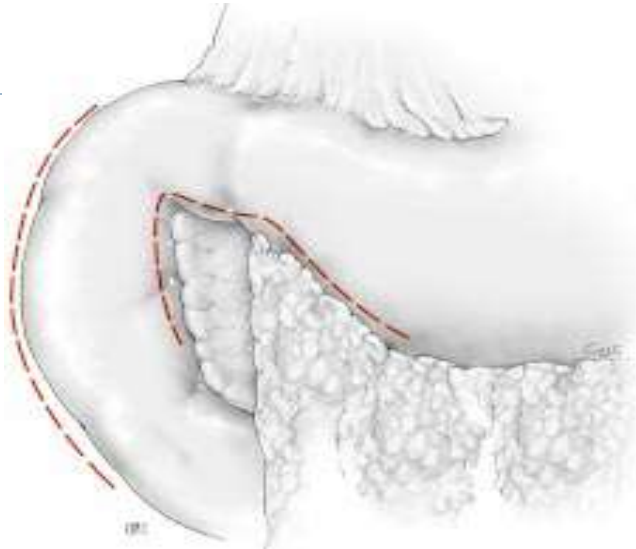
GEA ou gastro-entero anastomose



Pyloroplastie selon Heineke-Mikulicz



Pyloroplastie en « fer à cheval » selon Finney



-
- De la qualité donnée à la **préparation de l'acte chirurgical** dépend sa réussite
 - La voie d'abord **laparoscopique** a toute sa place dans cette pathologie en plus de la voie classique
 - Avant l'intervention est réalisée une **vidange gastrique** par une SNG maintenue au moins trois jours



Les PYLOROPLASTIES

- ▶ 1) selon Heineke-Mikulicz : incision anto-pyloro-duodénale-horizontale et une suture verticale par points séparés
- ▶ 2) pyloroplastie fer à cheval selon Finney par incision arciforme centrée sur le pylore



➤ Indications

- Traitement médical :
 - ▶ Dans tous les cas une thérapie anti ulcéreuse doit être instauré et constitue le trt de 1^{ère} intention devant cette complication
 - ▶ permet de réduire la part inflammatoire de la sténose



- Traitement instrumental :

- ▶ Devant la non amélioration après un Trt médical bien conduit le trt endoscopique peut être proposé

- Traitement chirurgical:

- ▶ Seul l'échec de dilatations répétées à deux ou trois reprises justifie un trt chirurgical [1]
 - ▶ Dans le contexte d'une pathologie évoluant de longue date, il faut réaliser le traitement radical de la maladie ulcéreuse soit :
 - ▶ **antrectomie** (qui réduit le réservoir gastrique) avec une vagotomie complétée d'une **gastrojéjunostomie** type Polya (Finsterer)
 - ▶ et une gastroentéroanastomose avec ou sans vagotomie
 - ▶ Une pyloroplastie n'est habituellement pas réalisable sur un pylore remanié et fibreux.
-



Conclusion

- ▶ Autrefois la **sténose pyloro-duodénale** constituée une pathologie chirurgicale fréquente, devenue rare de nos jours ceci est s'explique par **la compréhension de la physiopathologie de la maladie ulcéreuse et de l'éradication de l'*Helicobacter pylori*** mais aussi du développement des dilatations endoscopiques, néanmoins la chirurgicale reste toujours de mise du fait de cas de résistances aux thérapeutiques non opératoires



BIBLIOGRAPHIE

- ▶ **Traitement chirurgical des complications des ulcères gastroduodénaux** D. Mutter, J. Marescaux EMC TECHNIQUES CHIRURGICALES
- ▶ **FISCHER'S MASTERY OF SURGERY SEVENTH EDITION**

