

Perforation de l'ulcère gastroduodénal

Pr. Souilah.N Dr. Essalhi.M.S
Service des urgences chirurgicales
CHU IBN ROCHD
seddikessalhi@hotmail.fr

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

PLAN

- INTRODUCTION
- DEFINITION
- INTERET DE LA QUESTION
- EPIDEMIOLOGIE
- ETIOPATHOGENIE
- ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- DIAGNOSTIC POSITIF
- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- FORMES CLINIQUES
- TRAITEMENT DE LA PERFORATION
- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Traitement medical de la MUGD

- *Helicobacter Pylori*.
- médicaments anti acid (bloqueurs des récepteurs H2, IPP)

Chirurgie : complications (**perforation**, hémorragie et sténose).

DEFINITION :

la perte de substance **totale** de la paroi gastrique ou duodénale d'origine ulcéreuse par laquelle il y' a issu de liquide et d' air dans la cavité péritonéale.

INTERET DE LA QUESTION

- urgence médico-chirurgicale grave.
- Diagnostic souvent facile : **clinique** et **ASP**.
- Traitement essentiellement chirurgicale.
- Pronostic favorable si diagnostic précoce et un traitement d'urgence rapidement instauré.
- Mortalité : **6-30%** surtout si état de choc , haut risque anesthésique et retard de prise en charge.
- apport de la coeliochirurgie.

EPIDEMIOLOGIE:

- **4-5%** des malades porteurs d'un ulcère perforant.
- 2^{ème} complication de la MUGD et la 1^{ère} complication chirurgicale.
- Incidence en diminution.
- Age : variable en moyenne supérieur à 60 ans
- Sexe : prédominance masculine.
- 6- 30% de mortalité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MACROSCOPIE:

- **SIEGE :**

duodénale, antérieure 50%.

pylore région pré-pylorique 35%.

estomac 15%.

- **TAILLE :** 3-6 mm Souvent , mais on peut avoir des ulcères géants supérieur a 20 mm

- **NOMBRE :** unique 80%.

- **ASPECT:**

ulcère jeune: berges souples

ulcère chronique: épaisses, indurée

MICROSCOPIE : perte de substance totale, œdème de la muqueuse et de la sous-muqueuse, infiltration leucocytaire de tous les plans et thrombose vasculaire.

ANATOMOPATHOLOGIE

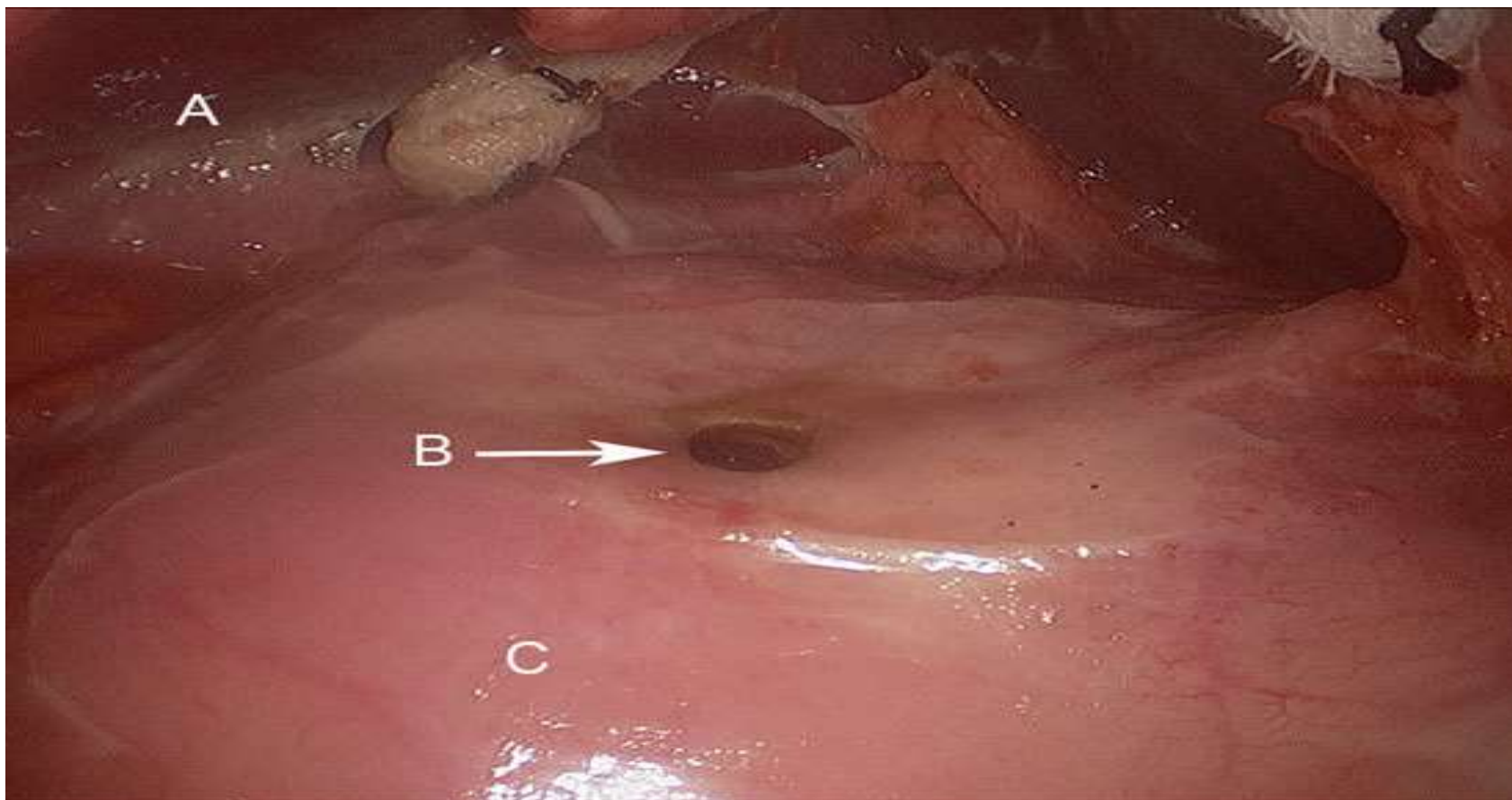


Fig 1 : perforation d'ulcère, aspect macroscopique

PHYSIOPATHOLOGIE ET EVOLUTION DE LA MALADIE:

Souillure péritonéale **chimique stérile** au début :

- ✓ en péritoine libre.
- ✓ en péritoine cloisonné.

PHYSIOPATHOLOGIE ET EVOLUTION DE LA MALADIE:

- **ulcère perforé bouché:** l'orifice tend spontanément à être obstrué par des fausses membranes et par les organes de voisinage puis résorption des gaz et des liquides digestifs par le péritoine.
- **Dans les cas contraires après 6 heures:**
 - surinfection du liquide.
 - péritonite purulente.
 - Choc hypovoliémique et septique .
 - défaillance multi viscérale.
 - Décès.

DIAGNOSTIC POSITIF

CLINIQUE :

**TDD : Perforation d'ulcère en péritoine libre
vue tôt chez un adulte jeune .**

DIAGNOSTIC POSITIF

- **SIGNES FONCTIONNELS :**

- Une **douleur** :

- Épigastrique, en coup de poignard brutale, soudaine, atroce, pliant le malade en deux .
 - intensité extrême; continue, angoissante survenant en pleine santé apparente, le sujet peut préciser l'heure du début.
 - Elle irradie à l'hypochondre droit , au scapula droit et à la fosse iliaque droite puis tend à diffuser rapidement à tout l'abdomen, déclenchée par le jeûne parfois

- Nausées et vomissements** parfois

DIAGNOSTIC POSITIF

- **SIGNES GENERAUX :**

Cette douleur peut simuler un état de choc transitoire ;
pâleur, polypnée, tachycardie sueurs, angoisse ,agitation
mais, la **TA presque normale** et **l'Etat général est souvent conservé**

Absence initiale de fièvre ou parfois un simple fébricule.

DIAGNOSTIC POSITIF

- **SIGNES PHYSIQUES :**

- **Inspection** : abdomen plat, rétracté, immobile ; ne respire plus, les muscles grands droits vont saillir sous la peau chez le patient maigre.
- **Palpation** : une **contracture** pariétale, tonique, rigide, permanente, invincible et douloureuse: le « ventre de bois ».
- **La percussion** : malade demi-assis ; peut retrouver le pneumopéritoine, devant l'existence d'une zone sonore qui remplace la matité pré-hépatique et une matité des flancs.
- **Le TR** : cri de Douglas.

DIAGNOSTIC POSITIF

ANTÉCÉDENTS:

Il faut rechercher:

- ulcère connu et traité
- symptomatologie typique de la MUGD.
- Un passé de troubles dyspeptiques banaux.
- notion de prise récente de certains médicaments AINS et CTC.
- Parfois il n'y a aucune notion, c'est la perforation qui révèle l'ulcère.

DIAGNOSTIC POSITIF

PARACLINIQUE :

- **ASP**

- Un cliché de face debout prenant les coupes.
- Un cliché de profil en décubitus : si le malade est alité.

- **Pneumopéritoine:**

- Un croissant clair gazeux interhépatodiaphragmatique uni ou bilatéral sur un cliché debout,
- Une bulle d'air se projetant sous la paroi abdominale au niveau de l'ombilic sur un cliché couché de profil.
- **Absent dans plus de 25% des cas.**

DIAGNOSTIC POSITIF

PARACLINIQUE

- **LA TDM A/P:**

- pneumopéritoine : sensibilité plus élevée que l'ASP.
- épanchement péritonéal
- extériorisation de la gastrographine en cas d'ingestion associée

- **Echographie abdomino-pelvienne :**

S'il existe un doute diagnostique: épanchement intra-péritonéal

- **TOGD** aux hydrosolubles :

suspicion de perforation sans pneumopéritoine radiologique ou scannographique.

FOGD contre indiquée en cas de suspicion de perforation.

DIAGNOSTIC POSITIF

Examen biologique:

- Comporte les examens de routine, répercution et opérabilité.
- En cas de doute diagnostic, un taux de **lipasemie** doit être demandée.
- FNS (augmentation du taux de globules blancs parfois) bilan hépatique, et rénale, bilan d hémostasie, glycémie, groupage sanguin .
- Dans certains centre on peut pratiquer des testes a la recherche d' Helicobacter pylori

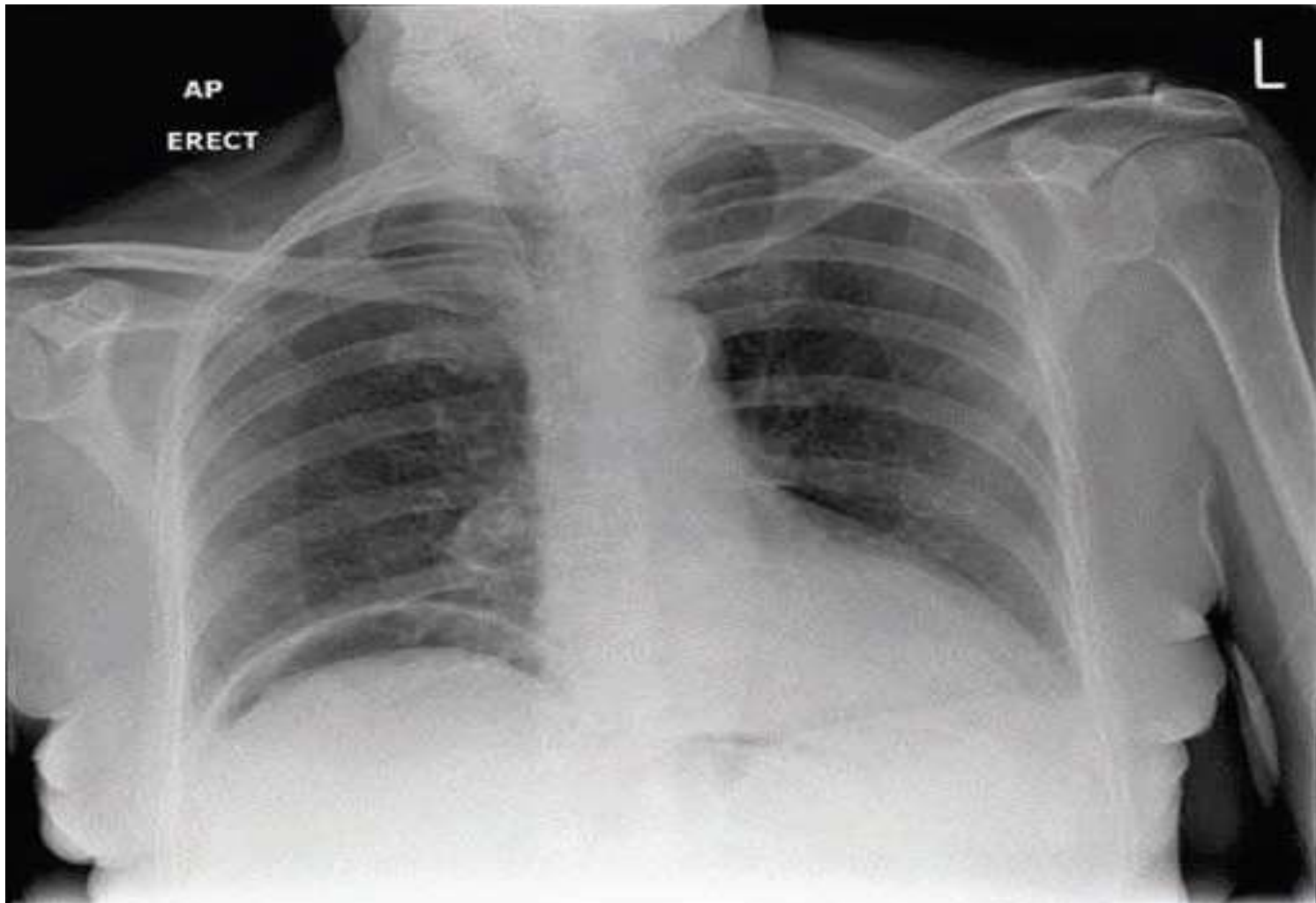


Fig 2: ASP :Pneumopéritoine



Fig 3: ASP pneumopéritoine
bilatérale

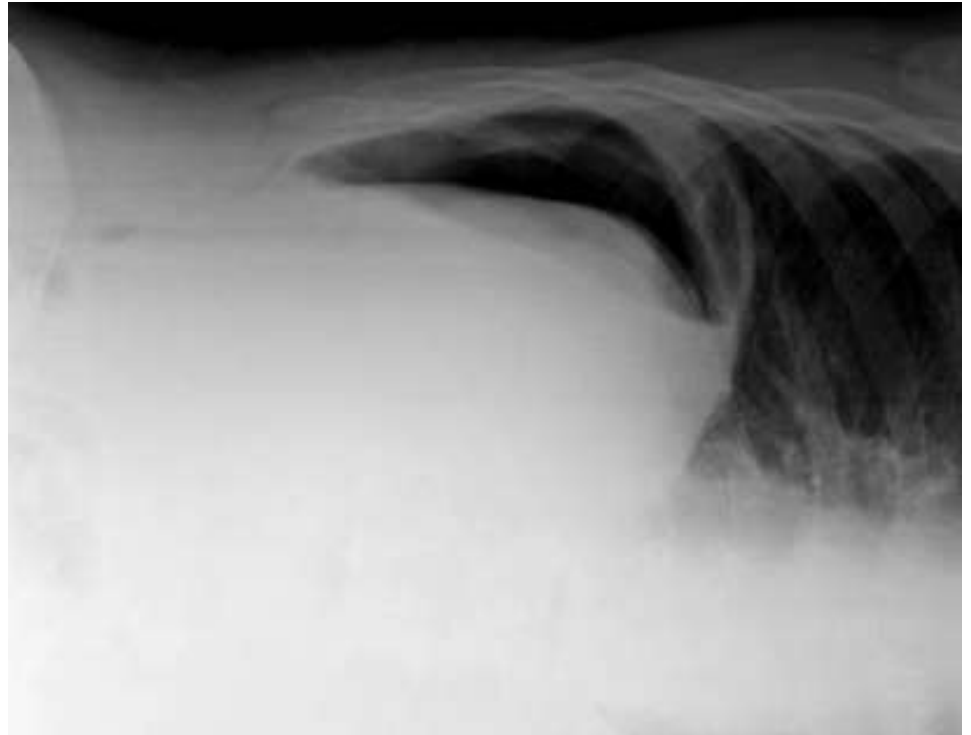


Fig 4 : ASP en décubitus latérale
pneumopéritoine



Fig 5: TDM A/P sans ingestion de gastrographine
pneumoperitoine

FORMES CLINIQUES

1. Formes symptomatiques :

-Formes frustres : le diagnostic est porté grâce à la présence d'un pneumopéritoine à la radiographie.

-Formes trompeuses

➤ Formes pseudocholécystique.

➤ Forme pseudothoracique: Elle correspond à la perforation d'un ulcère juxta cardinal;

➤ Formes pseudoappendiculaires.

➤ Formes occlusives.

-Formes évoluées : Elles constituent la péritonite septique diffuse avec un état général effondré, une fièvre élevée et des signes physiques d'occlusion où le pneumopéritoine est associé à des images hydroaériques diffuses.

-les formes en 2 temps

FORMES CLINIQUES

2. Formes étiologiques:

- **Perforation d'ulcère au cours des traitements** par les corticoïdes et AINS.

- **Perforation d'un ulcère peptique:** Il faut toujours y penser devant une douleur abdominale brutale survenant chez un sujet opéré de l'estomac, il peut s'agir:

- D'un ulcère perforé bouché dans un organe de voisinage; en particulier dans le mésocôlon transverse.
- D'une perforation en péritoine libre et la symptomatologie dépend de la localisation sus ou sous-mésocolique de l'anastomose.

- **Perforation du syndrome de ZOLLINGER-ELLISON** : Elle doit être soupçonnée devant toute perforation récidivante ou survenant après traitement chirurgical d'un ulcère.

FORMES CLINIQUES

3. Formes associées :

- A une hémorragie.
- A une sténose.

4. Formes anatomiques:

- Ulcère perforé bouché .
- Perforation en péritoine cloisonné.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer les affections médicales :

- Pneumopathie de la base droite.
- Infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale.
- Crise aiguë hyper algique chez les ulcéreux connus.
- Colique hépatique et colique nephretique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer les affections chirurgicales :

En absence de pneumopéritoine :

- Les péritonites appendiculaires, biliaires ou génitale
- Infarctus entéro-mésentérique.
- Une occlusion aiguë du grêle, etc. (Volvulus).
- La PANH
- GEU rompue et anévrisme de l'aorte abdominale rompu

En présence de pneumopéritoine:

- Perforations colique sur sigmoïdite ou sur cancer
- Perforation du grêle
- Perforation de diverticule de Meckel.
- Perforation d'un cancer gastrique.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

But de traitement :

- Traiter la complication septique.
- Traiter la perforation .
- Traiter la maladie ulcéreuse en urgence ou de manière différée.

TRAITEMENT

2.Traitement médical:

➤ Gestes essentiels de réanimation initiale :

- Diète absolue.
- Sonde d'aspiration naso-gastrique.
- Abord veineux solide.
- Sonde urinaire.
- Estimation des pertes hydriques avec compensation de celles-ci.
- Etablissement d'une feuille de surveillance (constantes hémodynamiques) et d'une feuille de traitement (apports hydriques de base, antalgiques, antibiotiques, anti-H2).

➤ Antibiothérapie .

➤ Médicaments antiacides

➤ Antalgiques

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

3. Traitement non opératoire

Méthode de TAYLOR :

favoriser **l'obturation spontanée** de la perforation par un viscère ou le grand épiploon,

- *une observation en milieu chirurgical car si elle n'entraîne pas d'amélioration le recours à la chirurgie sera impératif.
- *une aspiration gastro-duodénale
- * perfusions : réanimation attentive.
- * antibiotique
- * antiulcéreux.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

3. Traitement non opératoire

➤ Ses obligations:

- *Diagnostic d'ulcère perforé certain.
- *Malade à jeûne au moment de la perforation.
- *Malade vu tôt, moins de 06 heures après la perforation
- *Surveillance médicale constante (température, douleur, souplesse de l'abdomen, efficacité de l'aspiration)
consciencieuse et rigoureuse, Par le même examinateur

Beaucoup d'auteurs préconisent de faire un TOGD ou une TDM A/P avec ingestion de gastrographine avant afin de confirmer que la perforation est spontanément bouchée, avant d'indiquer cette méthode thérapeutique

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

3 .traitement non opératoire :

➤ L'évolution :

Le délai pour juger de l'efficacité ou de l'inefficacité de la méthode doit se situer entre **12 et 24 heures**. Mais la disparition de la douleur et une diminution de la contracture devant toutefois se faire dès les premières heures.

A partir de la 24" heure, si l'évolution est toujours favorable, l'aspiration sera espacée d'heure en heure, le malade étant gardé en observation, avant la reprise de l'alimentation qui ne sera possible qu'à partir du **05 jour**, il est nécessaire d'effectuer un TOGD ou une TDM A/P avec ingestion de gastrographine (produit de contraste hydrosoluble) pour vérifier l'absence de fuite du produit de contraste dans l'abdomen.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

3. Traitement non opératoire :

Cette méthode doit être abandonnée si:

- ❖ il existe un état de choc, et après la mise en œuvre du traitement.
- ❖ la douleur persiste ou réapparaît ou les signes péritonéaux ne régressent pas.
- ❖ les signes généraux (pouls, TA, température) s'aggravent après 03 heures de surveillance.



l'intervention s'impose sans retard

Le taux d'échec de cette méthode est estimé entre 16 -32%

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4.Méthodes chirurgicales :

Le traitement chirurgical de la péritonite consiste en une **toilette** péritonéale et une **suture** de la perforation avec ou sans epiplooplastie

➤Principes :

- Le malade est installé en décubitus dorsal, sous anesthésie générale avec intubation oro-trachiale.
- La voie d'abord est une **Laparotomie** médiane sus-ombilicale stricte, ou bien un abord **laparoscopique**
- Des **prélèvements bactériologiques** sont effectués.

*Pour les ulcères duodénaux:

La perforation est en générale facile à découvrir ,située à la face antérieure et supérieure du bulbe duodénal.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4. Méthodes chirurgicales :

De nombreuses techniques ont été proposées:

- absence de tout geste(perforation déjà bouchée au moment de l'intervention),
- **suture** simple,
- suture avec **épiploplastie**, utilisant l'épiploon ou le ligament rond,
- oblitération à l'aide de colle biologique

Le **drainage** est réalisé par la mise en place d'un drain de Redon aspiratif en regard de la suture de la perforation ou une lame ondulée. Un drainage aspiratif est extériorisé par un orifice de trocart, une lame par contre-incision.

La sonde naso-gastrique est maintenue pendant 03 à 05 jours.
L'alimentation peut être reprise dès son ablation.

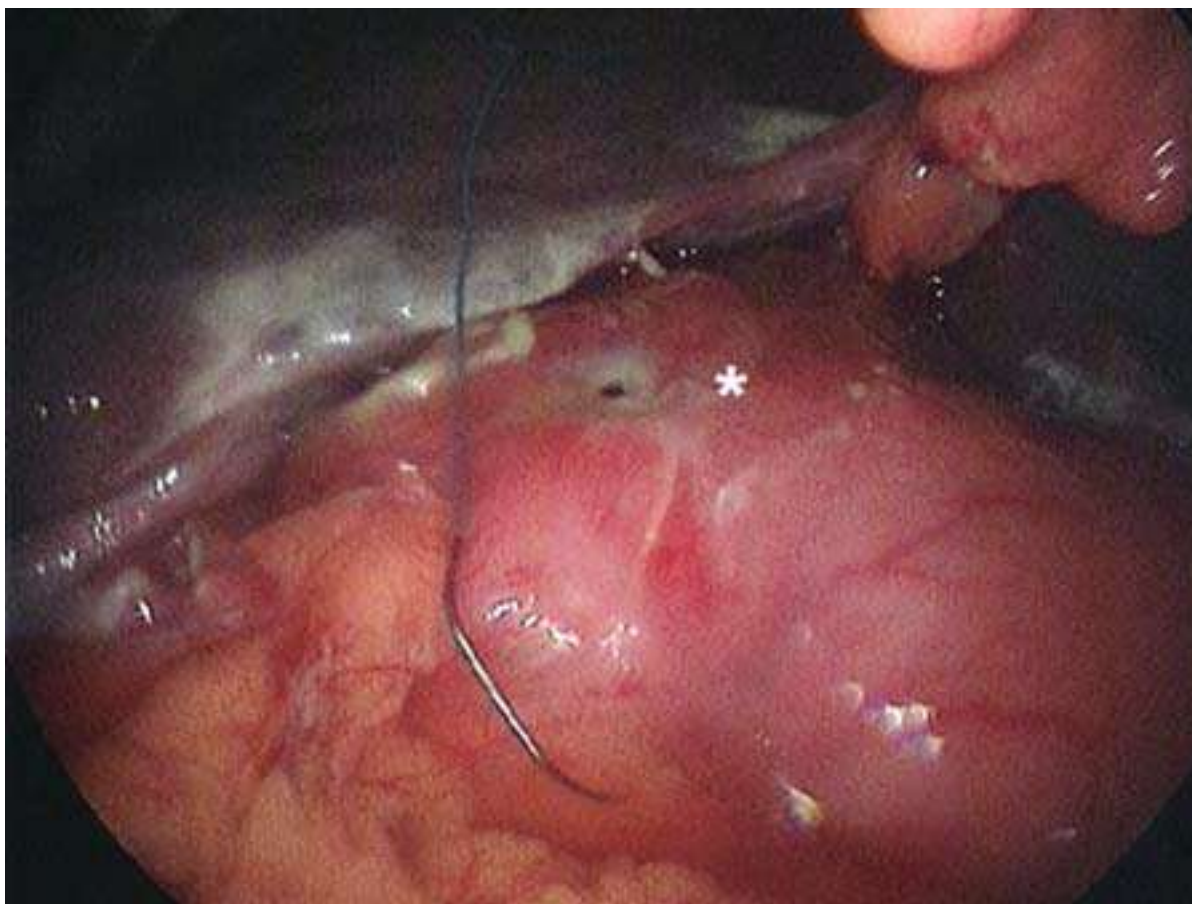


Fig 6 : perforation bulbaire antérieure (asterix)
Vue coelioscopique

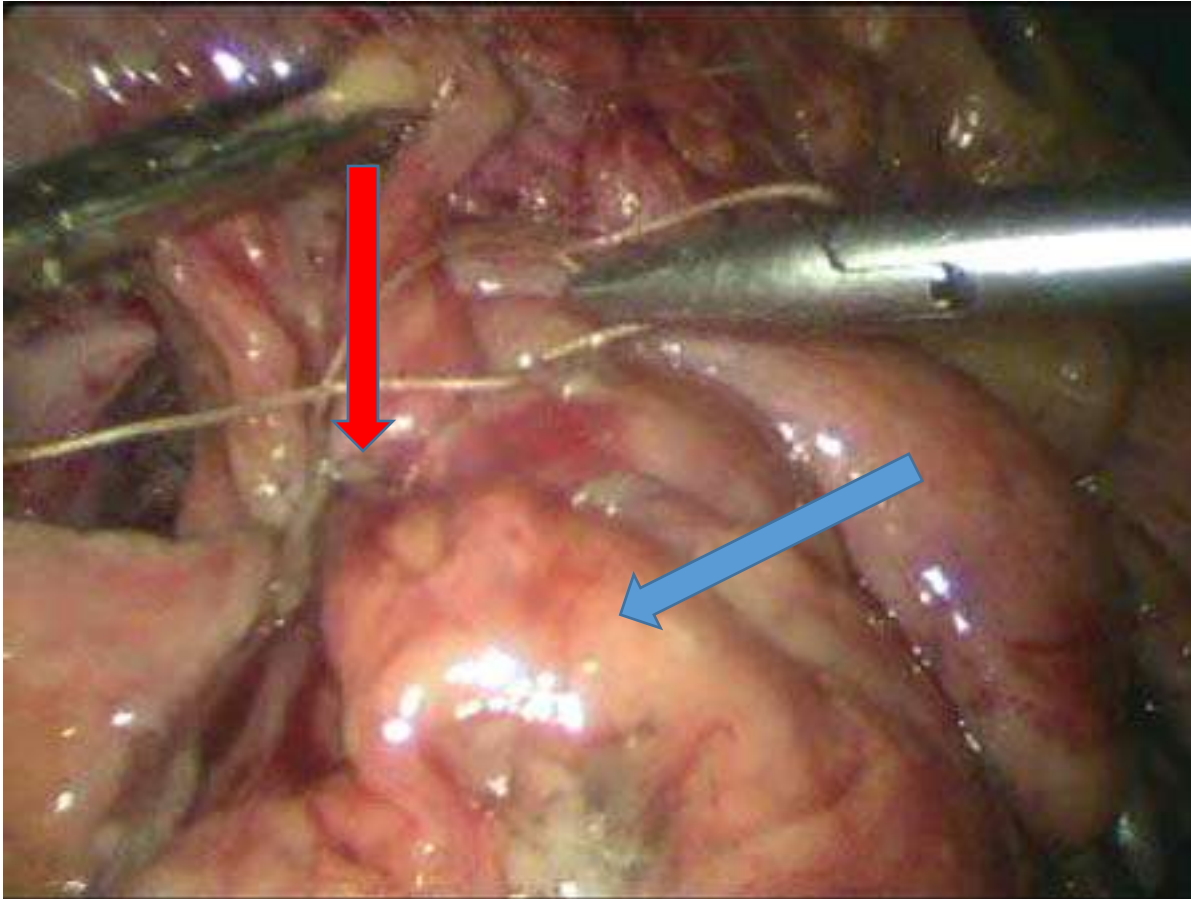
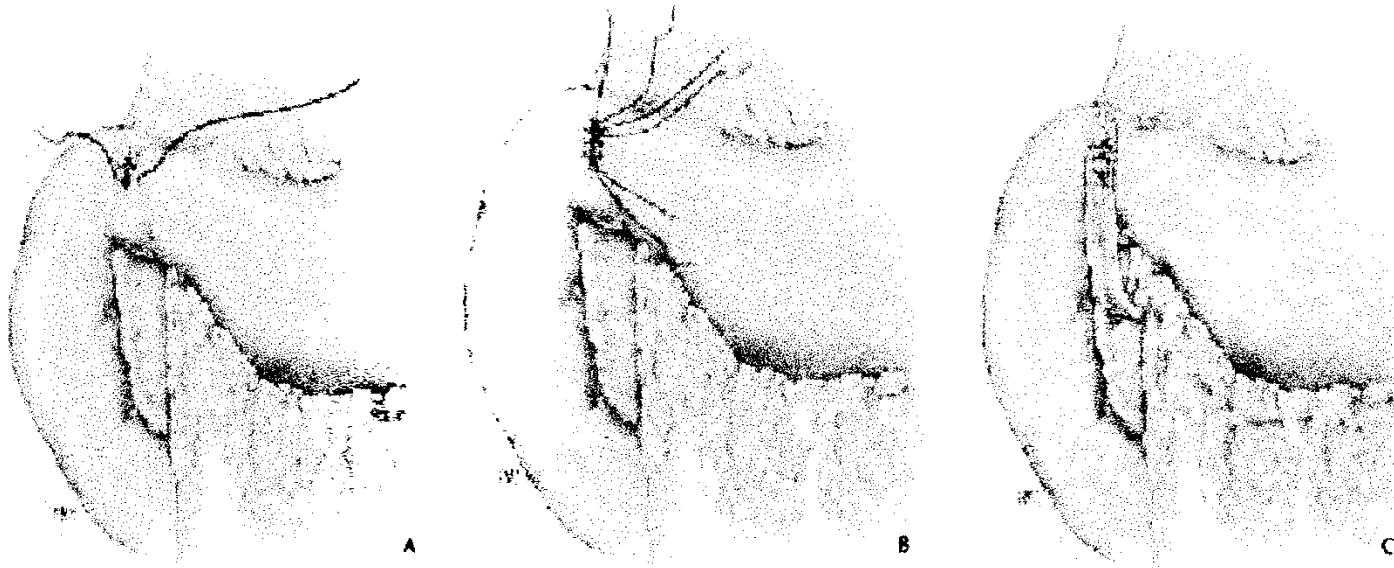


Fig 7: suture coelioscopique d'une perforation bulbaire
antérieure avec epiplooplastie (flèche rouge)
Epiploon (flèche bleu)

TRAITEMENT DE LA PERFORATION



Suture de la perforation

Suture transversale sans sténose

Epiplooplastie

Fig 8 : différents type de traitement de la perforation de l'ulcere

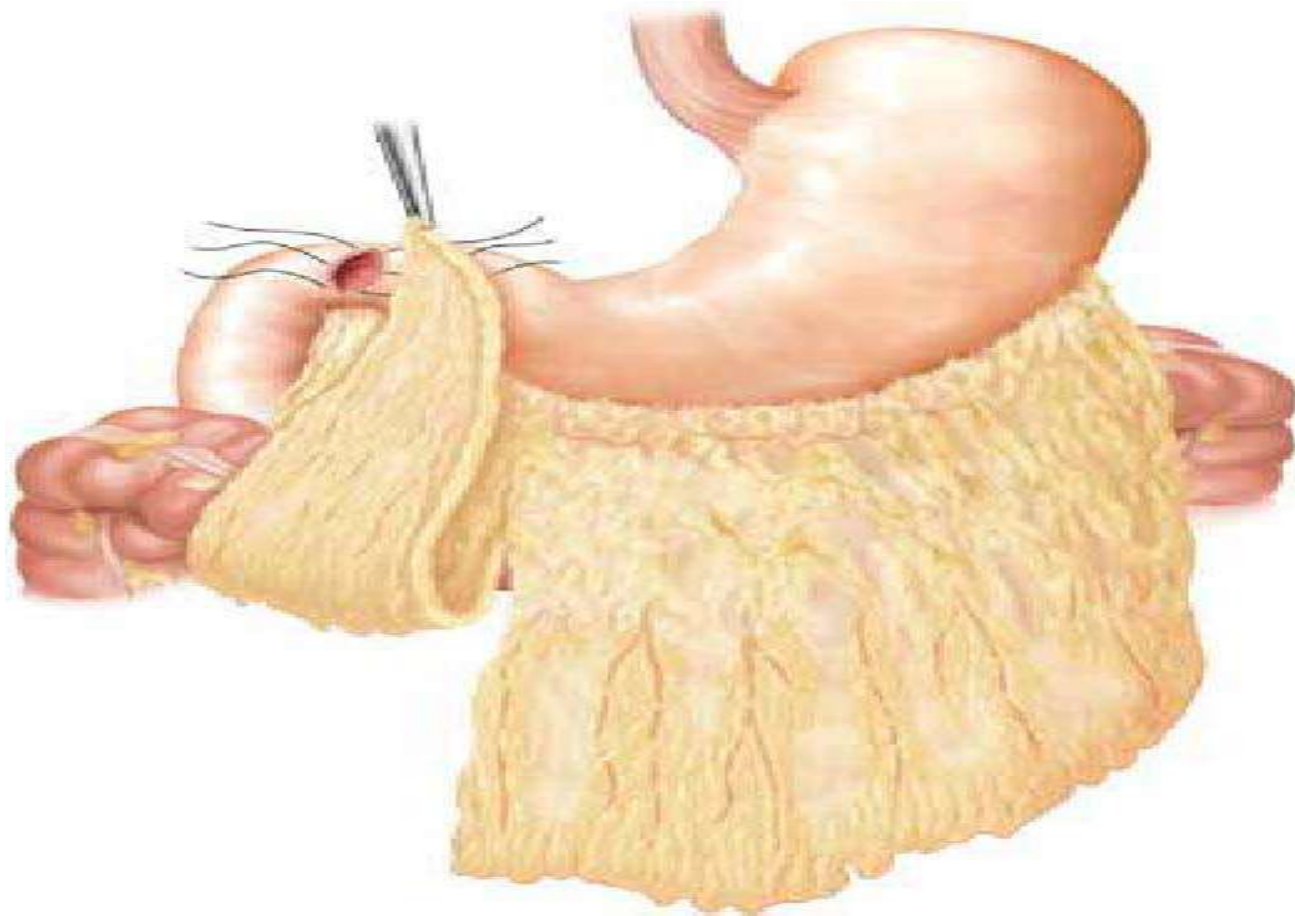


Fig 9 : suture avec epiplooplastie

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

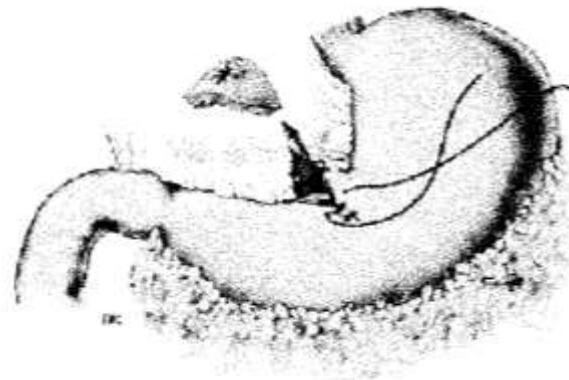
4. Méthodes chirurgicales:

* Pour l'**ulcère gastrique** :

un ulcère gastrique prépylorique est traité comme un ulcère duodénal et une surveillance endoscopique est instaurée à distance de l'épisode aigu, la réalisation d'une biopsie est souhaitable au cours de l'intervention, à défaut elle sera réalisée au moment du contrôle endoscopique après 2 mois.

Si l'ulcère est 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. puis une suture directe de la perte de substance, Le segment doit être recherché d'une tumeur.

Fig 10: résection cunéiforme d'un ulcère gastrique



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

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4 . Methodes chirurgicales :

Traitement médical devant faire suite au traitement conservateur

L'association pendant une semaine :

d'un inhibiteur de la pompe à proton à double dose

Oméprazole 40 mg par jour

deux antibiotiques : Amoxicilline 1g deux fois par jour,

Métronidazole 500 mg deux fois par jour.

clarythromycine+Amoxicilline

clarythromycine+ Metronidazole

Ce traitement d'éradication est suivi d'un traitement antisécrétoire de trois semaines dans le cas d'un ulcère duodénal, et de cinq semaines dans l'ulcère gastrique.

A sa sortie, le malade devra respecter certaines règles hygiéno-diététiques et supprimer les facteurs de risque de la maladie ulcéreuse.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4 . Methodes chirurgicales :

d) Le traitement coelioscopique de la perforation:

Elle nécessite la mise en place de 03 ou 04 trocars :

Les même temps opératoires utilisés par la laparotomie seront utilisés par la coelioscopie :

- Prélèvements bactériologiques.
- Aspiration du pus et des débris alimentaires.
- Lavage et drainage abondant.
- La prise en charge de la perforation.

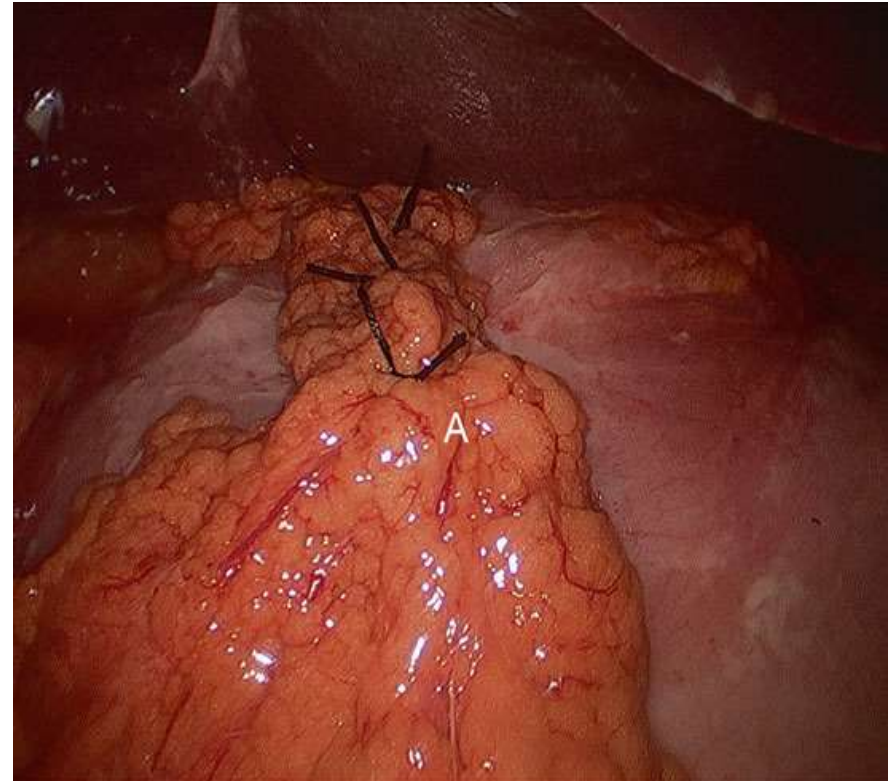
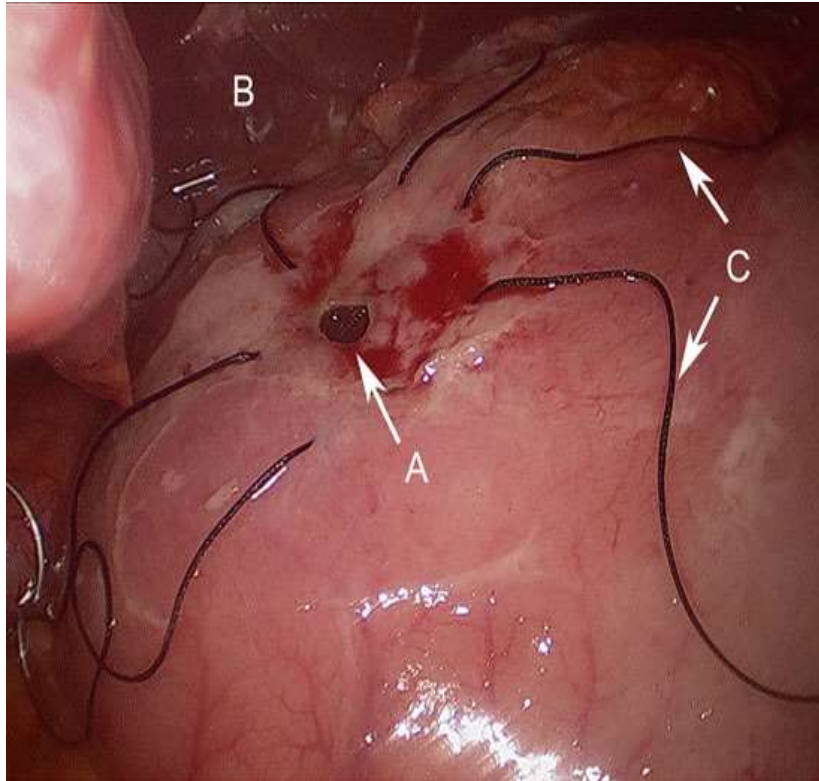


Fig 11: suture laparoscopique d'un ulcère bulbaire avec epiplooplastie

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4. Méthodes chirurgicales:

- **Traitement chirurgical définitif de l'ulcère:**

Il n'est pas recommandé, une simple suture suivie d'un traitement médical de la maladie ulcéreuse et une modulation de l'utilisation des AINS .

Ca reste indiqué dans certains cas:

- **En cas de conditions socioéconomique défavorable avec impossibilité d'instaurer un traitement médical antiulcéreux définitif.**
- **Ulcère perforé récidivant.**
- **Association a une autre complication type sténose ou hémorragie.**

conditions:

- **Malade est en bon état général(pas en péritonite avancée) :opération réalisée en moins de 48 heures du début des symptômes,**
- **PAS supérieure a 90 mm hg,**
- **sans co-morbidités.**

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

4 . Méthodes chirurgicales :

Traitement chirurgical définitif de l'ulcère:

- Vagotomie tronculaire + pyloroplastie emportant l'ulcère
- Vagotomie tronculaire+ antrectomie+ anastomose gastro- duodénale ou gastrojejunale
- Vagotomie hyper sélective + suture de l'ulcère.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION

• 4 . Méthodes chirurgicales :

• Options thérapeutiques pour les Formes particulières:

-Kissing ulcère: duodenotomie + hémostase de l'ulcère postérieur + suture

-Ulcère géant perforé : (supérieur a 2 cm):

gastrectomie partielle + gastro-entero-anastomose+suture+fermeture pylorique+
jejunostomie d'alimentation.

duodenostomie, patch jéjunal

-Ulcère gastrique perforé:

biopsies et suture avec omentoplastie,

résection cunéiforme,

gastrectomie partielle. (Avec Lecture anatomopathologique).

-Sténose pylorique:

dilatation + suture + epiploplastie,

pyloroplastie ou gastro-entero-anastomose avec vagotomie.

-Ulcère persistant malgré le traitement médical , ulcère récidivant , acces difficile aux soins:

traitement radical chirurgical de la maladie ulcéreuse associé au traitement de la perforation.

BIBLIOGRAPHIE

1 Fingerhut - ri Leppäniemi - Raul Coimbra - Andrew B. Peitzman - Thomas - M. Scalea -
Eric J. Voiglio

Emergency Surgery Course (ESC®) Manual The Official ESTES/AAST Guide

2 **Acute Care Surgery and Trauma: Evidence Based Practice** Edited by Stephen M. Cohn MD FACS
Witten B. Russ Professor of Surgery University of Texas Health Science Center San Antonio, Texas, USA

3 Herbert Chen Editor **Illustrative Handbook of General Surgery**

4 uigia Romano Antonio Pinto Editors **Imaging of Alimentary Tract Perforation**

5 **THE TRAUMA MANUAL: TRAUMA AND ACUTE CARE SURGERY** Fourth Edition

6 **FISCHER'S MASTERY OF SURGERY** SEVENTH EDITION

- merci