

LA PERITONITE PAR PERFORATION D'ULCERE GASTRODUODENAL

Objectifs pédagogiques :

1. évoquer le diagnostic d'une péritonite par perforation d'ulcère.
2. connaître les formes cliniques et les diagnostics différentiels.
3. Planifier une prise en charge thérapeutique adéquate.

PLAN

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

PERITONITE PAR PERFORATION D'ULCERE

I. INTRODUCTION

Dans le passé, la prise en charge de la maladie ulcéreuse gastroduodénale était principalement chirurgicale, mais ces dernières décennies, deux découvertes majeurs ont révolutionné la compréhension et le traitement cette maladie. Ces découvertes sont l'incrimination d'une bactérie : *Helicobacter Pylori* dans la genèse et l'entretien de l'ulcère, mais aussi la découverte de puissants médicaments anti acide (bloqueurs des récepteurs H2, et les inhibiteurs de la pompe a proton) rendant le traitement de l'ulcère essentiellement médical, la Chirurgie ne garde de place qu'en cas de certaines complications: essentiellement la perforation, l'hémorragie et la sténose, (la chirurgie n'intervient souvent qu'en cas d'échec du traitement médical et endoscopique).

DEFINITION

La péritonite aigue par perforation d'ulcère gastroduodénal se définit par 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.

II. INTERET DE LA QUESTION

- C'est une urgence médico-chirurgicale grave mettant en jeu le pronostic vital du patient.
- Son diagnostic est souvent facile, se faisant par la clinique et le cliché de l'abdomen sans préparation.
- Son traitement est essentiellement chirurgical.
- Le pronostic de la perforation d'ulcère est favorable si le diagnostic est fait précocement et le traitement d'urgence est rapidement instauré.
- La mortalité liée a la perforation d'ulcère varie entre 6 et 30% des cas, surtout si le malade est en état de choc, s'il présente un haut risque anesthésique et en cas de retard de prise en charge.
- Ces derniers temps, on assiste a une généralisation de la coeliochirurgie en matière de traitement de la perforation d'ulcère.

III. EPIDEMIOLOGIE

- Environs entre 4 et 5% des malades porteurs d'un ulcère finissent par faire une perforation.
- C'est la 2^{eme} complication de la maladie ulcéreuse gastroduodénale, et la 1^{ère} complication chirurgicale.
- L'âge de survenue est variable, en moyenne supérieur a 60 ans.
- Il y'a une nette prédominance masculine.

- Le taux de mortalité est variable et lié à plusieurs facteurs, estimé entre 6 et 30% .

IV . ANAPATH

ASPECT MACROSCOPIQUE:

• **SIEGE :**

Dans la plupart des cas, l'ulcère est de siège duodénal, antérieure 50%, au niveau du bulbe duodénal qui est la première partie enflée du premier duodénum.

Parfois, l'ulcère peut siéger au niveau du pylore ou de la région pré-pylorique 35%.

Rarement au niveau de l'estomac 15%, faisant craindre un cancer gastrique perforé.

- **TAILLE :** est souvent petite, entre 3 et 6 mm souvent, mais on peut avoir des ulcères géants perforés qui se définissent par une taille supérieure à 20 mm dont le traitement constitue un challenge chirurgical.

- **NOMBRE :** est souvent unique dans plus de 80% des cas, rarement multiples.

• **ASPECT:**

Si l'ulcère est jeune on aura des berges souples, par contre en cas d'ulcère chronique les berges sont épaisses et indurée.

La souillure péritonéale est chimique stérile au début, peut se faire en péritoine libre, ou bien en péritoine cloisonné chez les malades ayant subi des laparotomies dans le passé avec formation de brides.

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

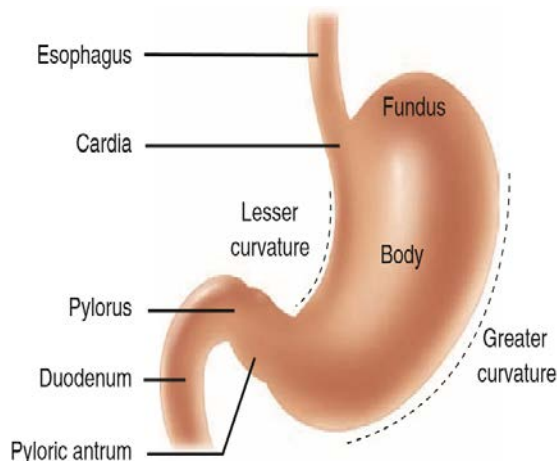


Figure 1 : les différentes parties de l'estomac où peut siéger une perforation d'ulcère

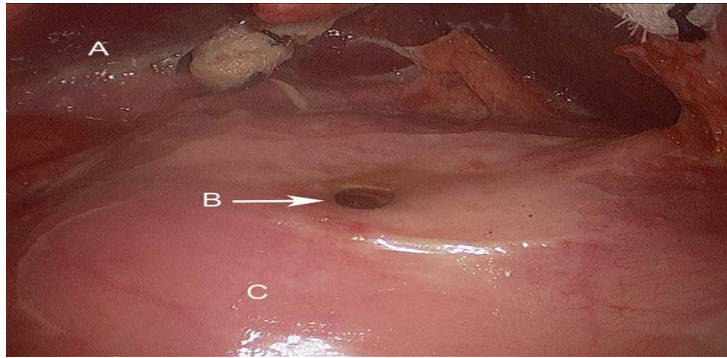


Figure 2 : aspect macroscopique d'un ulcère duodénal perforé, vue coelioscopique



Figure 3 : aspect macroscopique d'un ulcère duodénal perforé, chirurgie à ciel ouvert

V. PHYSIOPATHOLOGIE

On peut avoir deux évolutions naturelles possibles immédiatement après la survenue d'une perforation d'ulcère :

- L'ulcère perforé bouché: l'orifice tend spontanément à être obstrué par des fausses membranes et par les organes de voisinage puis on aura une résorption des gaz et des liquides digestifs par le péritoine.
- Dans les cas contraires et c'est souvent le cas, après 6 heures: on aura une surinfection du liquide avec transformation de la péritonite chimique en une péritonite purulente, cette dernière si on ne la traite pas à temps, va aboutir à un état de choc hypovolémique et septique suivi d'une défaillance multi viscérale et du Décès du malade.

VI . DIAGNOSTIC POSITIF

CLINIQUE

Type de description : Perforation d'ulcère en péritoine libre vue tôt chez un adulte jeune.

- SIGNES FONCTIONNELS :

- Une **douleur** :

De siège Épigastrique, en coup de poignard, de survenue brutale, soudaine, atroce, pliant le malade en deux, d'intensité extrême; continue, angoissante survenant en pleine santé apparente a tel point que le sujet peut préciser l'heure exacte du début.

Cette douleur peut irradier 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

-on peut avoir parfois des Nausées et des vomissements.

- **SIGNES GENERAUX :**

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

On a une Absence initiale de fièvre, ou parfois un simple fébricule, la fièvre s'installe au stade tardif lorsque la péritonite chimique se transforme en péritonite purulente.

- **SIGNES PHYSIQUES :**

A l'inspection : l'abdomen est plat, rétracté, immobile ; ne respire plus, et les muscles grands droits vont saillir sous la peau chez le patient maigre.

A la palpation on aura une **contracture** pariétale, tonique, rigide, permanente, invincible et douloureuse: le « ventre de bois ».

A La percussion chez le malade demi-assis on peut retrouver le pneumopéritoine, devant l'existence d'une zone sonore qui remplace la matité pré-hépatique et une matité des flancs.

Au toucher rectal la palpation du cul de sac de douglas est tellement douloureuse que le patient crie de douleurs ; c'est le cri de Douglas.

- **ANTÉCÉDENTS:**

Il faut rechercher un ulcère connu et traité, une symptomatologie typique de la maladie ulcéreuse gastroduodénale, Une passée de troubles dyspeptiques banaux, la notion de prise récente de certains médicaments gastro-toxiques tel que les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Parfois il n'y a aucune notion et c'est la perforation qui révèle l'ulcère.

PARACLINIQUE :

- Une radiographie de l'abdomen sans préparation ASP :

Un cliché de face debout prenant les coupes, ou bien un cliché de profil en décubitus dans le cas où le malade est alité.

Montre un **Pneumopéritoine** sous forme d'un croissant clair gazeux interhépatico-diaphragmatique uni ou bilatéral sur un cliché debout, ou sous forme d'une bulle d'air se projetant sous la paroi abdominale au niveau de l'ombilic sur un cliché couché de profil.

NB : le pneumopéritoine peut être absent dans plus de 25% des cas malgré l'existence d'une perforation.

- **La TDM Abdomino-pelvienne:**

Montre un pneumopéritoine : la sensibilité est beaucoup plus élevée que l'ASP dans la détection des pneumopéritoines. Peut montrer aussi un épanchement péritonéal et lorsque on couple la TDM à l'ingestion d'un produit de contraste hydrosoluble tel que la gastrographine, on aura une extériorisation de cette dernière.

- **L'échographie abdomino-pelvienne :**

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

- **Le transit oeso-gastro-duodenal (TOGD) aux hydrosolubles :**

En cas de suspicion de perforation sans pneumopéritoine radiologique ou scanographique. La fibroscopie oeso-gastro-duodenale est contre indiquée en cas de suspicion de perforation d'ulcère.

- **Examen biologique:**

Comporte les examens de routine afin d'apprécier les répercussions de cette maladie sur l'organisme et l'opérabilité.

En cas de doute diagnostique, un taux de **lipasémie** doit être demandée dans le but d'éliminer le diagnostic de pancréatite aiguë.

Ce bilan comporte essentiellement une formule de numération sanguine, (augmentation du taux de globules blancs parfois), bilan hépatique, et rénale, bilan d'hémostase, glycémie, ionogramme et groupe sanguin.

Dans certains centres très performants, on peut pratiquer des tests à la recherche d'*Helicobacter pylori*

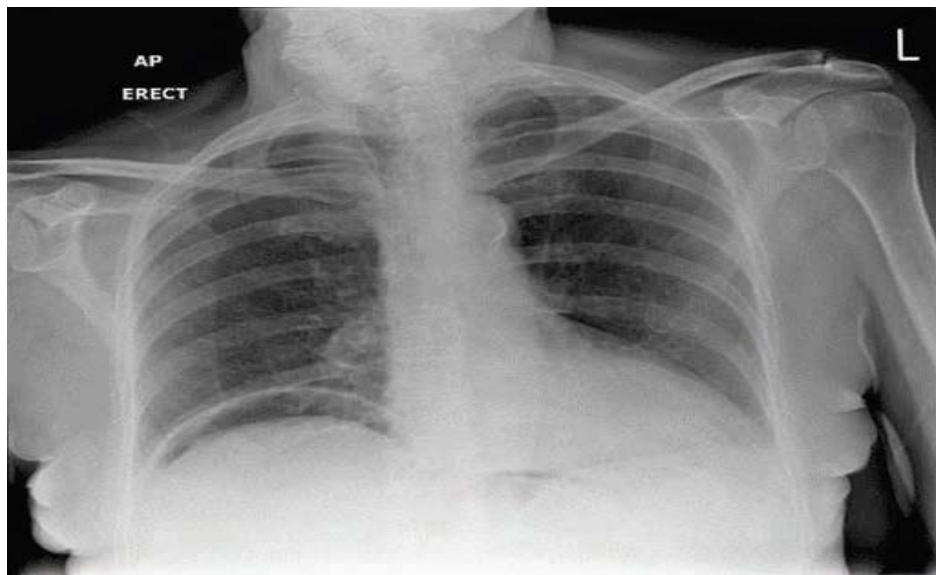


Figure 4 : pneumopéritoine inter-hépatodiaphragmatique témoignant d'une perforation d'un organe creux

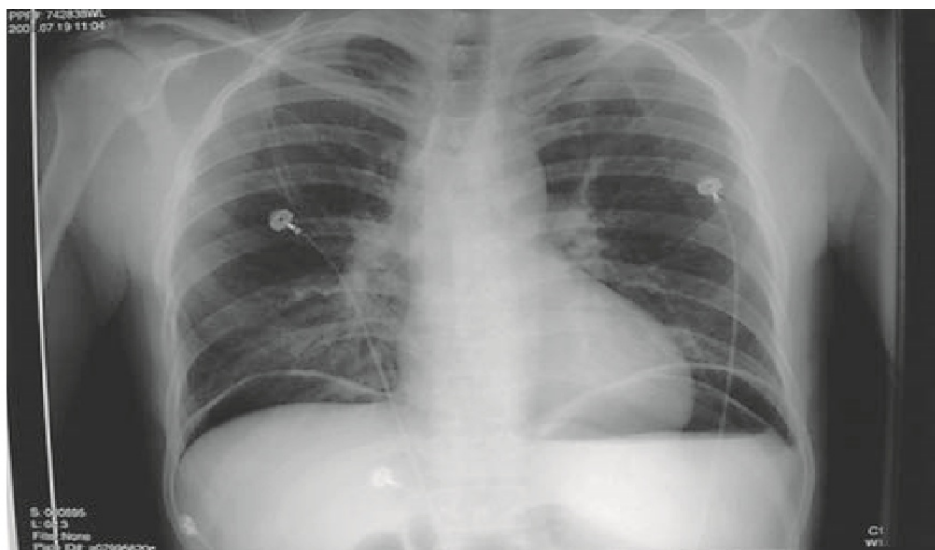


Figure 5 : pneumopéritoine bilatéral

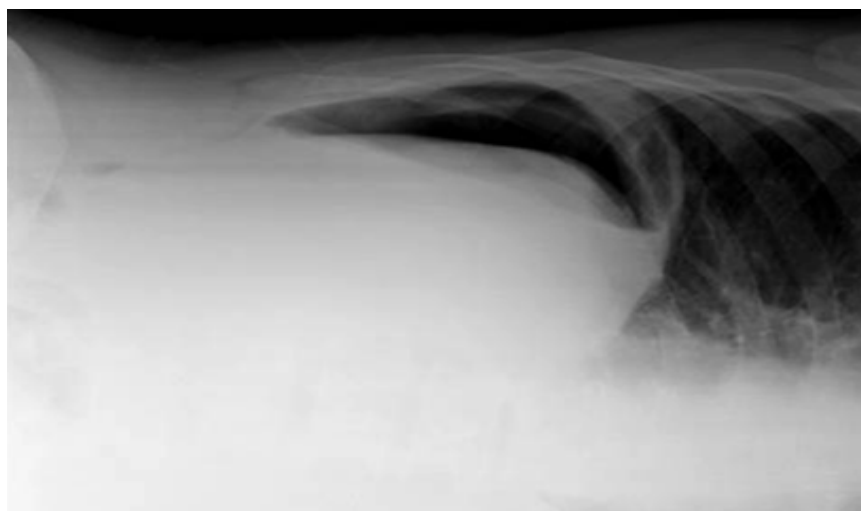


Figure 6 : pneumopéritoine sur un cliché de profil en position couché

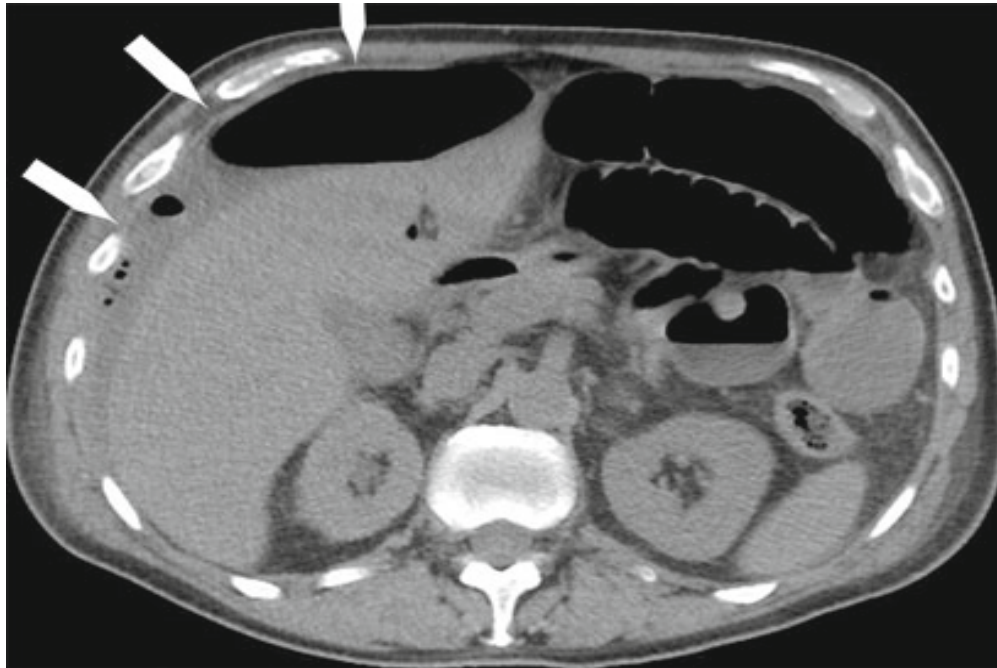


Figure 7 : pneumopéritoine sur une coupe tomodensitométrique

VII. FORMES CLINIQUES

1 . Formes symptomatiques :

-**Formes frustres** : le diagnostic est porté grâce à la présence d'un pneumopéritoine à la radiographie standard ou à la TDM , la douleur est modérée et l'examen physique est pauvre,

-**Formes trompeuses**

- Formes pseudo-cholécystique ou la douleur prédomine à l'hypochondre droit.
- Forme pseudo-thoracique correspondant à la perforation d'un ulcère juxta cardial.
- Formes pseudo-appendiculaires.
- Formes occlusives suite à l'installation d'un iléus réflexe

-**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** : une perforation bouchée initialement qui va peu de temps après se rompre secondairement pour donner le tableau de péritonite généralisée.

Formes étiologiques:

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

-**Perforation d'un ulcère peptique**: c'est un ulcère survenant sur une anastomose gastro-duodénale ou gastro-jéjunale, 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 sur syndrome de ZOLLINGER-ELLISON** : suite a un gastrinome, qui est une tumeur sécrétant de la gastrine, généralement située sur le pancréas induisant une hypersécrétion d'acide et des ulcères rebelles ; multiples et récidivants. Elle doit être soupçonnée devant toute perforation récidivante ou survenant après traitement chirurgical d'un ulcère.

3. Formes associées :

- A une hémorragie : *kissing ulcer*, c'est l'association d'un ulcère antérieur perforé dans ce cas et un ulcère postérieur qui saigne.
- A une sténose.

4. Formes anatomiques :

- Ulcère perforé bouché.
- Perforation en péritoine cloisonné, chez les malades multi opérés de l'abdomen par exemple.

VIII . DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

a. Eliminer les affections médicales :

- La Pneumopathie de la base droite.
- L'infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale, c'est le cas de l'infarctus du territoire inférieur du myocarde.
- La crise aiguë hyperalgique chez les ulcéreux connus.
- La crise de colique hépatique et de colique néphrétique.

b. Eliminer les affections chirurgicales :

-En absence de pneumopéritoine :

- Les péritonites appendiculaires, biliaires ou génitales.
- L'Infarctus entéro-mésentérique.
- Une occlusion aiguë du grêle surtout le volvulus .
- La pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique.
- La grossesse extra-utérine rompue et l'anévrisme de l'aorte abdominale rompu.

En présence de pneumopéritoine:

- Les perforations coliques sur sigmoïdite ou sur cancer
- La perforation de l'intestin grêle
- Les perforations de diverticule de Meckel.
- La perforation d'un cancer gastrique.

IX. TRAITEMENT :

But de traitement :

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

1.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.

2.Traitement non opératoire

Méthode de TAYLOR :

Favorisant l'**obturation spontanée** de la perforation par un viscère ou le grand épiploon, Consiste en une observation en milieu chirurgical, une aspiration gastro-duodénale ;une réanimation attentive avec antibiotique et antiulcéreux.

➤ Ses conditions:

Pour envisager d'adopter cette méthode thérapeutique, le diagnostic d'ulcère perforé doit être certain, et qu'il ne s'agit pas d'une perforation d'une autre cause de perforation. Aussi, le malade doit être à jeûne au moment de la perforation, et vu tôt, moins de 06 heures après la perforation.

La surveillance médicale (température, douleur, souplesse de l'abdomen, efficacité de l'aspiration) doit être consciencieuse et rigoureuse, par le même examinateur.

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

➤ 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^e 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.

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 chirurgicale dans ce cas s'impose sans retard

Le taux d'échec de cette méthode est estimé entre 16 -32%, ce qui explique l'impopularité de cette dernière, qui n'est plus pratiquement pas utilisée que dans le cadre d'essais cliniques ou dans certains cas de perforation déjà bouchée au moment du diagnostic dont le caractère bouché est confirmé par la réalisation d'un cliché ou d'une TDM avec ingestion de gastrographine.

4.Méthodes chirurgicales :

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

➤ Principes :

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

De nombreuses techniques ont été proposées:

- **La suture** simple.
- La suture avec **épiplooplastie**, utilisant l'épiploon ou le ligament rond.
- L'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.

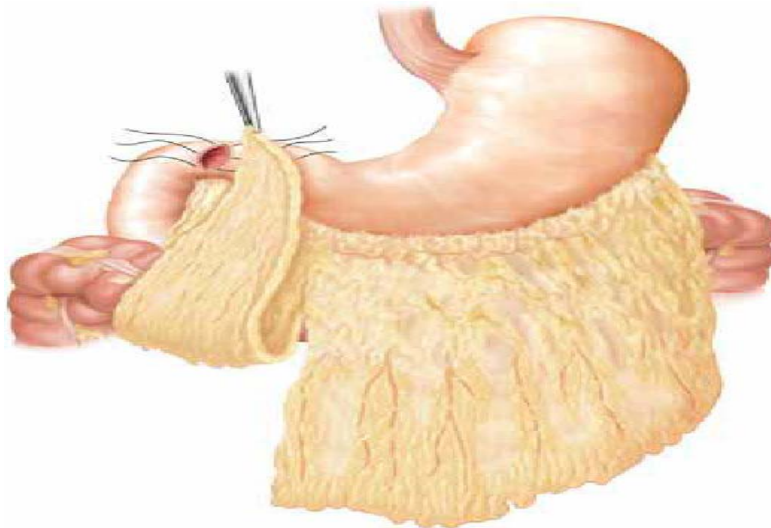


Figure 8 : suture d'une perforation duodénale avec epiplooplastie

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 1 gramme deux fois par jour, et du Métronidazole 500 mg deux fois par jour.

Ou bien :

Clarythromycine et Amoxicilline .

Ou Clarythromycine et Metronidazole .

Ce traitement d'éradication est suivi d'un traitement anti sécrétoire 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.

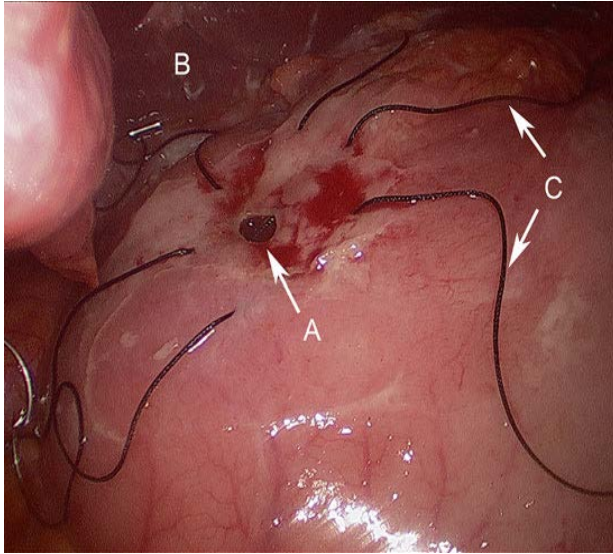


Figure 9 : perforation duodénale par une vue laparoscopique, fils places avant d'être noués

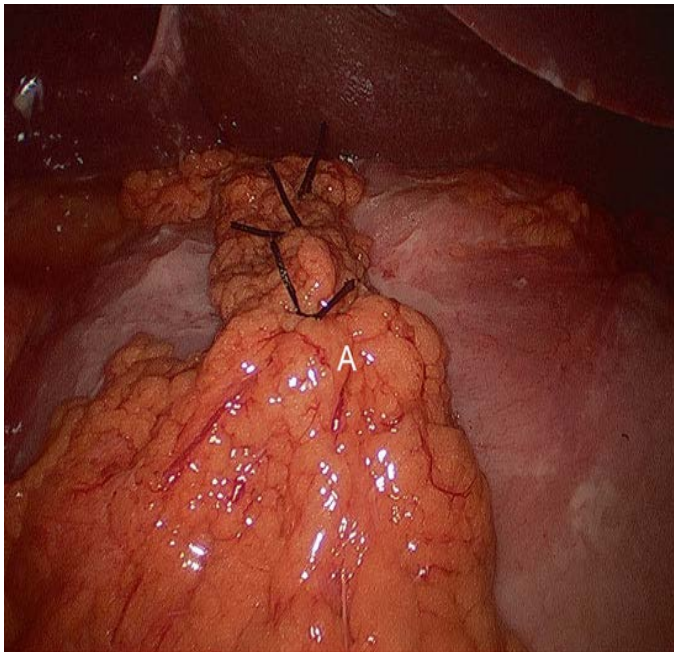


Figure 10 : suture avec épiplooplastie par coelioscopie

- **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.**
- **Ulçère perforé récidivant.**
- **Association a une autre complication type sténose ou hémorragie.**
-

Et a conditions que:

- Le malade soit en bon état général (pas en péritonite avancée) : opération réalisée en moins de 48 heures du début des symptômes,
- Une pression artérielle systolique supérieure a 90 mm hg,
- Le malade doit être sans co-morbidités majeurs.
- Le chirurgien familiarisé avec la procédure.

Plusieurs type de traitements chirurgicale définitif de l'ulcère peuvent être utilisés :

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

• Options thérapeutiques chirurgicales pour les Formes particulières:

-**Kissing ulcère:** on réalise une duodénotomie afin d'accéder a l'ulcère postérieur associé, dont on réalise l'hémostase puis on suture la duodenotomie et la perforation.

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

On peut réaliser une gastrectomie partielle avec une gastro-entero-anastomose, suture, fermeture pylorique et une jejunostomie d'alimentation.

On peut réaliser aussi une duodenostomie sur une sonde en latex,

Ou bien un patch par une anse jéjunale jéjunale de la perforation



Figure 11 : patch jéjunale pour le traitement d'une perforation géante

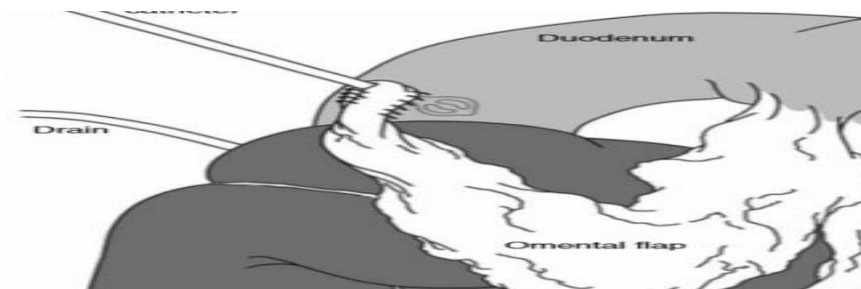


Figure 12 : duodénostomie pour le traitement d'une perforation d'ulcère géant

-**Ulcère gastrique perforé:**

Il est préférable de réaliser des biopsies puis de suturer avec omentoplastie (épiplooplastie), car un ulcère gastrique perforé peut être un cancer gastrique perforé, sinon à défaut il faut réaliser cette biopsie en postopératoire par fibroscopie œsogastroduodénale après cicatrisation, environs un mois après la chirurgie.

On peut réaliser aussi une résection cunéiforme emportant l'ulcère gastrique perforé, Ou une gastrectomie partielle. (Avec Lecture anatomopathologique).

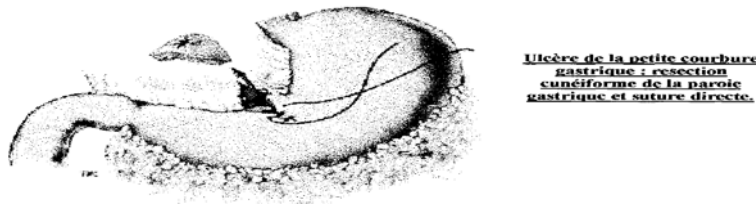


Figure 13 résection cunéiforme d'un ulcère gastrique perforé

-Sténose pylorique associée:

On peut faire une dilatation digitale ou par une bougie du pylore à travers une gastrotomie ou à travers la perforation, puis une suture et épiplooplastie,

On peut réaliser aussi une pyloroplastie sur l'ulcère.

Ou une gastro-entéro-anastomose avec vagotomie ou sans vagotomie avec suture de l'ulcère et épiplooplastie.

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

On doit si c'est possible, réaliser un traitement radical chirurgical de la maladie ulcéreuse associé au traitement de la perforation.

CONCLUSION :

La perforation d'ulcère constitue la complication chirurgicale la plus fréquente de l'ulcère et une urgence pouvant mettre en jeu le pronostic vital, son diagnostic est souvent facile devant un syndrome péritonéale et un pneumopéritoine aux examens d'imagerie, nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente précédée d'une courte préparation médicale, cette chirurgie peut se faire à ciel ouvert ou par laparoscopie, consistant souvent en une suture de la perforation avec épiplooplastie, et toilette péritonéale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Emergency Surgery Course (ESC®) Manual** The Official ESTES/AAST Guide
F.ingerhut - L.eppäniemi - Raul Coimbra - Andrew B. Peitzman - Thomas - M. S. calea -E ric J. Voiglio
- 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 **Illustrative Handbook of General Surgery** Herbert Chen Editor
- 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**