

Ulcères gastro-duodénaux (Item 290)

Dr Thierry PICHE



GENERALITES

- Maladie ulcéreuse car chronique et récidivante
- Ulcère bulbaire (UB) : 5/1000
- Ulcère gastrique (UG) : 0,5/1000)
- age de survenue : 55 à 65 ans
- Risque néoplasique pour UG

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Perte de substance profonde recouverte d'une fausse membrane jaune
- Unique, parfois multiples
- Taille variable
- Siège : antre (UG), bulbe (UB)
- Histologie :
 - bloc scléro-atrophique au fond de l'ulcère
 - endartérite scléreuse
 - hyperplasie nerveuse

PHYSIOPATHOLOGIE

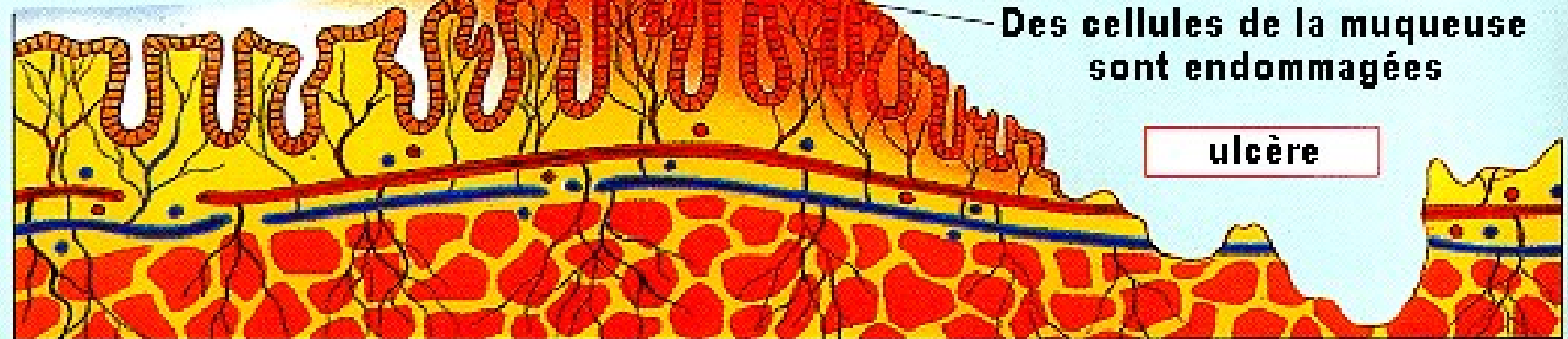
- Déséquilibre entre le facteur agressif et la défense muqueuse
- Hérité (ATCD familiaux), Groupe sanguin O
- Stress
- Tabac
- Médicaments : Aspirine et AINS
- **HELICOBACTER PYLORI ++**
 - BGN
 - 25% de la population française, contamination dans l'enfance,
 - transmission orale, bas niveau socio-économique
 - 90% des UB et 40% des UG
 - rôle important dans la dyspepsie, la gastrite, K estomac, lymphome gastrique

PHYSIOPATHOLOGIE

Formation de l'ulcère

muqueuse normale

inflammation



CLINIQUE

- **Syndrome ulcéreux :**
 - douleur épigastrique à type de crampe
 - rythmées par les repas (survenant à jeun et calmée par la prise alimentaire)
 - par périodes de qqes jours
 - parfois moins typiques (brûlures ou dyspepsie)
 - révélé par une complication :
 - hémorragie digestive
 - perforation
 - sténose exceptionnelle

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
 - Intérêt diagnostique
 - recherche HP : biopsies antrales et fundiques
 - Biopsies UG pour rechercher de cancer
 - 7 à 10 % des UG sont des K
- Autres :
 - TOGD : à faire si sténose duodénale
 - ASP si suspicion de perforation

FIBROSCOPIE

<http://www.youtube.com/watch?v=ncHcpzCnjGQ>

Ulcère pré-pylorique superficiel



Ulcère de l'ogive antral



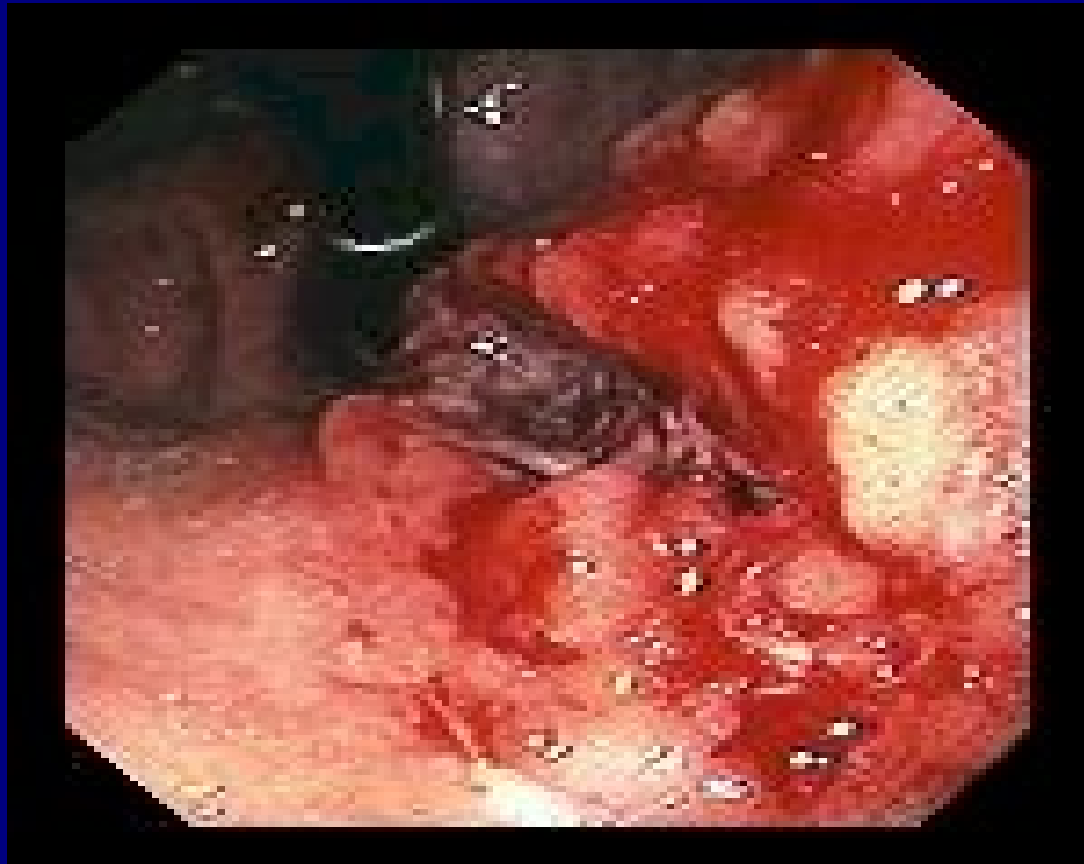
Ulcères prépyloriques



Ulcère gastrique dégénéré (1)



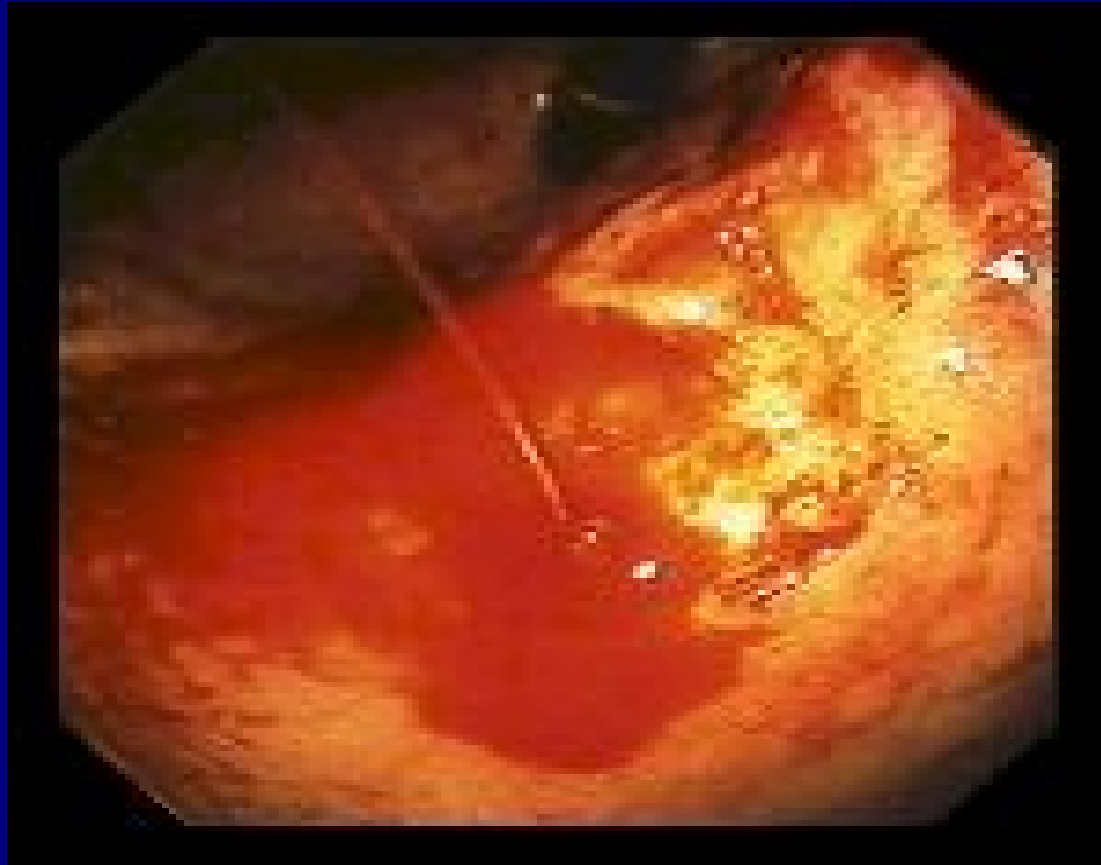
Ulcère dégénéré (2)



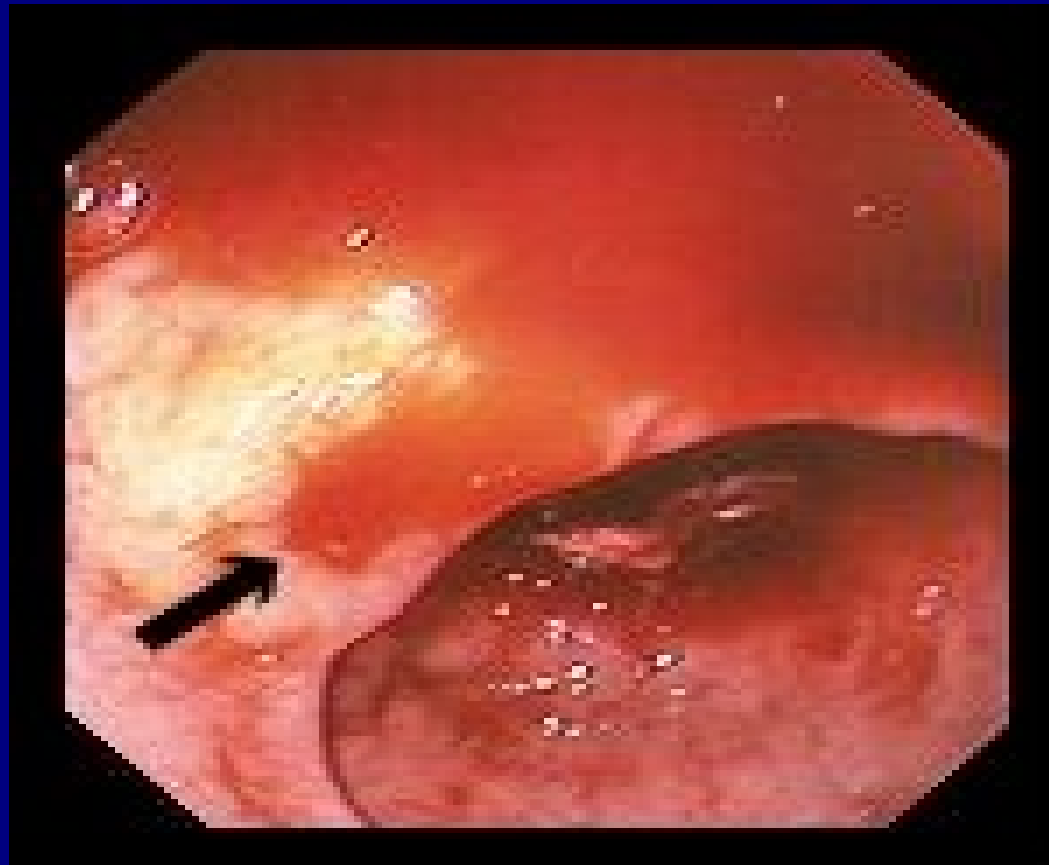
Ulcère gastrique dégénéré (3)



Ulcère gastrique avec saignement en jet



Ulcère gastrique hémorragique



Ulcère perforé (lobe gauche du foie)



Ulcères duodénaux (kissing)



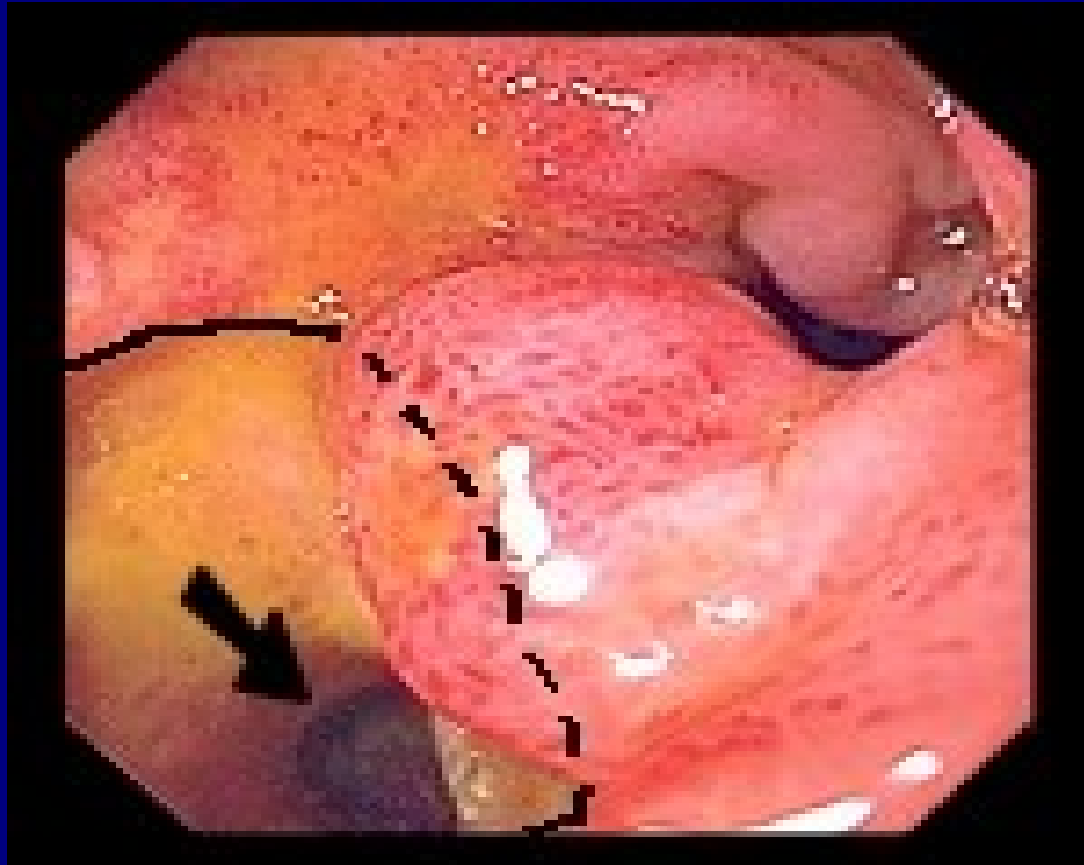
Ulcère duodénal avec caillot adhérent



Ulcère duodénal avec vaisseau visible



Ulcère duodénal perforé



Traitement (1)

- Médical :
 - Mesures hygiéno-diététiques : suppression du tabac, alcool, épices et piments pendant la phase douloureuse
 - Antisécrétoire : IPP pendant 4 à 6 semaines
 - Exclure les AINS
 - Eradication HP : IPPx2- Amoxi-Clarythro 7 à 10 jours
 - Contrôle FOGD avec biopsies si UG
 - Test respiratoire pour UD
 - si HP +: traitement de 2ème ligne

Traitement (2)

- Indications chirurgicales
- rares
- UG non cicatrisé après 12-18 mois
- Dysplasie sévère sur les biopsies
- Récidive sous traitement par IPP
- Complications :
 - Perforation : Suture chirurgicale
 - Hémorragie : Echec du traitement endoscopique
 - Sténose ulcéreuse : Gastrectomie des 2/3

CAT devant une hémorragie digestive haute

- Mise en place de 2 VVP
- Hémodynamique
- Gr, Rh, RAI
- Erythromycine 250 mg IVL
- Remplissage macromolécules (TA >10/ FC > 110)
- FOGD (à faire dans les 24 heures) avec lavage, matériel de sclérose à l'adrénaline, ligature (personnel formé++)
 - recherche de la cause : UGD, VO, oesophagite, Mallory Weiss
 - cause non retrouvée dans 15%