COMPLICATIONS DE LA MALADIE ULCEREUSE GASTRODUODENALE

***A/ Complications aigues:***

 1/ hémorragie ulcéreuse :

 AINS,Aspirine

 Deux localisations particulières:

 - face post du bulbe duodénal

 - long de la petite courbure gastrique

 Diagnostic endoscopique classification de forrest :

 **stade 1** hémorragie active

 **stade 2** signes d’hémorragie récente

 **stade 3** pas de signes d’hémorragie récente

 prise en charge:

 **mesures de réanimation** habituels: VV, remplissage et transfusions

 **SNG en aspiration** douce si vomissements incoercibles

 **traitement médical**: débuté en urgence à base

 d’IPP en bolus 80mg en IVD puis

 perfusion IVSE de 8 mg/h pd 72 h ( 1,2a,2b)

 per os double dose d’IPP pour le reste

 **traitement endoscopique**:

 stade 1,2a méthode thermique et/ou clips +/- injection de sérum

 adrenaliné

 stade 2 b intérêt d’une hémostase endoscopique discutable

 stade 2 c et 3 pas d’hémostase endoscopique

Traitement chirurgical

 ne concerne que 10% des patients

 **indiqué en cas :**

 échec du traitement endoscopique

 récidive hémorragique précoce mal tolérée

 première récidive sur terrain fragile

 deuxième récidive après trt endoscopique

 chez un patient instable malgré un remplissage massif

 ***ulcère duodénal:***

 hémostase directe

 hémostase par suture locale du foyer hémorragique

 inconvénient de laisser l’ulcère sur place et risque de récidive

 hémorragique



* hémostase indirecte

 s’adresse aux ulcères duodénaux érodant l’artère gastroduodénale

 procédé de triple hémostase

 son intérêt est d’éviter une gastrectomie difficile ( choc ou anémie)

 Inconvénient: dévasculariser le duodénum et exposer au risque de

 fistule postopératoire tout en laissant l’ulcère en place



***ulcère gastrique:***

 hémostase chirurgicale directe

 gastrotomie exploratrice verticale

 estomac decailloté et lavé au sérum physiologique chaud

 la lésion siège généralement sur la petite courbure à proximité du

 pédicule coronaire stomachique

 ulcère repéré et suturé

 vagotomie n’est pas nécessaire



* Gastrectomie d’hemostase

 avantage est de réaliser le traitement de l’hémorragie et de la maladie ulcéreuse en même temps

 **ulcère duodénal calleux**: réaliser une Antrectomie avec vagotomie et Gastrojejunostomie

 **ulcère gastrique sous cardial**: réaliser ulcèrectomie ou gastrectomie en gouttière

 traite l’hémorragie l’ulcère et faire des biopsies à la recherche d’un cancer associé

 **ulcère de l’antre**: Antrectomie avec anastomose gastroduodenale



2/ Perforation d’ulcère

 la suspicion d’ulcère perforé contre-indique l’endoscopie

 perforation dans le péritoine libre:

 réalise un tableau de péritonite aigue généralisée

 DLR épigastrique rapidement généralisée

 Contracture abdominale

 TR douloureux

 Pneumopéritoine à l’ASP

Perforation dans un espace cloisonné:

 ulcère perforé bouché avec tableau de péritonite localisée

 DLR épigastrique

 pas de pneumopéritoine à l’ASP

 collection aérienne épigastrique ou péribulbaire au scanner

 Evolution vers abcès intra abdominal fréquent

Traitement: URGENCE CHIRURGICALE

 patient à jeun

 Bilan préopératoire

 Aspiration gastrique continue

 **Mise en condition**

 rééquilibration hydro électrolytique

 Antibiothérapie à large spectre

 IPP en IV (40mg/j)

 **Traitement chirurgical** : fréquent

 Voie d’abord cœlioscopie/ laparotomie

 Exploration et bilan lésionnel

 Prélèvement du liquide pour examen bactériologique

 Suture de l’ulcère parfois biopsie/exérese en cas de localisation

 gastrique +/- epiplooplastie

 Toilette péritonéale

 Drainage



**traitement médical dit conservateur ou méthode de Taylor**

 **Si toutes les conditions suivantes sont rassemblées**:

 perforation datant de moins de 6h

 perforation survenue à jeun

 Diagnostic certain

 pas de fièvre pas de choc pas d’hémorragie

 surveillance clinique possible: patient conscient non intubé

 **traitement associe:**

 SNG et aspiration gastrique continue

 rééquilibration hydro électrolytique et nutrition parentérale

 ATB

 IPP

 surveillance clinique et biologique

***B/ Complication chronique :***

 Sténose pyloro-duodenale:

 Conséquence de la cicatrisation des poussées ulcéreuses

 Complication rare se manifeste par des vomissements alimentaires

 postprandiaux tardifs

 Diagnostic par endoscopie ou TOGD lorsque la sténose n’est pas

 franchie par l’endoscopie

 diagnostic différentiel est le cancer antral juxta pylorique

 **Traitement:**

 médical de 1re intention permet de limiter la part inflammatoire de la sténose

 endoscopique: biopsie pour éliminer un cancer et dilatation de la sténose au ballonnet

 chirurgical:

 indiqué en cas d’échec répétés de la dilatation endoscopique,

 intolérance ou anorexie totale

 la préparation de l’acte chirurgical conditionne sa réussite:

 SNG pd 3 j

 Alimentation enterale

 il est impératif d’envisager le trt radical de la maladie ulcéreuse

 le choix se pose entre :

 **Antrectomie** qui réduit le réservoir gastrique sans le denerver

 complétée d’une gastrojejunostomie type polea ou finesterer

 **gastroenteroanastomose.**