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

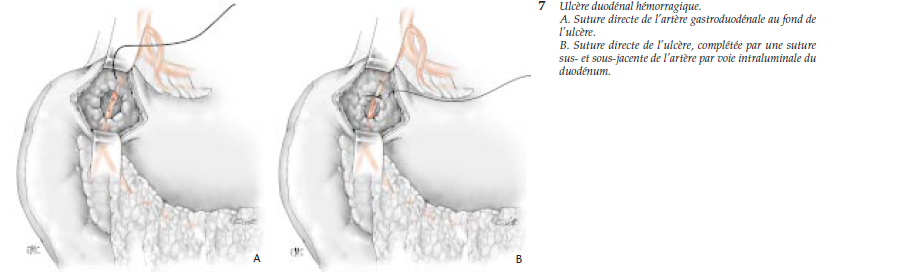
***ulcère duodénal:***

hémostase directe

hémostase par suture locale du foyer hémorragique

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

hémorragique



* hémostase indirecte

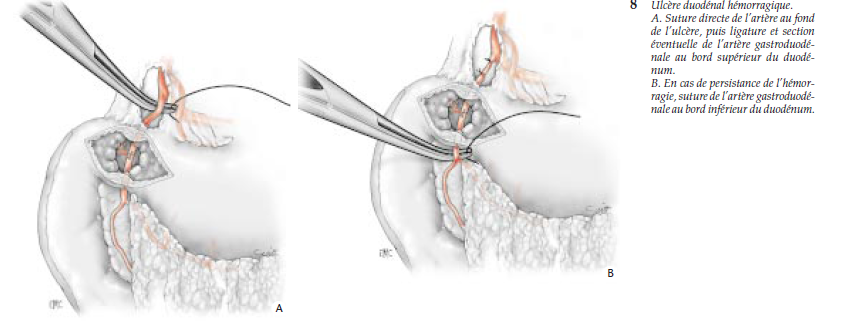
s’adresse aux ulcères duodénaux érodant l’artère gastroduodénale

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

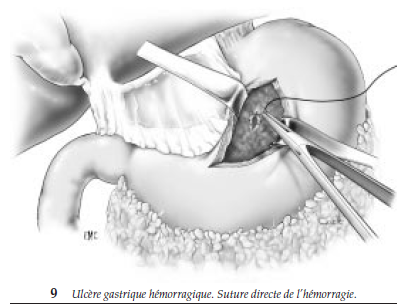
estomac decailloté et lavé au sérum physiologique chaud

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

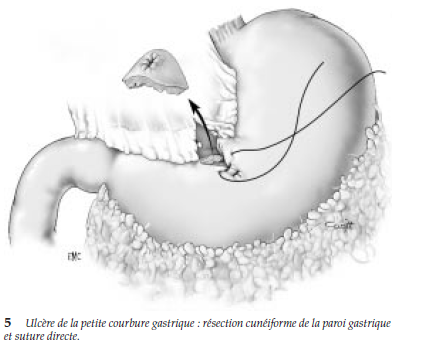
avantage est de réaliser le traitement de l’hémorragie et de la maladie ulcéreuse en même temps

**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

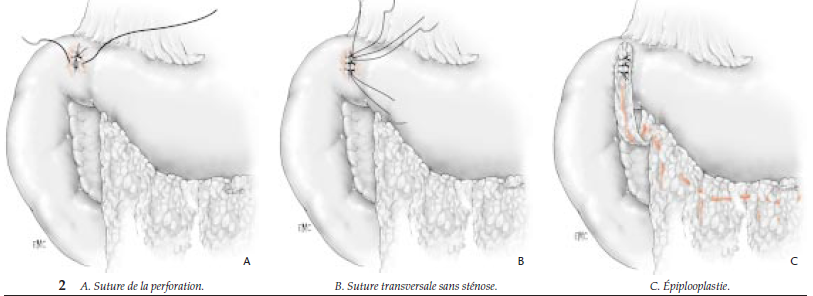
Prélèvement du liquide pour examen bactériologique

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.**