

ITEM 269 : ULCERE GASTRODUODENAL et GASTRITE

ULCERE GASTRO-DUODENAL			
<p>Ulçère = perte de substance de la paroi gastrique (UG) ou duodénale (UD) atteignant en profondeur la musculature</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incidence = 70 000/an en France (en ↘), 10% de mortalité si complication, plus fréquent au niveau duodénal < 55 ans - Prédominance masculine (2/1) pour l'ulçère duodénal - Ulçère chronique : socle scléro-inflammatoire contenant des <u>hyperplasies nerveuses</u> et des <u>lésions d'endartérite</u> → A différencier de l'érosion (atteinte limitée à la muqueuse) ou de l'ulcération (atteinte limitée à la sous-muqueuse) 			
Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> - Barrière muqueuse (stimulé par les prostaglandines) : pré-épithéliale (mucus, bicarbonate, phospholipides), épithéliale (cellules de surface), et sous-épithéliale (flux sanguin muqueux) → FDR UG (surtout par altération des défenses) : AINS, atrophie glandulaire, tabac, pan-gastrite à <i>H. pylori</i> → FDR UD (surtout lié à des situations d'<u>hypersécrétion acide</u>) : AINS, gastrite antrale à <i>H. pylori</i> 		
	Ulçère à <i>Helicobacter pylori</i>	<p><i>H. pylori</i> : BGN, résistant à l'acidité gastrique, principalement antrale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection le plus souvent dans l'enfance par voie oro-orale ou féco-orale - Touche la majorité des individus des pays en voie de développement, en ↘ dans les autres - Conséquence : gastrite aiguë puis gastrite chronique dans la majorité des cas - Complications : - Aucune dans la majorité des cas - Ulçère gastroduodénal - Cancer : ADK ou lymphome 	
	Ulçère aux AINS 1/3 des UGD	<ul style="list-style-type: none"> - Activité anti-COX1 → ↘ prostaglandine → altère les défenses : ulçère, le plus souvent gastrique - AINS sélectifs (coxibs) : ↘ le risque d'ulçère compliqué de 50% sans le supprimer - Aspirine à dose antiagrégante : potentiel ulcérogène, augmente le risque hémorragique 	
	Autres 20%	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Zollinger-Ellison (rare) = gastrinome → hypersécrétion de gastrine, UGD multiples et récidivants - Terrain à risque : réa (ulcères de stress biologique), tabac, Crohn, vascularite, comorbidités cardiovasculaires, rénales, hépatiques ou pancréatique ⚠ OH et café ne sont pas des FdR ⚠ 	
Clinique	Syndrome ulcéreux typique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur épigastrique : sans irradiation, à type de crampe ou faim douloureuse, calmée par les repas ou les antiacide, rythmée par les repas avec intervalle libre de 1 à 3h - Evolution spontanée par poussées de quelques semaines, séparées de périodes asymptomatiques de quelques mois/années → évocatrice d'un ulçère à <i>H. pylori</i> 	
	Syndrome ulcéreux atypique	= Plus fréquent : siège sous-costal droit ou gauche ou strictement postérieur , hyperalgie pseudo-chirurgical ou simple gêne, non rythmée par l'alimentation	
	Complication	= Parfois inaugurale : hémorragie, perforation, sténose	
Diagnostic	Paraclinique	Endoscopie digestive haute	<ul style="list-style-type: none"> = Visualisation du tractus digestif jusqu'au 2^e duodénum + biopsies - Ulçère = perte de substance creusante, de forme ronde, à fond pseudo-membraneux (blanchâtre), parfois nécrotique, à bords réguliers, surélevés et érythémateux - UG : antre ou petite courbure surtout, à risque de cancer → Biopsie des berges systématique +++ (6 à 12) - UD : en plein bulbe ou à la pointe du bulbe, sans risque de cancer → biopsie inutile Localisation post-bulbaire (très rare) : évocateur de Zollinger-Ellison, Crohn ou vascularite - Biopsies de l'antre et du fundus systématique : recherche de <i>H. pylori</i>, degré de gastrite
		Recherche de <i>H. pylori</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Examen histologique des biopsies antrales et fundiques = GOLD STANDARD - Culture avec antibiogramme systématique - ou PCR : si centre spécialisé
		Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Test respiratoire à l'urée marquée au ¹³C = contrôle de l'éradication des UD : à jeun(6h), arrêt des anti-acide = 1 semaines, IPP = 2 semaines et antibiotiques = 4 semaines - Sérologie <i>H. pylori</i> = en cas de situation diminuant la sensibilité des techniques sur biopsies : IPP ou antibiothérapie récente, hémorragie, atrophie gastrique
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Clinique</u> : ADK/lymphome gastrique, douleur pancréatique ou biliaire, insuffisance coronarienne, péricardite, ischémie mésentérique, douleur vertébrale projetée, dyspepsie non ulcéreuse - <u>Endoscopique</u> : ADK ulcéreux, ulçère gastrique lymphomateux, maladie de Crohn gastrique ou duodénale 	
	Ulçère de stress	<ul style="list-style-type: none"> = Patient en réa avec défaillance viscérale : ulcérations multiples nécrotico-hémorragiques → FDR : intubation et ventilation mécanique > 48h, troubles de coagulation, brûlures étendues, TC 	

Complications	Hémorragie digestive	Fréquente, +/- inaugurale, 30-40% des hémorragies digestives hautes , mortalité 10% (>75ans) - FDR : AINS, antiagrégant ou anticoagulant, ATCD ulcère (compliqué ou non), âge > 65 ans - Clinique/Bio : anémie ferriprive, hématomèse, mélèna, voir choc hémorragique - Endoscopie : après correction du choc hémorragique, affirme l'origine ulcéreuse ± hémostase endoscopique si saignement persistant en jet/en nappe, vaisseau visible ou caillot adhérent	
		Classification de Forrest	- IA : jet artériel - IB : suintement - IIA : vaisseau visible - IIB : caillot adhérent - IIC : tâche noire - III : pas de signe
	Perforation ulcéreuse	= Favorisée par les AINS, masquée par la prise de corticoïdes - Perforation en péritoine libre : douleur épigastrique intense en coup de poignard de début brutal, nausées et vomissements, signes de choc, sans fièvre, disparition de la matité pré-hépatique (inconstante), contracture épigastrique puis généralisée → TDM : pneumopéritoine avec réaction inflammatoire antro-pyloro-bulbaire → ⚠ Contre-indication absolue à l'endoscopie ⚠ - Perforation au contact d'un organe (pancréas ++) = ulcère perforé-bouché : régression de la douleur initiale, <u>sans pneumopéritoine</u> , évolution possible vers la formation d'un abcès	
	Sténose ulcéreuse	= Complication rare des ulcères <u>bulbaires</u> et <u>pré-pyloriques</u> - Vomissements post-prandiaux tardifs +++ : risque de déshydratation et de troubles ioniques - A l'examen : clapotage gastrique à jeun (stase gastrique) et ondes péristaltiques - Endoscopie + biopsies : élimine un cancer/lymphome	
Transformation cancéreuse	- UG : - ADK sur muqueuse atrophique (→ métaplasie → dysplasie → cancer invasif) - Risque de cancérisation à distance due à la gastrite à <i>H. pylori</i> - UD : JAMAIS de transformation cancéreuse		
PEC des ulcères non compliqués	= Réduit le risque de récurrence à 5% à 1 an (contre 50 à 80% sans éradication)		
	Clarithro S	Trithérapie → pendant 10 jours IPP double dose + amoxicilline + clarithromycine	
	Clarithro R	Si souche sensible à la lévofloxacine : Trithérapie → pendant 10 jours IPP double dose + amoxicilline + lévofloxacine	
		Si souche résistante à la lévofloxacine : Quadrithérapie Bismuthé → Pendant 10 jours IPP double dose + métronidazole + tétracycline + sel de bismuth	
	Gastroskopie + biopsie non faites = traitement probabiliste	Quadrithérapie concomitante → pendant 14 jours IPP à double dose + amoxicilline + clarithromycine + métronidazole	
		Quadrithérapie bismuthée → Pendant 10 jours IPP double dose + métronidazole + tétracycline + sel de bismuth	
	Suites	IPP à pleine dose pendant 6 semaines supplémentaire	- Ulcère gastrique : systématique - Ulcère duodénal : si poursuite d'un AINS, anticoagulant ou antiagrégant, persistance de douleurs épigastriques ou ulcère initialement compliqué
IPP à demi-dose en continu		- UGD (<u>compliqué ou non</u>) si poursuite d'un traitement par AINS - UGD <u>compliqué</u> si poursuite d'un traitement par aspirine	
Suivi	TTT d'éradication = 10% d'échec → Contrôle systématique 4 semaines après la fin des ATB et 2 semaines après la fin des IPP - Méthode : - UD : test respiratoire à l'urée marquée - UG : test respiratoire à l'urée marquée + endoscopie gastrique avec biopsies antrales et fundiques + biopsie de la zone cicatricielle (possible cicatrisation d'un cancer ulcéreux) - En cas d'éradication réussie : aucune indication d'IPP au long cours, risque de réinfection très faible - En cas d'échec : switch de la stratégie thérapeutique (concomitante ↔ bismuthée) - En cas de 2 nd échec : endoscopie avec culture pour antibiogramme et antibiothérapie adaptée - En cas d'échec après plusieurs lignes de ttt : IPP à dose préventive au long cours si UGD <u>compliqué</u>		

	Ulcère aux AINS & Aspirine	<ul style="list-style-type: none"> - TTT curatif : IPP 4 semaines si UD ou 8 semaines si UG ± maintien des AINS (arrêt aspirine) - Contrôle endoscopique de cicatrisation + biopsie (berge + antré + fundus) systématique si UG aux AINS - TTT préventif : IPP pendant la durée d'un traitement par AINS si âge > 65 ans, antécédents d'ulcère gastro-duodénal et/ou association d'AINS avec un antiagrégant, des corticoïdes ou un anticoagulant Coxibs : réduisent le risque de complication, mais nécessité d'un ttt préventif si patient à très haut risque	
	Ulcère non lié à <i>H. pylori</i> ou aux AINS	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer : syndrome de Zollinger-Ellison (si duodénal), maladie de Crohn, lymphome ou cancer gastrique - UD : IPP pendant 4 semaines puis discuter un traitement par IPP au long cours - UG : IPP pendant 4 à 8 semaines suivi d'un contrôle endoscopique avec biopsies, répété en cas d'absence de cicatrisation, voire discuter la chirurgie si nouvel échec 	
	TTT chirurgical (rare si pas de complication)	<p><u>Indications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se discute en cas d'UGD non lié à HP ou gastrotoxique, avec rechute fréquente malgré IPP au long cours ou mauvaise observance. - Si hémorragie ulcéreuse non contrôlée en endoscopie : chirurgie d'hémostase ou résection (urgence) 	
TTT d' ulcères compliqués		<p>UG</p> <p>Gastrectomie atypique ou antrectomie ou gastrectomie totale (si dysplasie plurifocale)</p> <p>- Indication : non cicatrisé après 3-4 mois de traitement ou avec dysplasie sévère</p>	
		<p>UD</p> <p>= Vagotomie hyper-sélective ou vagotomie tronculaire avec antrectomie</p> <p>→ Eliminer formellement un syndrome de Zollinger-Ellison avant la chirurgie</p>	
	Ulcère perforé		<p>→ Hospitalisation en urgence en réa + SNG en aspiration</p> <p>- Antibiothérapie probabiliste large spectre</p> <p>- IPP forte dose : bolus de 80 mg IVL puis 8 mg/h</p>
		Traitement médical	<p>= Méthode de Taylor : mise à jeun ± nutrition parentérale</p> <p>- Possible si : - Diagnostic certain - Terrain favorable</p> <p>- Survenu à jeun (> 6h) - Sans fièvre, choc ou hémorragie</p> <p>- Traitement débuté dans les < 6h</p> <p>→ TDM abdominal possible pour préciser l'indication</p>
		Traitement endoscopique	L'endoscopie digestive haute est contre indiqué +++
	Traitement chirurgical	<p>- Suture de l'ulcère ± exérèse avec examen histologique et bactériologique</p> <p>- Lavage péritonéal</p>	
Sténose ulcéreuse pyloro-bulbaire		<p>1. TTT médical : SNG (évacuer la stase gastrique), perfusion (corriger trouble hydroélectrolytique+ IPP)</p> <p>2. TTT endoscopique si échec : dilatation de la sténose au ballonnet + biopsies de la zone sténosée</p> <p>3. TTT chirurgical si échec : antrectomie avec anastomose gastro-jéjunale</p>	

Références : Référentiel du collège d'HGE et de chirurgie digestive, HAS Reco 2017