



Ulcère de l'estomac - Ulcère du duodénum

[Pourquoi fait-on un ulcère gastrique ou duodéal ?](#)

[L'ulcère est-il une maladie fréquente ?](#)

[Quels symptômes peuvent accompagner un ulcère ?](#)

[Quels sont les médicaments diminuant la sécrétion d'acide ?](#)

[Comment traiter l'infection par *H. pylori* ?](#)

[Quelle est l'évolution possible d'un ulcère duodéal ?](#)

[Qu'est ce que le syndrome de Zollinger-Ellison ?](#)

[Quels sont les buts du traitement médical de l'ulcère duodéal non compliqué ?](#)

[Le traitement médical de l'ulcère duodéal est-il efficace ?](#)

[Dans quelles situation prescrit-on un traitement d'entretien ?](#)

[Quelles sont les causes de récurrence d'un ulcère duodéal ?](#)

[Pourquoi propose t-on parfois un traitement chirurgical dans l'ulcère duodéal ?](#)

[Quand envisager un éventuel traitement chirurgical dans l'ulcère duodéal ?](#)

[Quelle est l'évolution possible d'un ulcère de l'estomac ?](#)

[Pourquoi faut-il toujours vérifier la disparition de l'ulcère de l'estomac après traitement ?](#)

[Quel est le traitement médical d'un ulcère de l'estomac ?](#)

[Ulcère de l'estomac et traitement par anti-inflammatoires. Que faire ?](#)

[Quels est le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ?](#)

[Comment rétablir le circuit digestif après ablation de l'estomac ?](#)

[Quels sont les mécanismes de saignement d'un ulcère gastrique ou duodéal ?](#)

[Comment savoir si un ulcère de l'estomac ou du duodénum saigne ?](#)

[Que fait-on lors de l'hospitalisation en urgence d'une hémorragie ulcéreuse ?](#)

[Quelles sont les conséquences biologiques d'une sténose pyloro-bulbaire ?](#)

[Quelles sont les causes de rétrécissement gastrique, pylorique ou duodéal ?](#)

[Quel est le traitement d'une perforation d'ulcère ?](#)

[Perforation d'ulcère : peut-on parfois éviter une intervention chirurgicale ?](#)

2.4.1. Pourquoi fait-on un ulcère gastrique ou duodéal ?

L'ulcère duodéal ou gastrique résulte d'un déséquilibre en un point précis de la muqueuse, entre des facteurs d'agression (sécrétions acide et peptique) et des facteurs de défense (mucus, épithélium de surface, vascularisation muqueuse, faculté de la muqueuse à s'opposer à la rétrodiffusion des ions H⁺ et prostaglandines). Il est généralement admis que dans l'ulcère duodéal, le facteur dominant est l'agression chlorhydropeptique alors que dans l'ulcère gastrique c'est l'altération de la muqueuse gastrique. Ce déséquilibre résulte de l'intrication de différents facteurs génétiques et d'environnement.

Parmi ces derniers, on peut agir sur les suivants :

- l'infection à *H. pylori*, qui est présente dans 85 % des cas d'ulcère gastrique et dans 95 % des cas d'ulcère duodéal, contre 30 % dans la population générale. Un sujet infecté sur six développe un ulcère duodéal. L'infection favorise l'ulcère gastrique par l'intermédiaire de la gastrite qu'elle entraîne et l'ulcère duodéal en colonisant des zones de métaplasie antrale au niveau du duodénum, en augmentant la gastrinémie et peut-être la sécrétion acide ;
- la prise d'AINS et d'aspirine ;
- le tabac.

2.4.2. L'ulcère est-il une maladie fréquente ? (figures 10 > 11)

L'ulcère duodéal était jusqu'au début des années 1990 une maladie fréquente (8 % environ de la population active), plus souvent rencontrée chez l'homme que chez la femme (trois cas pour un). L'ulcère duodéal est beaucoup plus fréquent que l'ulcère gastrique (quatre cas pour un) et affecte des sujets plus jeunes. L'incidence des ulcères est en diminution marquée ces dernières années.

2.4.3. Quels symptômes peuvent accompagner un ulcère ?

L'ulcère (duodéal ou gastrique) se révèle par un syndrome ulcéreux et, plus rarement, par une brûlure épigastrique ou un syndrome dyspeptique, des vomissements, une hémorragie, une perforation, mais il peut aussi être latent cliniquement. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une lésion ulcéreuse à l'endoscopie digestive haute.

2.4.4. Quels sont les médicaments diminuant la sécrétion d'acide ?

Ils sont de deux types : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂).

Les IPP sont : l'oméprazole, le lansoprazole, le pantoprazole, le rabéprazole et l'esoméprazole

2.4.5. Comment traiter l'infection par *H. pylori* ?

Le traitement d'éradication comprend une bi-antibiothérapie associée à un antisécrétoire. Les associations les mieux validées sont : IPP, une dose unitaire deux fois par jour, amoxicilline, 1 g deux fois par jour, clarithromycine, 500 mg deux fois par jour pendant 7 jours. Le métronidazole à la dose de 500 mg deux fois par jour peut être utilisé à la place de la clarithromycine ou de l'amoxicilline.

L'éradication, définie par l'absence du germe dans l'estomac au moins 4 semaines après la fin de tout traitement, est obtenue dans 70 à 80 % des cas. Les échecs sont dus à une mauvaise observance du traitement et/ou à une résistance primaire aux macrolides ou aux imidazolés.

Un contrôle de l'éradication s'impose en cas de maladie ulcéreuse fréquemment récidivante, d'antécédents de complications ou de terrain à risque (anticoagulants...). Il est au mieux réalisé par la pratique d'un test indirect (2.1.14).

En cas d'échec de l'éradication, une culture des biopsies avec antibiogramme est souhaitable, de manière à pouvoir adapter un traitement de deuxième ligne.

2.4.6. Quelle est l'évolution possible d'un ulcère duodéal ?

Un ulcère duodéal (**figure 12**) peut cicatrifier et récidiver (60 % à 1 an), se compliquer : hémorragie, perforation et sténose (ulcère juxtapylorique). Il ne se transforme jamais en cancer.

2.4.7. Qu'est ce que le syndrome de Zollinger-Ellison ?

Le SZE représente une forme rare, mais grave, de maladie ulcéreuse. Les ulcères duodénaux, parfois multiples et/ou de site inhabituel et/ou compliqués de diarrhée, en sont les manifestations cliniques les plus évocatrices. Le SZE est lié à une tumeur endocrine duodéno pancréatique sécrétant de la gastrine (gastrinome).

Le diagnostic repose sur l'étude de la sécrétion gastrique acide et de la gastrinémie basale et après injection de sécrétine (augmentation paradoxale de la sécrétion acide et de la gastrinémie), et la mise en évidence du processus tumoral. Son traitement est symptomatique (IPP), et si possible antitumoral (exérèse chirurgicale).

2.4.8. Quels sont les buts du traitement médical de l'ulcère duodéal non compliqué ?

Le traitement médical vise à calmer la douleur ulcéreuse, à accélérer la cicatrisation de l'ulcère et à prévenir les récurrences et les complications. Il repose sur l'éradication de l'infection à *H. pylori*.

2.4.9. Le traitement médical de l'ulcère duodéal est-il efficace ?

Le taux de cicatrisation à 4 semaines est de 90 à 95 %. Le contrôle endoscopique de la cicatrisation n'est pas nécessaire sauf en cas de persistance des symptômes. Le contrôle de l'éradication de *H. pylori*, lorsqu'il est décidé, est réalisé 4 semaines après la fin du traitement, de préférence par un test indirect

2.4.10. Dans quelles situations prescrit-on un traitement d'entretien ?

Un traitement antisécrétoire peut être proposé en cas d'échec d'éradication de *H. pylori* ou en cas d'ulcère *H. pylori* négatif (après avoir exclu l'hypothèse d'un SZE et d'une maladie de Crohn).

2.4.11. Quelles sont les causes de récurrence d'un ulcère duodéal ?

Les principales causes de récurrence d'un ulcère duodéal sont : l'absence ou l'échec d'éradication de l'infection à *H. pylori*, la prise d'AINS ou d'aspirine, et le SZE.

2.4.12. Pourquoi propose-t-on parfois un traitement chirurgical dans l'ulcère duodéal ?

Le but du traitement chirurgical de l'ulcère duodéal est de réduire l'agression chlorhydropeptique de la paroi digestive : vagotomie hypersélective ou, le cas échéant, vagotomie tronculaire associée à une pyloroplastie

2.4.13. Quand envisager un éventuel traitement chirurgical dans l'ulcère duodéal ?

L'indication d'un traitement chirurgical en dehors de l'urgence est devenue exceptionnelle : les ulcères duodénaux non contrôlés par un traitement médical correct et les patients ne pouvant se soumettre à ce traitement ; les indications de nécessité que sont les ulcères duodénaux compliqués (sténose organique pyloro-duodénale, hémorragie et perforation). Dans ces cas, l'éradication de *H. pylori* devra être réalisée secondairement.

2.4.14. Quelle est l'évolution possible d'un ulcère de l'estomac ? (**figure 11**)

Elle est analogue à celle de l'ulcère duodéal, mais en diffère par le risque de cancer. La cancérisation est rare ; elle est difficile à distinguer d'un cancer gastrique ulcéré.

2.4.15. Pourquoi faut-il toujours vérifier la disparition de l'ulcère de l'estomac après traitement ?

Le problème diagnostique essentiel est celui de la nature bénigne ou maligne de l'ulcère. Il n'est résolu que par l'examen histologique des biopsies multiples réalisées au pourtour de l'ulcère lors de l'endoscopie initiale et sur l'ulcère persistant ou sa cicatrice lors de l'endoscopie de contrôle qui doit être systématiquement effectuée après 6 semaines de traitement.

2.4.16. Quel est le traitement médical d'un ulcère de l'estomac ?

Le traitement comporte :

- l'arrêt des médicaments gastrototoxiques (AINS, aspirine) ;
- l'arrêt du tabac;
- un antisécrétoire pendant 6 semaines et un traitement d'éradication de *H. pylori* quand il est présent. Un contrôle endoscopique et histologique sera réalisé systématiquement à la fin du traitement. Un contrôle de l'éradication de *H. pylori* est souhaitable 4 semaines après l'arrêt du traitement antisécrétoire

2.4.17. Ulcère de l'estomac et traitement par anti-inflammatoires. Que faire ?

Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement prolongé par antisécrétoires pour un ulcère gastrique apparu sous AINS ou aspirine si ces derniers peuvent être arrêtés. Dans le cas contraire, une prévention par IPP ou par misoprostol 400 mcg/j est nécessaire.

2.4.18. Quels est le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac ?

C'est, dans la majorité des cas la gastrectomie. Exceptionnellement, la localisation (sous-cardiale) ou les conditions d'urgence (hémorragie, perforation...) ou de terrain conduisent à un geste plus limité. Les indications de la chirurgie pour ulcère gastrique sont devenues rares, en dehors des complications.

2.4.19. Comment rétablir le circuit digestif après ablation de l'estomac ?

Après gastrectomie partielle, le rétablissement de la continuité peut se faire de deux façons:

- anastomose gastroduodénale (Péan ou Billroth I), qui maintient le duodénum en circuit ;
- anastomose gastrojéjunale (Billroth II) sur toute la tranche gastrique (Polya) ou sur la moitié inférieure (Finsterer).

2.4.20. Quels sont les mécanismes de saignement d'un ulcère gastrique ou duodénal (figures 11) ?

Ce sont :

- l'hémorragie par ulcération vasculaire (grosse branche artérielle pariétale ou artère de voisinage, en particulier l'artère gastro-duodénale pour les ulcères de la face postérieure du bulbe duodénal, l'artère coronaire stomacique pour les ulcères de la petite courbure gastrique...);
- l'hémorragie muqueuse en nappe, ou l'hémorragie artériolaire.

2.4.21. Comment savoir si un ulcère de l'estomac ou du duodénum saigne ?

Une hémorragie ulcéreuse peut se manifester cliniquement par une hématemèse (vomissements de sang) et/ou par un méléna (émission de sang noir par l'anus), une anémie aiguë, un collapsus avant extériorisation de l'hémorragie ou des rectorragies massives.

L'abondance de l'hémorragie est évaluée :

- essentiellement sur des critères cliniques (signes de choc, syncope, soif et polypnée) et à l'examen (refroidissement des extrémités, chute tensionnelle et tachycardie) ;
- sur la chute de l'hématocrite, qui peut être retardée (prise de sang);
- et selon l'évolution. Le critère évolutif principal est le volume de sang transfusé pour maintenir la tension artérielle et le pouls dans les limites de la normale. Une transfusion est nécessaire, lorsque l'hémoglobine se situe en dessous de 7 à 9 g selon les circonstances et le terrain.

2.4.22. Que fait-on lors de l'hospitalisation en urgence d'une hémorragie ulcéreuse ?

Après évaluation de l'état hémodynamique, une voie d'abord veineuse de gros calibre sera immédiatement mise en place. Des prélèvements (pour NFS, bilan d'hémostase, groupe, Rh et RAI) seront réalisés. Une sonde gastrique à double courant est parfois mise en place pour vérifier la présence de sang dans l'estomac et réaliser si besoin un lavage gastrique à l'eau glacée. Une endoscopie sera faite en urgence dès que les premières mesures de réanimation auront permis de rétablir un état hémodynamique convenable. Cet examen permettra de localiser le saignement, d'en préciser la cause et le mécanisme, de rechercher une lésion associée, et dans de nombreux cas de faire un traitement hémostatique (injections hémostatiques, pose de clip ou électrocoagulation). L'intervention chirurgicale est indiquée en cas de persistance de l'hémorragie ou de rechute précoce. Le meilleur traitement est alors l'exérèse qui dépend également de la localisation de l'ulcère (figure 13) .

2.4.23. Quelles sont les conséquences biologiques d'une sténose pyloro-bulbaire ?

Au cours d'une sténose du pylore, les vomissements entraînent :

- une perte de liquides responsable de déshydratation extra-cellulaire avec hémococoncentration ;
- une perte d'électrolytes (chlore, ions H⁺, sodium et potassium) responsable, au niveau sanguin, d'une hypochlorémie franche, d'une hyponatrémie et d'une hypokaliémie, d'une élévation des bicarbonates et du pH

(alcalose métabolique).

2.4.24. Quelles sont les causes de rétrécissement gastrique, pylorique ou duodéal ?

Les principales causes de sténose non ulcéreuse sont :

- au niveau gastrique, le cancer ;
- au niveau du pylore, le cancer antral
- au niveau duodéal, les compressions extrinsèques d'origine pancréatique, les rares cancers du duodénum et les hématomes intramuraux.

2.4.25. Quel est le traitement d'une perforation d'ulcère ?

Après hospitalisation, le traitement d'une perforation ulcéreuse repose sur deux méthodes principales :

- le traitement médical conservateur (méthode de Taylor) : aspiration gastrique, réhydratation hydroélectrolytique par voie veineuse ± nutrition parentérale, antibiothérapie à large spectre, antisécrétoires puissants par voie veineuse... ;
- le traitement chirurgical (suture ou résection gastrique). Il a pour but de traiter la péritonite (lavage péritonéal) et la perforation (suture ou excision), parfois également la maladie ulcéreuse (vagotomie tronculaire ou partielle). Il peut être réalisé par coelochirurgie ou par chirurgie conventionnelle.

2.4.26. Perforation d'ulcère : peut-on parfois éviter une intervention chirurgicale ?

Une perforation peut être traitée de façon conservatrice si :

- elle est survenue à jeun ;
- elle est prise en charge rapidement, dans les 6 heures ;
- il n'y a pas de fièvre, de signes de choc et d'hémorragie associée.

Dans toute autre situation, une intervention chirurgicale d'urgence est nécessaire pour assurer la toilette péritonéale et traiter la perforation.