

Ulcère gastro-duodénal

Pr Merrot Thierry

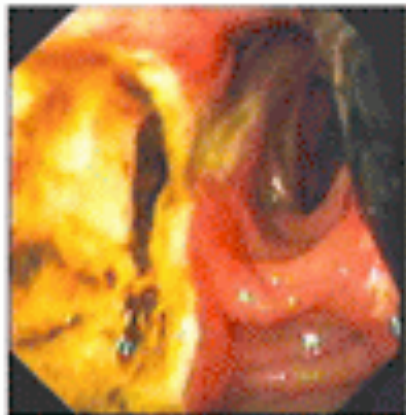
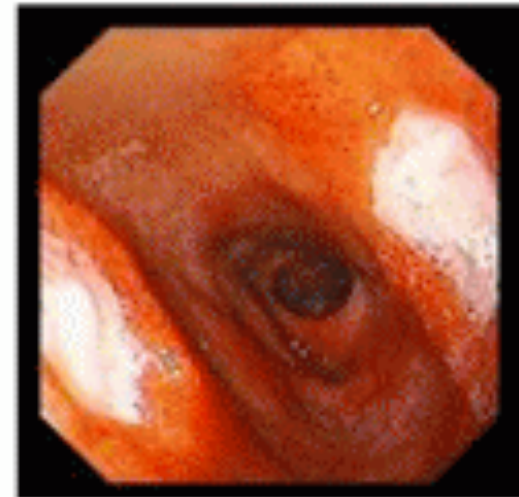
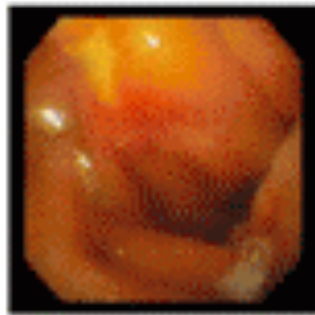
Généralités

- 1/2500 hospitalisations
- 4 à 6 cas par an
- Localisation :
 - duodénum de + 8-10 ans
 - gastrique : exception!
- Place de l'hélicobacter Pylori
- Chirurgie?

Ulcère gastroduodénal

- Primaire
- Duodénum
- 15% porteur HP
- Endoscopie: ulcération ronde ou ovale avec pourtours débris de fibrine
- Biopsies antrales (urease Kit)
- Test respiratoire
- Sérologie
- Ag dans les selles
- Secondaire
- HP négatif => gastrinémie
- Stress : NNé
- Stéroïdes
- AINS
- Crohn
- Zollinger-Ellison (gastrinome pancréas, gastrique ou duodéal, garçon, - de diarrhée vs adulte)
- Perforation ou hémorragie

Ulcère duodénal : aspects endoscopiques



Ulcère gastroduodénal

- Traitement
 - IPP + 2 AB
(amoxicilline
100mg/Kg/j ,
métronidazole,
claritromimycine
15mg/Kg/j) 7 à 14 j
 - Récidives 2%
- Traitement
 - Hémorragie :
endoscopie clip,
injection
 - Perforation :
médicalisation si
parfaitement tolérée
sinon chirurgie

Place de la chirurgie

■ 4 éventualités:

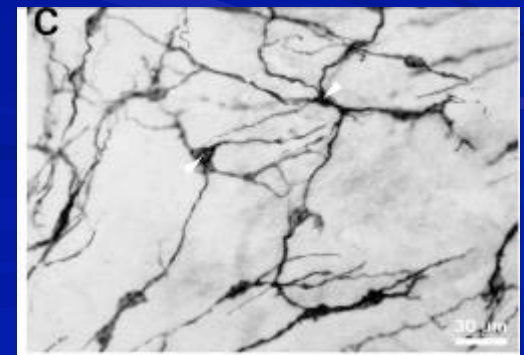
– Aiguë :
*perforation
*hémorragie

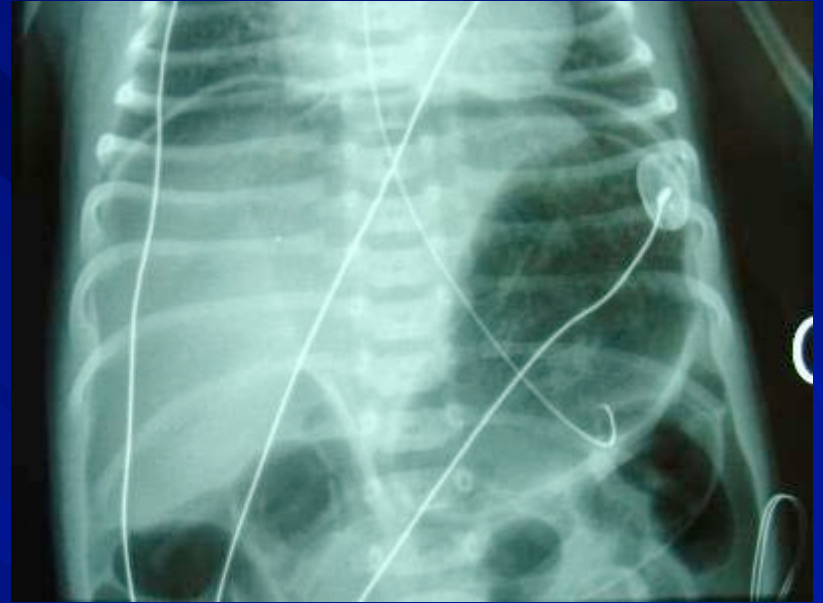
– Chronique :
*sténose antropylobulbaire

*résistance au traitement

La perforation ulcéreuse

- Révélatrice de :
 - 0 à 5% des Ulcères primitifs
 - 25% ulcères secondaires
- Perforation gastrique :
 - hypoperfusion
 - altération cellules de Cajals
- Perforation néonatale





Hémorragie digestive

- Primitif :

- 10 à 60%

- 25 à 60% révélatrice

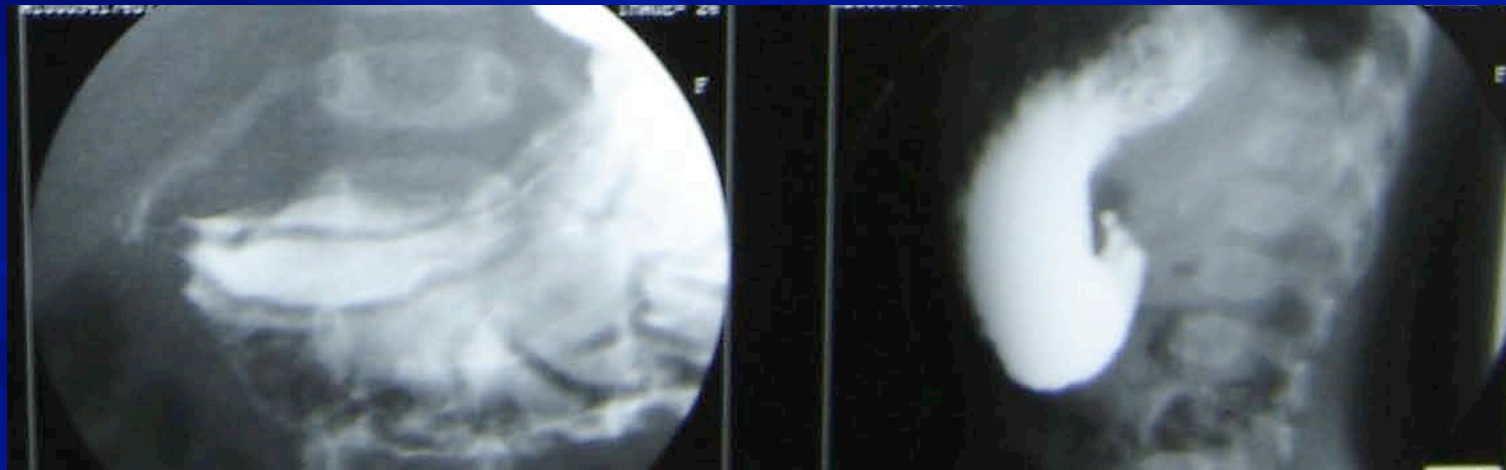
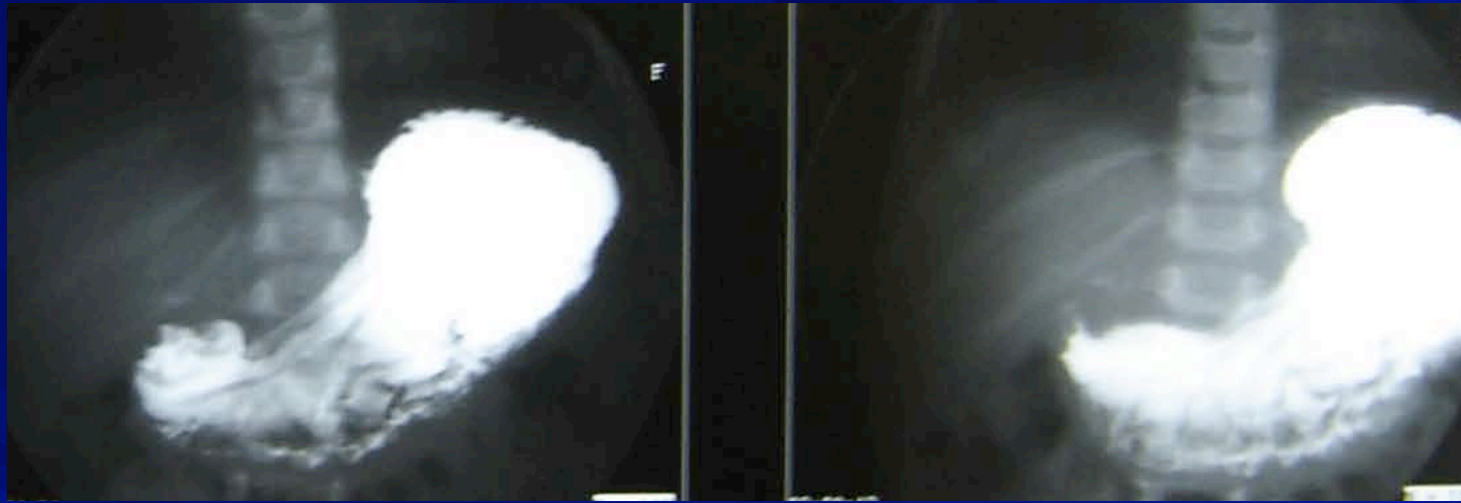
- Secondaire :

- 1/2 révélatrice

- Duodéal = gastrique

Sténose antropylobulbaire

- Jeune enfant
- Evolution ancienne
- Fréquence 2 à 13%
- ↓ l'incidence avec IPP/anti H2



Résistance-récidives

- 10 à 70%
- 1/4 à 50% seront opérées:
 - Échec traitement médical
 - Complications => chirurgie après TRT médical

Possibilités thérapeutiques

- Sutures
- Vagotomies
- Gastrectomies

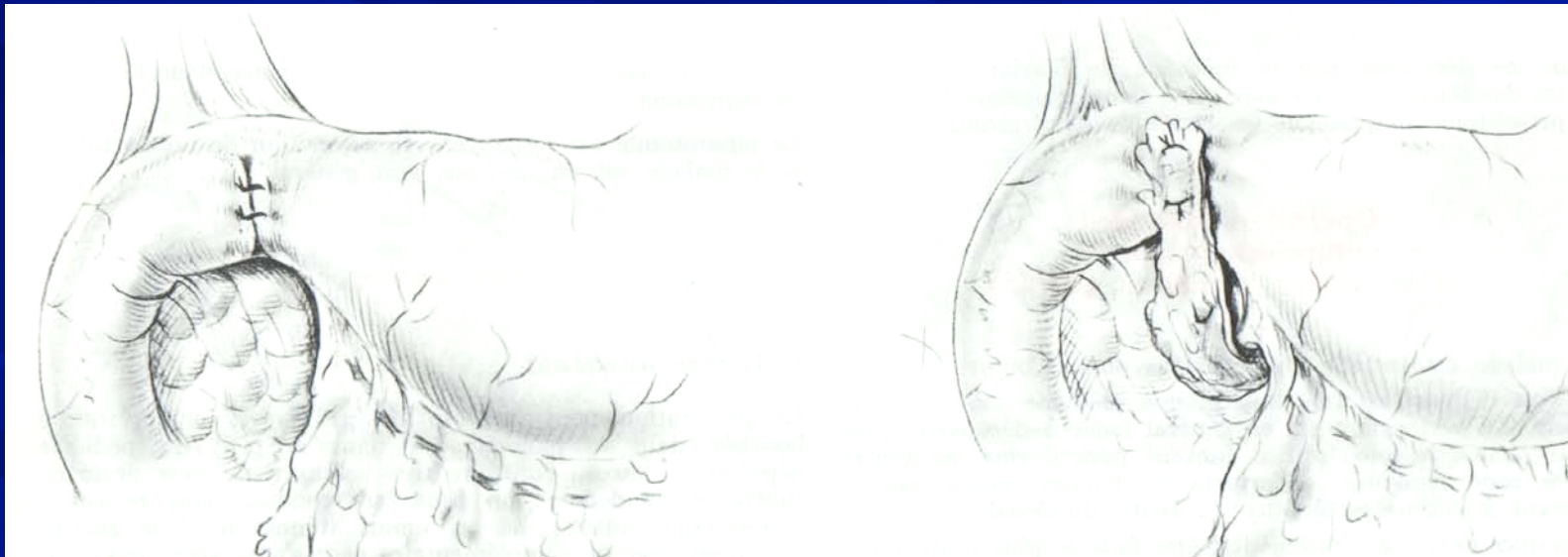
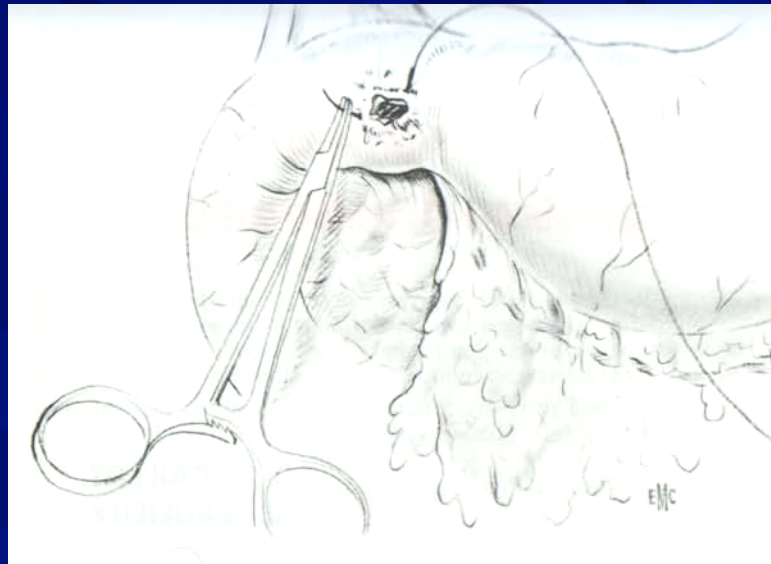
Gestes chirurgicaux simples

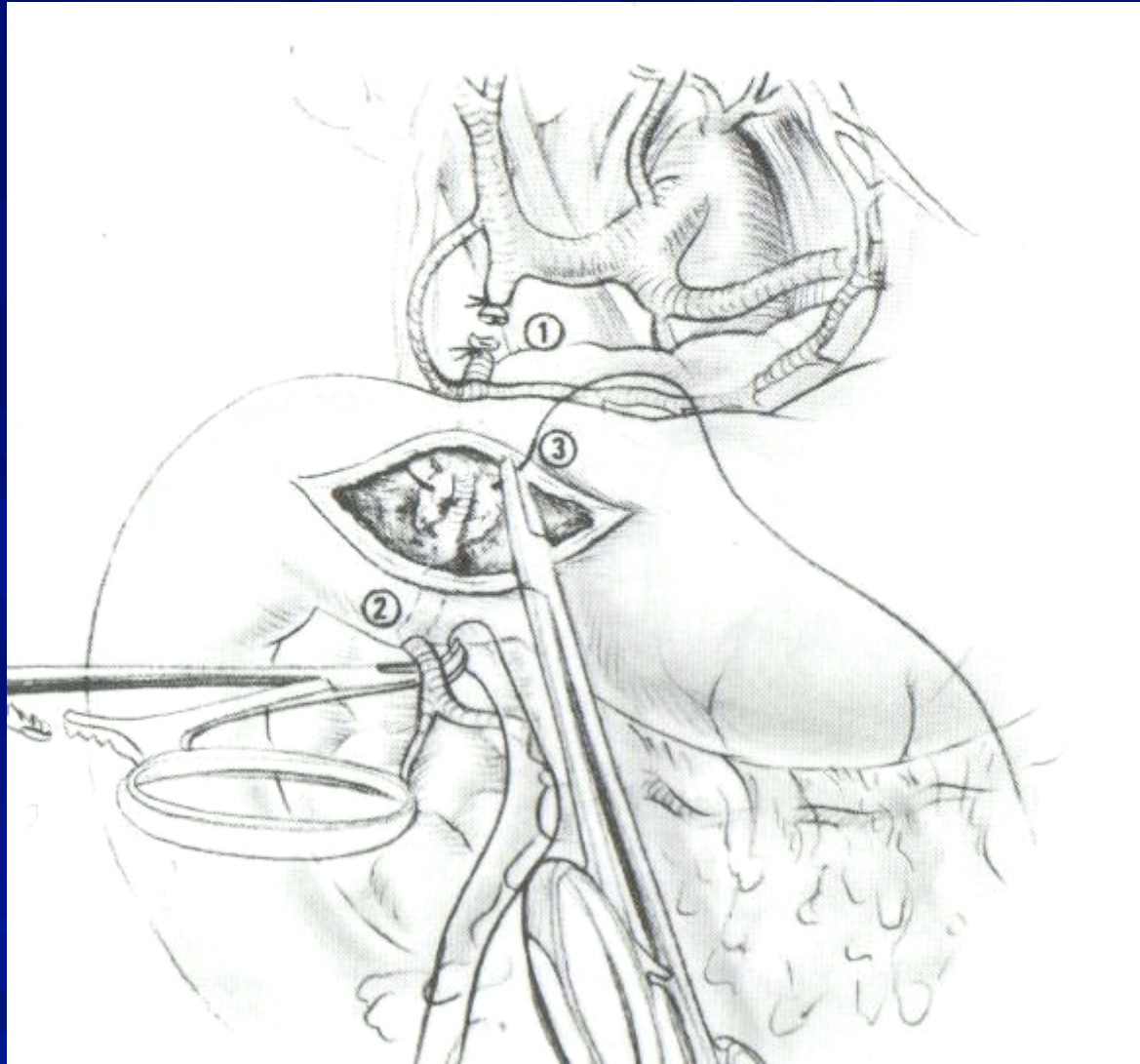
Perforation

- Sutures
- Epiploplastie
- Encollage simple
- Approche mini-invasive

Hémostase

- par des points en X





Vagotomies

- Tronculaire
 - Sélective
 - Hypersélective + antireflux sans pyloroplastie
- } pyloroplastie

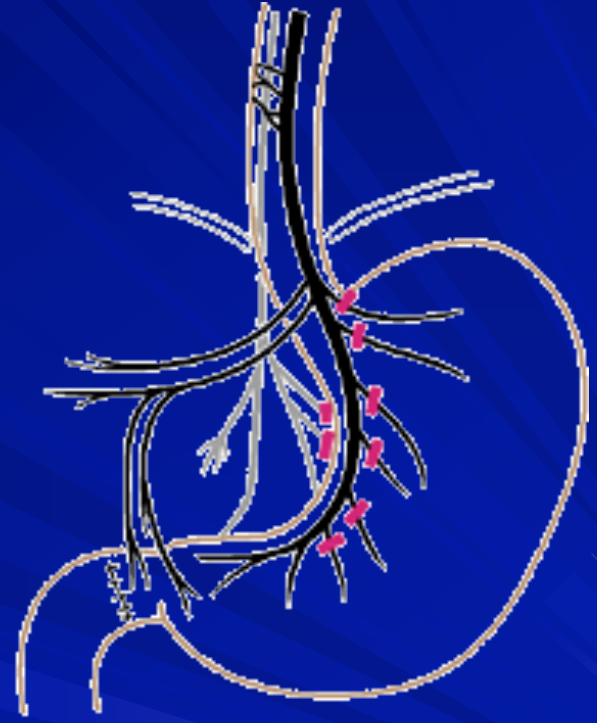
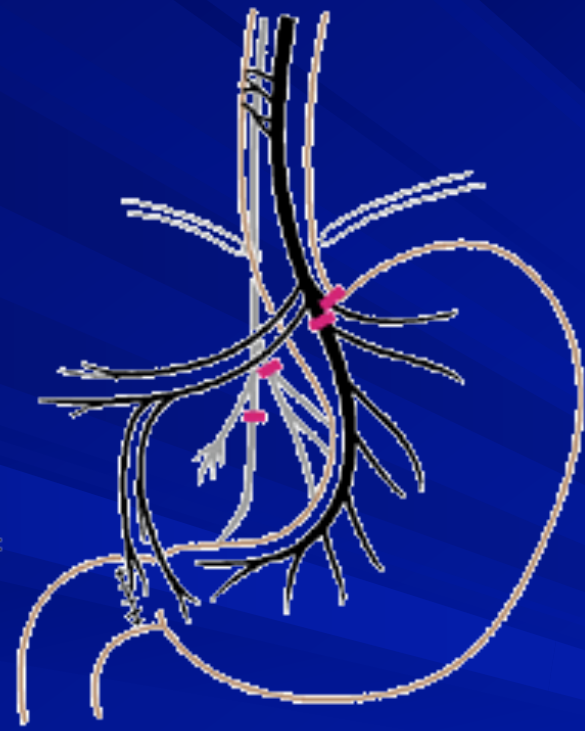
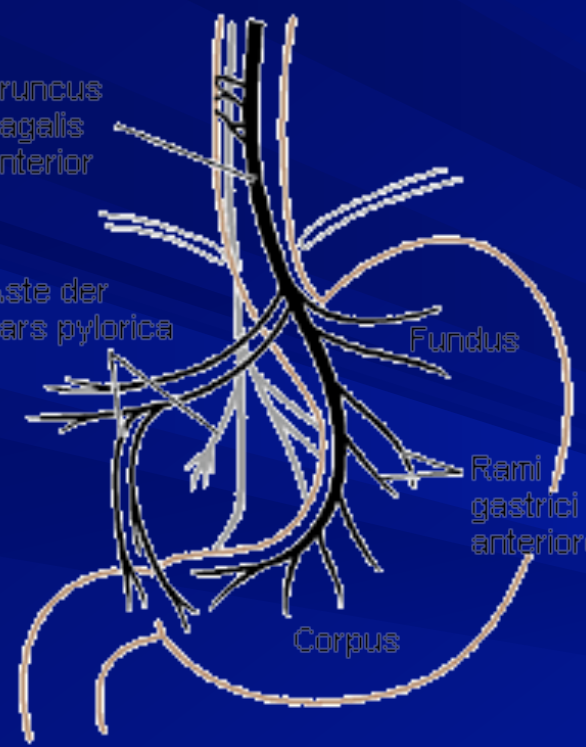
Truncus
vagus
anterior

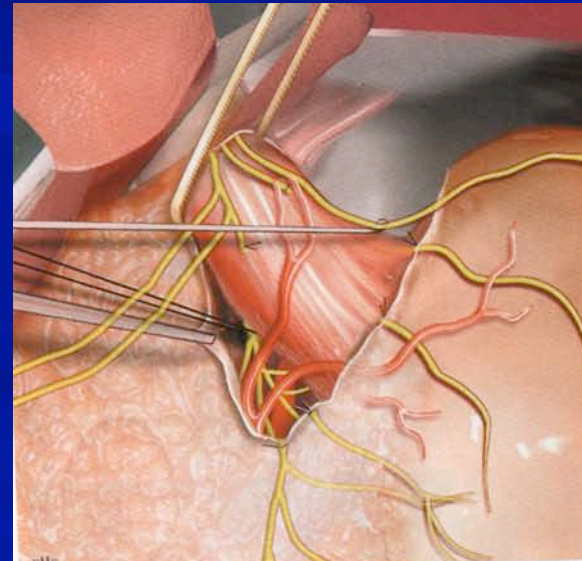
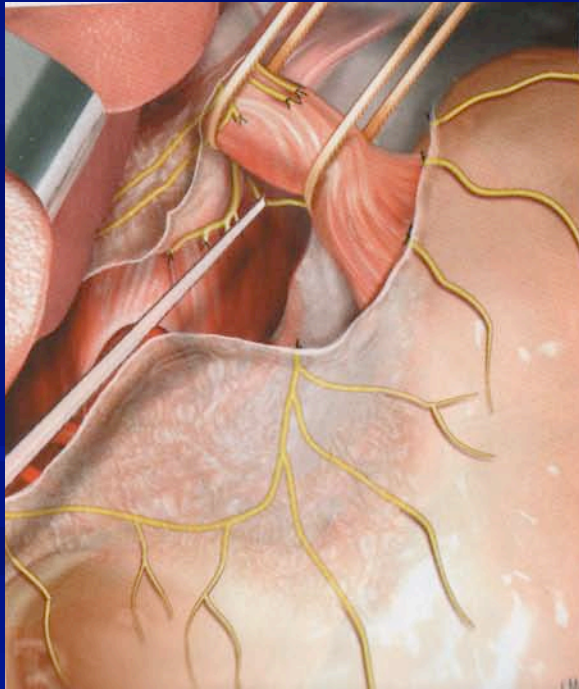
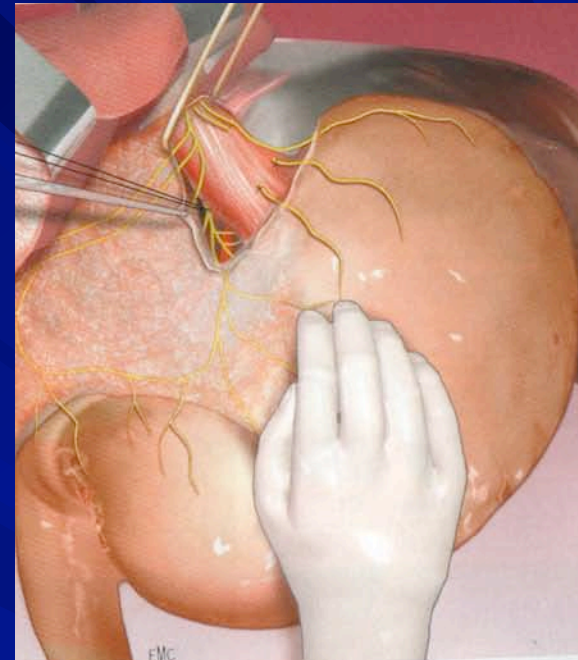
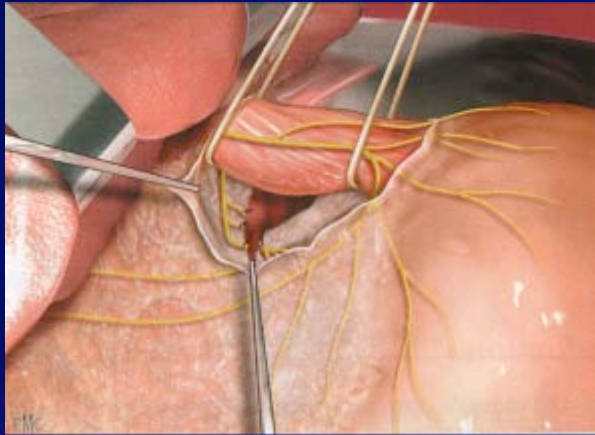
Äste der
Pars pylorica

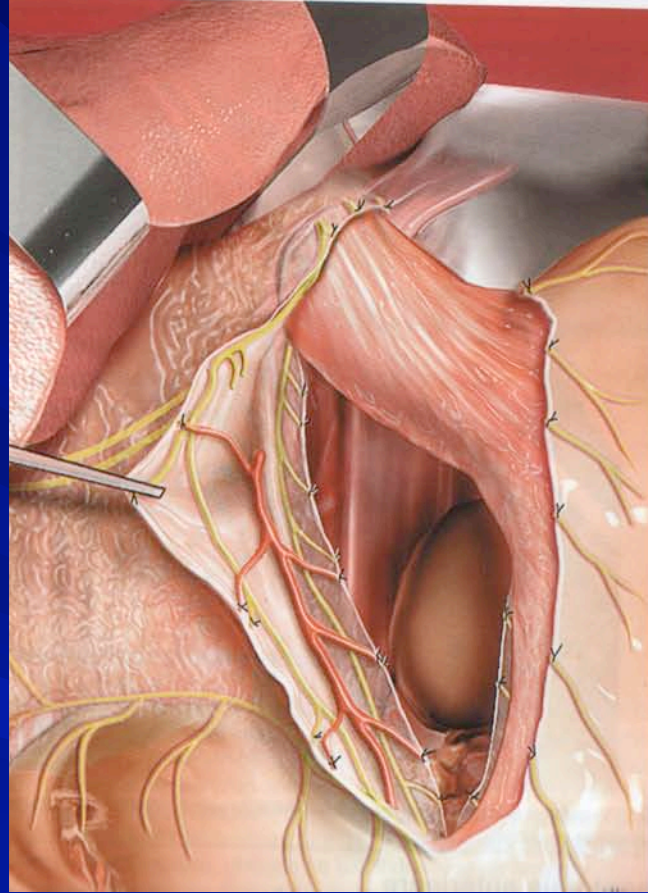
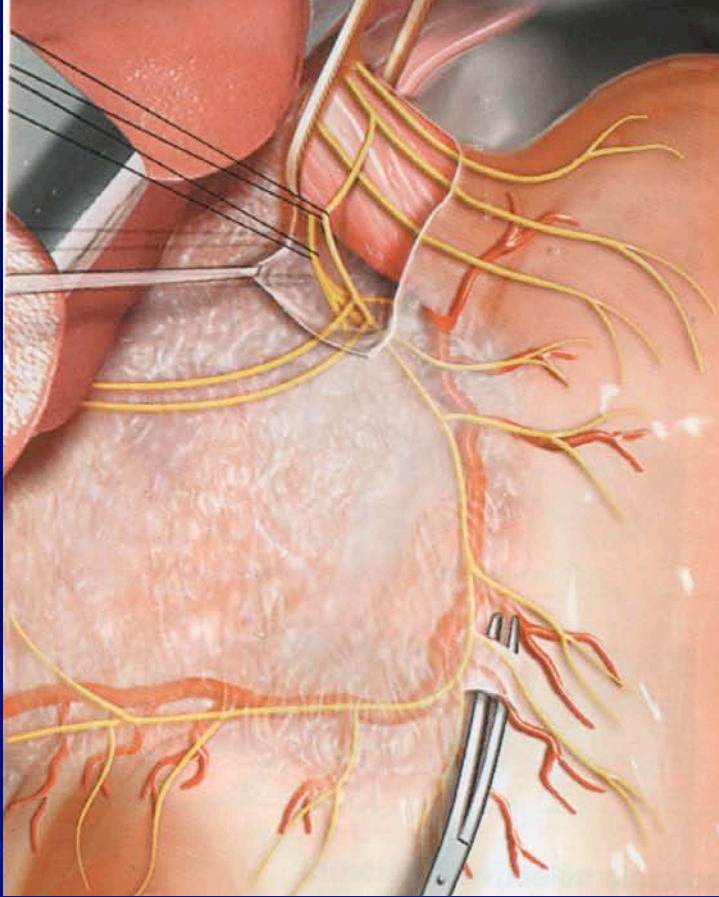
Fundus

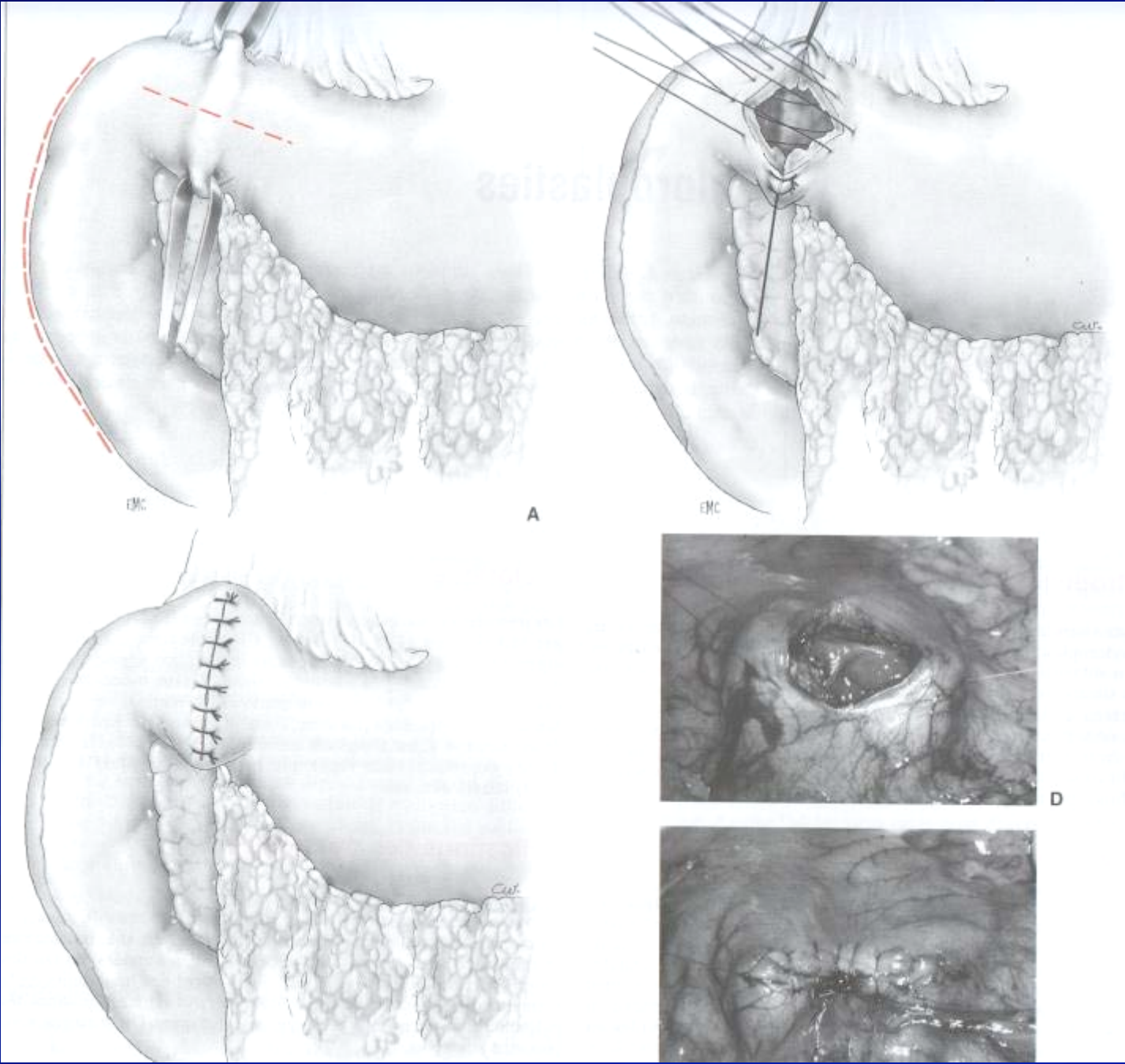
Rami
gastrici
anteriores

Corpus



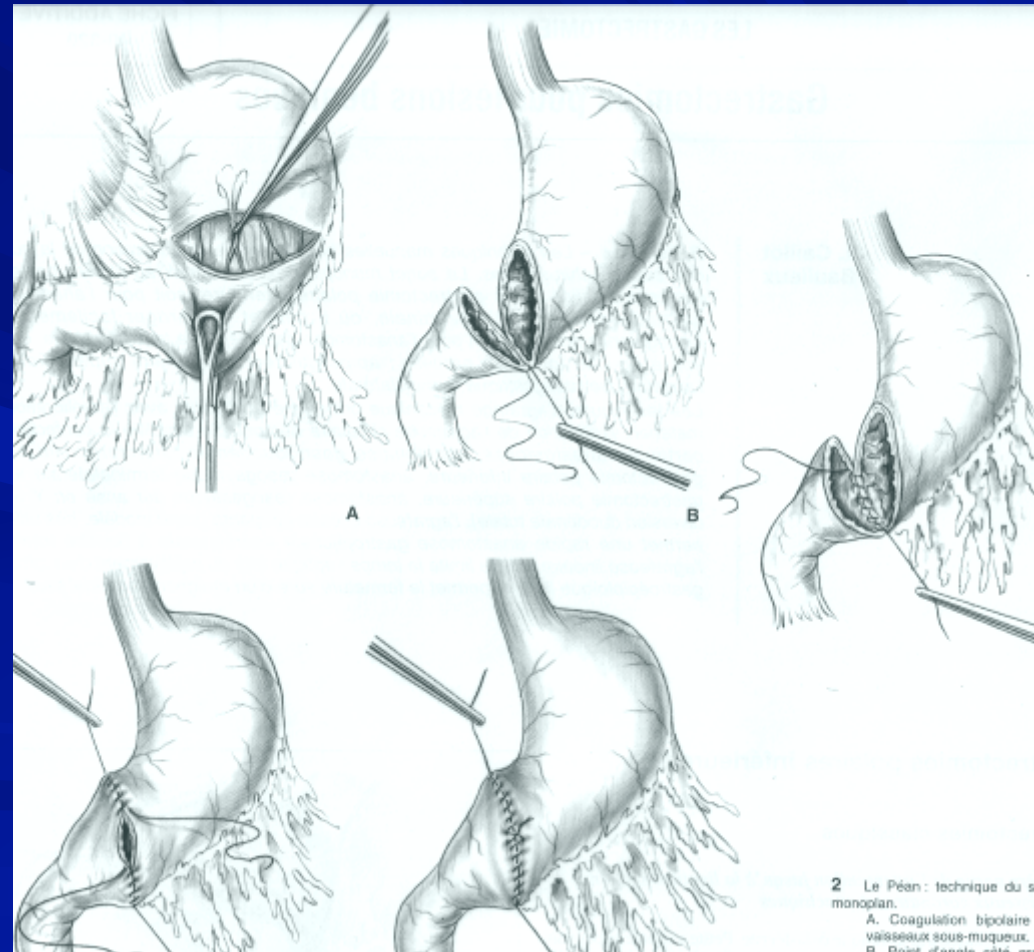
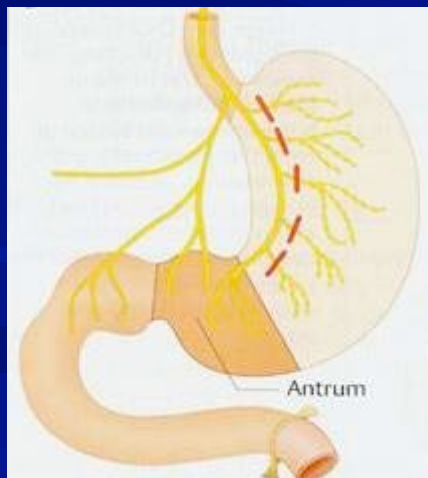


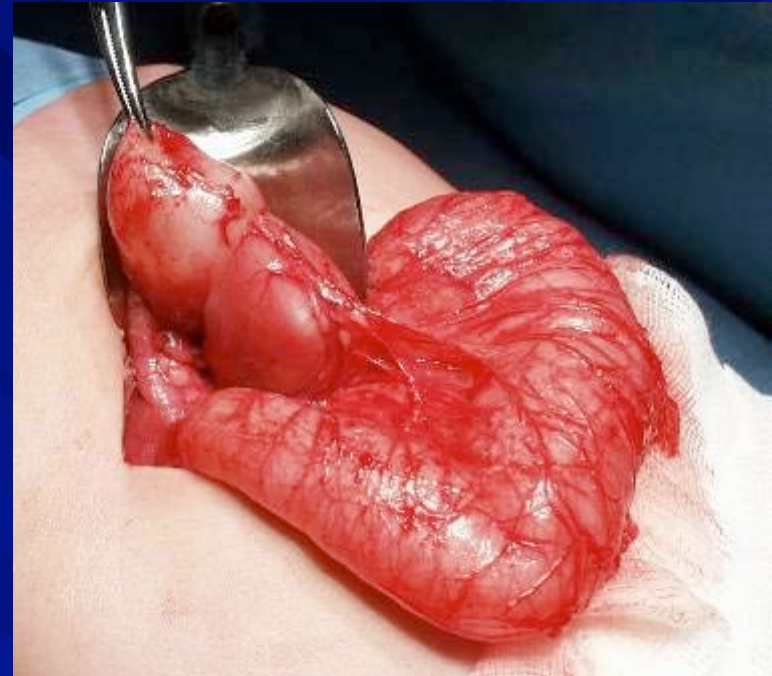




Gastrectomie

- Antrectomie
- Partielle
- Atypique





Indications chirurgicales

■ Dépendent:

- Siège
- Mode de révélation
- Étendue des lésions
- Ancienneté = révélatrice/ récidives

Perforation gastrique

- Sutures de l'ulcère + épiploplastie
- Suivant le siège :
 - Antral = antrectomie
 - Petite courbure = partielle
 - Cardial = en raquette
 - Portion verticale = vagotomie?

Perforation duodénale

- Sutures de l'ulcère + épiploplastie
- Vagotomie?

Hémorragie duodénale

- Hémostases points en X
- Ligature de l'artère gastroduodénale
- Embolisation sélective

Hémorragie gastrique

- Hémostases points en X sélective
- Gastrectomie dernier recours!
- Selon siège vagatomie

Sténose antropylobulbaire

- TRT médical
- Si échec :
 - Pyloroplastie de HM + VHS?
 - Antrectomie + pyloroplastie
 - Gastrectomie des 2/3

Zollinger-Ellisson

- Exérèse du gastrinome
- Gastrectomie de nécessité

Résistance-récidives

- VHS

Forme néonatale

- Sutures simples
- Sonde gastrique en aspiration

Conclusion

- Geste le moins agressif possible
- TRT coelioscopique
- Eradication de HP ou TRT maladie en cause