

L'ULCERE GASTRIQUE PERFORE DE STRESS

A propos de deux observations

J. OUADFEL*, H. BENMOUSSA**, A. ASSEM*, M. AMRAOUT*, A. EL MESNAOUI*, A. KOUTANI***,
A. JALIL*, L. ELALLAME*, S. BALAFREJ*

RESUME

A propos de deux cas de perforation d'un ulcère gastrique de stress, les auteurs insistent sur les difficultés de diagnostic et de traitement d'une affection bien souvent mortelle. Ils rappellent l'importance des mesures prophylactiques capables de réduire la fréquence de la lésion de base que représente l'ulcère aigu de stress.

Mots-clés : Ulcère aigu gastrique, stress, perforation, chirurgie, prévention.

SUMMARY

The authors report two cases of perforation due to a gastric ulcer of stress. They emphasis on both the difficulties of the diagnosis and the treatment of a generally killing affection. They focus again on the importance of the prophylactic measures able to reduce the frequency of the basic lesion represented by the acute ulcer of stress.

Key-words : Acute gastric ulcer, stress, perforation, surgery, prophylaxis.

INTRODUCTION

Les manifestations digestives du stress sont polymorphes. L'ulcère gastrique et/ou duodéal en est l'expression la plus caractéristique. Il s'agit d'ulcères aigus qui se constituent brutalement prenant parfois une allure grave. Les lésions diffèrent nettement de celles de l'ulcère humain habituel. La muqueuse gastro-duodénale présente des lésions qui peuvent aller de l'érosion superficielle jusqu'à l'ulcère aigu creusant. L'ulcère aigu présente une individualité anatomique et évolutive. Il ne s'entoure pas de sclérose et ne passe pas à la chronicité (3). Moins restrictifs certains incluent dans le cadre des ulcères de stress les révélations, le réveil ou la complication d'un ulcère chronique sous l'effet d'une agression extérieure (3, 4). L'hémorragie

* Service des urgences chirurgicales viscérales : UCV (Pr. S. Balafrej)
CHU Avicenne Rabat Maroc

** Service de neurochirurgie (Pr. F. Belakhdar)

*** Service de réanimation des urgences chirurgicales : RUCH (P. A. Sbihi)

digestive est dans la grande majorité des cas la seule manifestation des ulcères de stress. La perforation est un accident plus rare. Il s'agit d'une perforation large à l'emporte pièce de même taille que l'ulcère, souvent en péritoine libre (3). La rareté de ces perforations nous incite à en rapporter deux cas opérés au service des UCV de Rabat.

OBSERVATIONS (OBS)

. OBS N°1 : Homme de 45 ans, sans antécédents pathologiques notables, victime le 10/07/87 d'un accident de la voie publique. Il était admis aux urgences dans un état d'obnubilation. L'examen relevait des traces d'impact au niveau du front, une ecchymose periorbitaire droite et un epistaxis. L'examen était par ailleurs sans particularité. Une ponction lavage péritonéale réalisée était jugée normale. La tomographie du crâne a conclu à un oedème cérébral justifiant l'hospitalisation du patient en neurochirurgie. Dix jours après, vu l'altération de son état général le patient a été transféré au service de la RUCH. Le malade était dans un état de coma stade II, avec une température à 38°4 et un ballonnement de l'abdomen.

Une radiographie de l'abdomen a relevé un pneumopéritoine bilatéral. L'intervention était alors décidée découvrant une importante perforation intéressant la grande courbure de l'estomac (Fig 1). Une gastrectomie en gouttière et une jejunostomie d'alimentation étaient réalisées. Le patient est décédé pendant deux jours après l'intervention dans un état de choc irréversible.

. OBS N°2 : Homme de 56 ans, sans antécédents particuliers, était opéré pour occlusion sur cancer du sigmoïde. Une résection sigmoïdienne suivie d'un abouchement du bout proximal à la peau et d'une fermeture du bout distal étaient réalisées. J0 étant le jour de l'intervention à J+1 le patient avait présenté un état de choc. L'abdomen était ballonné, tympanique, douloureux dans son ensemble. Par

les orifices de drainage s'écoulaient un liquide noirâtre de même aspect que celui recueilli par la sonde gastrique. Immédiatement était décidée la réintervention. On découvrit une large perforation de la grosse tubérosité de l'estomac. A la toilette péritonéale était associée une fermeture de la perforation sur sonde de Pezzer. L'évolution bien que difficile était favorable. Le patient qui a quitté l'hôpital après un séjour de 20 jours est convoqué pour rétablissement de la continuité colo-rectale.

COMMENTAIRES

1 - FREQUENCE

La fréquence des ulcères aigus de stress varie selon la méthode d'analyse. Dalgaard (in 4) les trouve dans 4,8 % des cas d'autopsie.

Dans les études endoscopiques la fréquence des ulcères de stress varie en fonction de l'importance de l'agression. Elle atteint dans certaines populations dites "à haut risque" un pourcentage de 100 % (1). La complication hémorragique domine. Dans leur enquête Sibilly et Boutelier (7) rapportent 622 cas d'hémorragie contre seulement 36 cas de perforation isolée et 35 cas de perforation associée à une hémorragie. La localisation gastrique de la perforation retrouvée chez nos deux patients est nettement moins fréquente que la localisation duodénale (7). Encore moins fréquente est la topographie des lésions perforatives de nos deux malades. En effet la perforation siégeait pour l'un d'eux au niveau de la grande courbure est pour l'autre au niveau de la grosse tubérosité. Sur les 29 cas de perforation gastrique de stress l'enquête de Sibilly et Boutelier n'a révélé que trois cas siégeant autre part qu'au niveau de la petite courbure prépylorique (7).

2 - AGE ET SEXE

Les ulcères de stress frappent de préférence le sexe masculin. Tous les âges sont par contre concernés (7, 7).

3 - ETIOLOGIE

Les ulcères de stress sont la conséquence gastrique d'une perturbation qui affecte l'ensemble de l'organisme. Ils sont décrits dans toutes les situations de détresse vitale : états de choc, état septique grave, polytraumatisme, interventions chirurgicales lourdes, brûlures étendues, affections nerveu-

ses... Concernant les perforations une prédominance très nette des cas neurochirurgicaux est relevée (4).

Ainsi les sujets atteints de traumatisme crânien grave (obs N°1) peuvent présenter des ulcères remarquables par leur profondeur (Ulcères de CUSHING). Chez les brûlés, à côté des ulcérations superficielles peuvent apparaître des ulcères gastriques et/ou duodénaux ayant une tendance particulière à devenir creusants jusqu'à la perforation (Ulcères de CURLING).

Les ulcères aigus post-opératoires perforés sont rares (5). Outre la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et la chirurgie digestive paient le plus lourd tribut (5, 6). Dans tous les cas les ulcères aigus de stress et leurs complications seront d'autant plus à craindre qu'il s'agira de malades associant plusieurs défaillances viscérales et/ou facteurs de risque (fig. 2).

4 - PHYSIOPATHOLOGIE

Un parallélisme existe entre la baisse du pH intramuqueux et la survenue de lésions gastriques de stress (1). La baisse du pH intramuqueux est principalement due à une rétrodiffusion vers la muqueuse des ions H⁺ présents dans la lumière gastrique. Physiologiquement une petite quantité d'ions H⁺ rediffuse. Elle est tamponnée par le système dioxyde de carbone sur bicarbonate présent dans le sang du réseau capillaire de la sous-muqueuse. La rétrodiffusion des ions H⁺ devient pathologique quand la muqueuse gastrique est endommagée à la fois par des facteurs exogènes (ou endolumineux) et endogènes. L'hypovolémie, l'infection, l'hypercapnie, l'hypoxie sont autant de facteurs qui participent à la diminution de la barrière muqueuse gastrique (8). L'ischémie muqueuse, considérée par certains (9) comme la base physiopathologique des ulcères de stress, compromet pour sa part le pouvoir tampon des cellules par la baisse de l'apport de bicarbonates provenant du plasma. Elle entraîne aussi une gêne à l'élimination des ions H⁺ présents dans la muqueuse (8).

Chez les malades neurochirurgicaux une hypersécrétion acide existe constamment. Elle serait liée à une augmentation à la fois de la stimulation vagale et de la production de gastrine. L'hypersécrétion acide agissant conjointement avec les facteurs diminuant la résistance de la barrière muqueuse aboutissent à la création de larges cratères ulcéreux térébrants (7).

5 - DIAGNOSTIC

Le délai d'apparition des lésions perforatives est situé généralement au delà du 8ème jour (7). Tel était le cas du premier patient. Dans la deuxième observation la perforation est survenue moins de 24 heures après l'intervention. Dans ces perforations de stress du fait même de leur contexte de survenue (coma, choc, opéré récent) le tableau clinique correspond rarement à celui de la perforation gastro-duodénale habituelle (4, 5, 7). Il associe en général une hyperthermie, des vomissements et une altération de l'état général (5). La symptomatologie peut se résumer en un ballonnement abdominal parfois considérable (7). La survenue d'un choc brutal doit également attirer l'attention. La radiographie de l'abdomen affirme le diagnostic en montrant le pneumopéritoine (obs N°1). Aucune signification particulière ne peut par contre être donnée au pneumopéritoine constaté chez l'opéré récent de l'abdomen. Une décision thérapeutique rapide doit dans tous les cas être prise, l'évolution se faisant en général sur un mode suraigu (7). L'état de choc et l'issue de liquide digestif noirâtre par les lames de drainage nous ont dans un cas incité à la réintervention précoce (obs N°2).

6 - TRAITEMENT

Le traitement médical associant aspiration gastrique, réanimation et antibiothérapie n'a été utilisé comme seul traitement que dans les quelques cas où les patients apparaissent incapables de supporter la moindre intervention chirurgicale (7). L'intervention chirurgicale systématique paraît difficile (5, 7). Dans la littérature toute la gamme de la chirurgie gastro-duodénale a été utilisée : suture simple ou associée à une vagotomie et à une dérivation (pyloroplastie ou gastro-entérostomie), vagotomie-antrectomie, gastrectomie subtotale (4, 5, 7).

Comme le soulignent Sibilly et Boutelier dans leur rapport (7), les difficultés thérapeutiques sont encore plus grandes lorsque la perforation gastrique siège à la partie haute de l'estomac (nos 2 observations). La suture isolée peut dans ces cas être la seule possible. Ses trop nombreux échecs lui sont reprochés. La mortalité est estimée moindre dans le groupe de patients opérés par vagotomie et dérivation associées à la suture ou par gastrectomie subtotale (7). Il faut cependant préciser que très souvent la suture simple a été réservée aux patients opérés tardivement (7). Dans la 2ème observation nous avons procédé avec succès à la

suture de la perforation sur sonde de Pezzer. Dans tous les cas la rareté des perforations gastriques de stress n'autorise aucune conclusion quant à la supériorité de telle ou telle autre technique chirurgicale (7).

7 - PRONOSTIC

Le meilleur reflet de la gravité des perforations gastro-duodénales de stress est leur mortalité nettement supérieure à celui des hémorragies opérées. La perforation associée à l'hémorragie est encore plus mortelle (77 % pour Sibilly et Boutelier) (7).

A cette mortalité importante on reconnaît d'une part une gravité fréquente de l'affection génératrice des lésions et d'autre part un retard thérapeutique. En effet le diagnostic est souvent tardif en raison de la pauvreté de la symptomatologie. L'hémorragie accompagnant la perforation peut dans certains cas être traitée médicalement laissant évoluer la péritonite. La perforation est alors une découverte de l'intervention décidée pour l'hémorragie ou même une découverte d'autopsie (7).

8 - PREVENTION

La prévention des ulcères de stress et de leurs complications notamment perforatives repose d'une part sur le traitement étiologique et/ou symptomatique des facteurs de risque, d'autre part sur la réduction de l'acidité gastrique pour s'opposer à la rétrodiffusion des ions H⁺ vers la muqueuse (1).

Définissant d'abord des critères de haut risque grâce à une analyse rétrospective de 2200 dossiers de patients hospitalisés en milieu de réanimation, Speranza (8) a procédé à une étude prospective de 800 malades hospitalisés dans le même milieu. Ils ont été randomisés en trois groupes. Deux groupes ont été traités les uns par la Cimétidine, les autres par des antiacides. Le 3è groupe n'a reçu aucun traitement. Dans les groupes traités, l'efficacité de ces mesures prophylactiques était réelle avec des différences significatives. D'autres produits tels que la pirenzépine, le sucralfate et les prostaglandines ou encore l'alimentation entérale continue quand elle est possible peuvent prévenir les ulcères de stress (1).

CONCLUSION

L'amélioration du pronostic fâcheux de la perforation de

l'ulcère gastro-duodéal de stress passe par l'établissement rapide du diagnostic. La mise en oeuvre des mesures prophylactiques chez des patients à haut risque est par

contre seule susceptible de réduire le risque de survenue des lésions gastro-duodénales de stress et de leurs accidents aussi bien hémorragiques que perforatifs.

FIGURE 1

Large perforation de la grande courbure gastrique (obs N°1) - p = perforation

FIGURE 2

Critères de haut risque : Speranza (9)

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DERRIDA S., SICOT C.
Les hémorragies digestives de stress, le concours médical, 05.09.1987, 109-28, p 2546-2551.
- 2 - JANVIER G., PLAGNOL PH., MASSON B., TORRIELLI R.
23 observations d'hémorragies digestives post-opératoires et post-traumatiques par lésions gastro-duodénales de "stress", Ann. Chir, 30, 2, 97-102, 1976.
- 3 - LAMBERT R., PARTENSKY Ch.
Ulcères aigus de stress. Encycl. Med. Chir., Paris. Estomac, 9021 A10, 4-1980.
- 4 - LEVRAT M., PASQUIER J., LAMBERT R. - Les ulcères gastro-duodénaux aigus de stress, Lyon Chir, 1964, 60, p 212-223.
- 5 - POILLEUX J., COLOIGNER M., TROUILLE D., LICHTENSTEIN H., CATINAT J.P.
Les ulcères aigus post-opératoires. A propos de 21 observations. Ann. Chir., 28, (12), 1025-1029, 1974.
- 6 - PROYE C., DUMONT J.C.
Etiologie des ulcères aigus post-opératoires. Colloque Paris-Lille 1973. Ann. chir, 27, (12), p 1233-1237, 1973.
- 7 - SIBILLY A., PH. BOUTELIER
Les complications digestives du stress, monographie de l'association française de chirurgie, Masson, Paris, 1974.
- 8 - SPERANZA V.
Concepts actuels sur les ulcères de stress. Chirurgie, 108, p 305-310, 1982.
- 9 - WEIGELT A.
Current status of stress ulceration prophylaxis, in, update in intensive care and emergency medicine (8), edited by J.L. Vincent, 1989.