

■ LE TRAITEMENT DE L'ULCERE DUODENAL PERFORE ■

R. KARAYUBA, O. ARMSTRONG, G. NDAYISABA, L. BAZIRA

RESUME

Les auteurs ont analysé 15 dossiers des malades opérés pour ulcère duodénal perforé de Novembre 1985 à Janvier 1990 :

7 malades ont été traités par suture de la perforation
8 malades ont bénéficié d'une suture avec traitement étiologique de l'ulcère (3 vagotomies tronculaires + pyloroplastie, 2 vagotomies supra-sélectives).

L'analyse des résultats comparée avec les données de la littérature a permis de dégager les principes de traitement : les indications, le traitement étiologique et le traitement de la péritonite.

Mots-clés : Ulcère duodénal, perforation, suture, vagotomie tronculaire, vagotomie supra-sélective, récidive, anti H2.

INTRODUCTION

L'ulcère duodénal étant une pathologie fréquente au Burundi. Nous avons pensé intéressant d'attirer l'attention sur le traitement de l'une de ses complications : la perforation. C'est une complication fréquente de l'ulcère duodénal et constitue la principale étiologie des péritonites sus-mésocoliques. Une enquête multicentrique française réalisée en 1981 avec Hollender (1) montrait une fréquence de 30 % : sur 3367 cas traités, 1088 cas étaient des ulcères duodénaux perforés.

Dans notre service 322 interventions ont été pratiquées pour ulcère duodénal parmi lesquelles 20 patients étaient opérés en urgence pour perforation soit 6,2 % des cas.

MATERIEL, METHODES ET RESULTATS

De Novembre 1985 à Janvier 1990 nous avons pratiqué 322 interventions pour ulcère duodénal parmi lesquelles 20 interventions en urgence pour perforations soit 6,2 % des cas.

Département de Chirurgie Générale du CHU de KAMENGE, BUJUMBURA.

15 dossiers seulement ont pu être analysés. Le diagnostic a été établi sans difficultés sur des données cliniques, radiologiques et/ou endoscopiques. Aucun de nos malades n'a été traité selon la méthode de TAYLOR.

Tous les patients étaient de sexe masculin dont l'âge était compris entre 19 et 60 ans. L'âge moyen étant de 35 ans. Chez nos patients le délai entre le moment de la perforation et l'heure de l'intervention était variable : entre une heure et 36 heures.

Heures	Nombre de cas	Type d'intervention
< 6è h	3 cas	1 suture ; 1 VSS ; 1 VT + P
< 12è h	3 cas	2 sutures ; 1 VSS
< 24è h	2 cas	1 suture ; 1 VT + P
Après 24è h	7 cas	3 sutures ; 4 VT + P

Parmi nos 15 patients 7 ont été traités par suture simple de la perforation. Les 8 autres ont bénéficié d'un traitement étiologique : 6 cas traités par VT + pyloroplastie
2 cas traités par VSS

L'attitude des chirurgiens a été guidée par les découvertes per-opératoires, aussi l'analyse des dossiers montrait que les 7 cas traités par suture simple présentaient une péritonite franche au moment de la laparotomie. Par ailleurs on constate que parmi les 7 malades vus après la 24è heure, 4 ont pu être traités par VT + pyloroplastie.

La mortalité opératoire a été nulle.

La morbidité opératoire marquée par un abcès de paroi.

1 pneumopathie rapidement contrôlée par un traitement médicale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 11 jours. Un malade a présenté une récidive ulcéreuse en 1989 parmi les 7 malades traités par la suture de la perforation il a été réopéré et traité par VT + antrectomie avec suites simples.

DISCUSSION

Différentes méthodes sont utilisées dans le traitement de l'ulcère duodénal perforé.

Le traitement médical

Des constatations per-opératoires justifient ce type de traitement. En effet le liquide gastro-duodénal est peu septique lorsque la perforation se fait sur un estomac vide à distance des repas.

L'intensité des signes péritonéaux s'explique simplement par une brûlure caustique de la séreuse péritonéale par le contenu gastrique ayant inondé la cavité abdominale par l'orifice de perforation. Ceci est confirmé par la stérilité fréquente des prélèvements intra-péritonéaux réalisés au moment de la laparotomie.

GRECO (2) rapporte une étude bactériologique du liquide intrapéritonéal en fonction du délai opératoire :

- . durant les 6 premières heures le liquide est stérile dans 78 % des cas,
- . de 12 h à 24 h le liquide est stérile dans 37 % des cas,
- . après 24 h il est stérile seulement dans 10 % des cas.

Ces constatations justifient donc le traitement médical selon la méthode de TAYLOR. Elle consiste en une aspiration Naso-gastrique avec une sonde de type SALEM n°18 dont la position intra-gastrique a été vérifiée radiologiquement. L'intensité de l'aspiration sera stabilisée à 30-40 cm d'eau.

La perméabilité de la sonde sera vérifiée par une surveillance constante (nécessité d'une collaboration étroite du personnel infirmier).

Une antibiothérapie est systématiquement associée au traitement.

Cette méthode n'est indiquée que si le diagnostic est précoce (6 premières heures).

Si la perforation survient sur un estomac vide à distance d'un repas. C'est une méthode astreignante imposant une surveillance attentive de l'évolution, jugée sur :

les signes généraux,
les examens répétés de l'abdomen.

Si les signes cliniques s'améliorent le traitement médical sera poursuivi sous stricte surveillance clinique et échographique à la recherche d'une éventuelle collection suppurée. La non-amélioration ou l'aggravation des signes imposent une intervention chirurgicale : actuellement la méthode de TAYLOR est de moins en moins employée, on lui préfère le traitement chirurgical qui permet d'associer au traitement de la perforation un traitement étiologique de la maladie ulcéreuse.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Deux types de traitement sont rencontrés :

- . la suture simple de la perforation,
- . la suture + vagotomie hyper sélective ou vagotomie tronculaire + geste de vidange gastrique (pyloroplastie, antrectomie, gastro-entérostomie).

a) La suture simple

La voie d'abord est une laparotomie médiane.

Les prélèvements bactériologiques et une antibiothérapie per-opératoire sont systématiques.

La suture est dans la majorité des cas facilement réalisée et est recouverte d'une épiploplastie.

Le traitement de la péritonite se termine par une toilette soigneuse de toute la cavité abdominale au moyen d'un lavage abondant au sérum physiologique à température ambiante. Cette toilette est poursuivie jusqu'à l'obtention d'un liquide de lavage parfaitement clair. Un drainage sous-hépatique constitué d'un tube en silastic et d'une lame est habituel. Il n'est pas systématique et dépend des chirurgiens et surtout des constatations per-opératoires. La suture constitue donc un geste simple et rapide de sauvetage.

Mais le suivi à long terme de ces opérés a montré que 70 % des malades vont présenter des symptômes de récidive ulcéreuse (3, 4).

Parmi ceux-là 30 % seront traités médicalement par les anti-acides mais 20 % à 40 % seront réopérés (3).

Taux de récidive après suture

Auteurs	Nombre de cas	%
BOEY (Hong-Kong)	129	25-30 %
GRIFFIN	179	28 %
DONALDSON	471	36 %
SAWYERS	360	64 %

Une étude prospective de BOEY (Hong-Kong) (5) (7) a montré que selon que la perforation avait eu lieu sur un ulcère aigu c'est-à-dire évoluant depuis une période 3 mois ou sur un ulcère chronique, le taux de récidive était différent dans les 2 ans qui suivaient la suture.

25 à 30 % pour les ulcères aigus,
50 % pour les ulcères chroniques.

b) La suture simple + traitement étiologique

Toutes ces observations ont amené les chirurgiens à associer à la suture un traitement étiologique de la maladie ulcéreuse (8) d'autant que le malade est vu tôt et que les constatations per-opératoires le permettent. Le temps opératoire est allongé par le geste mais les études randomisées n'ont pas montré de différence quant à la morbi-dité et la mortalité opératoires selon que l'on avait pratiqué une suture simple ou une vagotomie avec ou sans geste de vidange (4) (12).

La plupart des chirurgiens réalisent actuellement une suture + VSS, d'autres font une VT + pyloroplastie, la VT + antrectomie ou gastro entérostomie sont beaucoup moins pratiquées en urgence.

Dans notre série 2 malades seulement ont été traités par VSS l'analyse des dossiers montre néanmoins que nous pourrions nous orienter vers ce type de traitement qui assure au patient un confort post-opératoire évident. Il faut souligner par ailleurs que sur les 15 patients opérés, 9 ont été vus après la 12^e heure soit par retard de consultation, soit pour raison de transfert de l'intérieur du pays.

D'où l'intérêt d'une prise en charge précoce pour assurer un meilleur traitement.

La place des anti-H2 dans le traitement de l'ulcère duodénal perforé mérite d'être souligné en effet, nos 7 cas traités par suture simple n'ont pas poursuivi de façon systé-

matique le traitement par les anti H2 aussi on note une récidive à 12 mois. Beaucoup de chirurgiens proposent après suture de la perforation un traitement anti H2 à dose d'attaque pendant au moins 2 mois (3, 6) chez les malades traités par suture simple.

Le contrôle endoscopique note 90 % de cicatrisation à 2 mois. Faut-il continuer un traitement d'entretien ?

Etant donné que 70 % des malades traités par suture risquent d'avoir une récidive ulcéreuse, celui-ci paraît indiqué. En effet les antiacides ne modifient pas l'histoire naturelle de l'ulcère duodénal, mais en réduisant l'acidité gastrique, ils permettent une bonne cicatrisation et par conséquent ils devraient être prescrits pendant une période plus longue : au moins 6 mois.

Mais alors pour une population burundaise pauvre non susceptible de pouvoir se payer un anti H2 que faut-il proposer ?

EN CONCLUSION

Nous pensons qu'une prise en charge précoce, une bonne indication chirurgicale comprenant une suture de la perforation et un traitement étiologique de la maladie ulcéreuse sont à proposer dans l'ulcère duodénal perforé afin de réduire les taux de récidive élevés après suture simple. La VSS est actuellement l'opération de choix (7) car elle permet d'assurer un meilleur confort digestif post-opératoire. En cas de suture simple un traitement d'attaque anti H2 pendant 2 mois, poursuivi en traitement d'entretien au moins 6 mois est proposé par la majorité des auteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - HOLLENDER L.F., MEYER CH., ZEYER B. - Traitement des ulcères gastriques est duodénaux perforés. Résultats d'une enquête française en 1981. Journal de chirurgie 1980 Vol. 19 (10) p. 619-20.
- 2 - GRECO R.S., CAHOW C.C. Alternatives in the management of acute perforated duodenal Ulcer. American Journal de Surgery. 1976 April Vol. 183 (4) p. 382-5.
- 3 - RAIMES S.A., H.B. DEVLIN Perforated duodenal Ulcer. Br. J. Surg. 1987 Vol. 74 February 81-82.
- 4 - J. CHRISTIANSEN, OB ANDERSEN, T. BONNESEN, N. BAEK-GAARD - Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy Br. J. Surg. 1984, Vol. 74 April 286-87.
- 5 - BOEY J., LEE N.W., WONG J., ong G.B. - Perforations in acute duodenal ulcers. Surg. Gynecol. Obst. 1982 Vol. 155 193-196.
- 6 - C. TANPHIPHAT, T. TANPRAYOON A NA THALANG Surgical treatment of perforated duodenal ulcer : a prospective trial between simple closure and definitive surgery. Br. J. Surg. 1985 Vol. 72 May 370-372.
- 7 - J. BOEY and all. - Proximal gastric vagotomy. The preferred operation for perforations in Acute Duodenal Ulcers. Annals of Surgery August 1988 Vol. 208 n°2.
- 8 - CANEVIVA R., DE CASTRO E SILVA O. Jr, CASTELFRANCHI P.L., MODENA JLP., SANTOS RF. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. Br. J. Surg. 1986 Vol 73 : 427-430.
- 9 - A. CHRISTENSEN, R. BOUSFIELD, J. CHRISTIANSEN - Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H2 - Receptor antagonists. Ann. Surgery Jan. 1988 Vol. 207 n°1.
- 10 - D.J. SHERLOCK, R.T.J. HOLL-ALLEN Duodenal ulcer perforation whilst on cimetidine therapy. Br. J. Surg. 1984 VOL 71 AUGUST 586-588.
- 11 - G. EDELMANN, PH MESTIER, P. MARTIN - Traitement actuel de l'ulcère gastro-duodénal. Chirurgie 1981, 107, pp 402-406.
- 12 - J. HOFFMANN, HE. JENSEN, S. SCHULZE, P.E. PAULSEN, J. CHRISTIANSEN - Prospective controlled vagotomy trial for duodenal ulcer results after five years. Br. J. Surg. 1984 Vol 71 August 582-585.