

ULCERES GASTRO-DUODENaux

Les ulcères peptiques sont le plus souvent solitaires, et peuvent survenir à n'importe quel endroit du tractus digestif haut. Classiquement, on parle d'ulcère dès que la lésion objectivée endoscopiquement dépasse les 5 mm de diamètre. (< 5 mm érosion)

EPIDEMIOLOGIE

	Ulcère duodénale	Ulcère gastrique
Prévalence	3.5 %	2.4 %
Sexe	Hommes (57.6%) > femmes	Hommes (51.5%) > femmes
Pic de fréquence	55 - 60	65 - 70

PATHOGENESE

Déséquilibre en un point précis de la muqueuse entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense

Facteurs d'agression	Facteurs de défense
Production d'HCL, pepsine	Sécrétion de mucus
Présence d'H.pylori	Sécrétion de bicarbonates, somatostatine
Médicaments gastro-toxiques (AINS, ASA)	Sécrétion de prostaglandine
Stress, tabac, alcool	Renouvellement épithélial

Etiologie

- H.pylori
- AINS
- H.pylori + AINS
- non Hp, non AINS : Syndrome Zollinger-Ellison, malignité, radiothérapie, idiopathiques
- Ulcères de stress: en cas de défaillance multi-organes, chez patients ventilés, grands brûlés (ulcères de Curling), ou après traumatisme crânien (Ulcères de Cushing)

SYMPTÔMES

- Syndrome dyspeptique : Douleurs épigastriques quotidiennes sous forme de crampes, torsions, survenant à distance des repas, parfois nocturnes, calmées par l'alimentation ou les antiacides et évoluant par périodes dans l'année
- Vomissements
- Hémorragie
- Etat de choc (hémorragique ou septique en cas de perforation)

COMPLICATIONS

- **Hémorragies** digestives dues à l'érosion d'un vaisseau par l'ulcère (hématémèse, choc, méléna, rectorragies massives)
- **Perforation** si l'ulcère dépasse la musculaire puis la séreuse pouvant entraîner une péritonite
- **Sténose pyloro-bulbaire** (entraînant des vomissements post-prandiaux précoces)
- **Récidive** pour l'**ulcère duodénal**
- **Cancérisation** pour l'**ulcère gastrique**

BILAN INITIAL

OGD: Permet de poser le diagnostic, d'évaluer le nombre, la taille, la localisation, les éventuelles complications.

Pour les **ulcères gastriques** il faut réaliser au **moins 7 biopsies** sur les berges de l'ulcère pour exclure une malignité.

Pour les modalités thérapeutiques d'hémostase, voir le cahier des charges « hémorragie digestive haute »

TRAITEMENT INITIAL

- Traitement médicamenteux anti-secretoire (**IPP double dose pour minimum 6-8 semaines**) pour tous les types d'ulcères afin de faciliter la cicatrisation.
- Ulcère peptique H. pylori positif : Eradication de H.pylori → confirmation de l'éradication 4 semaines après la fin du traitement et >10 jours sans IPP
- Ulcère peptique H.pylori négatif et AINS associés : Arrêt des AINS, exclure faux négatif pour infection HP
- Ulcère peptique H.pylori négatif et non associé aux AINS -> IPP ou anti-H2

DUREE DU TRAITEMENT SELON LE TYPE DE L'ULCERE

Ulcère duodénale HP positif non compliqué	IPP double dose pendant 4 semaines + éradication d'HP On peut arrêter les IPP à la fin du traitement (efficacité >90%)
Ulcère duodénale HP positif compliqué	IPP double dose 4-8 semaines + éradication d'HP
Ulcères gastriques	IPP double dose jusqu'à la guérison endoscopiquement documentée
Ulcères associés aux AINS, HP négatifs	Arrêt d'AINS, IPP double dose pour un minimum de 8 semaines
Ulcères non AINS associés HP négatifs	IPP 4-8 semaines selon localisation de l'ulcère, ou la présence de complications et recherche d'étiologie (ZES etc.)

ENDOSCOPIE APRES TRAITEMENT INITIAL

Ulcères duodénaux : OGD de contrôle uniquement si l'ulcère revêt un caractère atypique (localisation postérieure, aspect exophytique, ...) ou s'il est à l'origine d'une complication comme une sténose peptique.

Ulcères gastriques : OGD de contrôle 4 semaines après le traitement si une des conditions ci-dessous:

- Symptomatologie persistante
- Etiologie indéterminée
- Ulcère géant (plus de 2 cm)
- Biopsies non effectuées ou insuffisantes
- Ulcère suspect pour malignité ou facteurs de risque pour cancer peptique (âge >50, HP, AF positifs, adénome, dysplasie, atrophie gastrique)
- OGD initiale pour hémostasie

TRAITEMENT IPP AU LONG COURS

Ulcère géant (+2 cm), âge >50 ans ou multiples comorbidités

Ulcère non associé aux AINS et H.Pylori négatif

Ulcère réfractaire

Echec d'éradication de H. Pylori

Ulcères peptiques récidivants (>2 x en 1 année)

Traitement AINS

ULCERES PEPTIQUES DURANT GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Suppression avec traitement IPP, mais favoriser omeprazole, pantoprazole, pas de DATA pour les nouveaux IPP
- Si ulcères HP positif, ATB d'éradication à différer après l'accouchement. Si hyperemesis gravidarum à cause d'infection HP considérer traitement d'éradication pendant la grossesse
- Allaitement possible sous IPP malgré la sécrétion de petites quantités dans le lait maternel

PRISE EN CHARGE DE COMPLICATIONS

- **Hémorragie** (15%): Hémostase endoscopique si possible (adrenaline, coagulation en argon ou électrocoag., clip, aetoxysclerol, heamospray). Classification d'ulcères selon Forrest (cf cahier de charge) Si échec angiographie / chirurgie.
- **Perforation** (7%): clip endoscopique et ATB ou prise en charge chirurgicale
- **Obstruction** (2%) en raison d'une sténose soit inflammatoire soit fibrotique. Dans le 1er cas, continuer IPP et traiter étiologie sous-jacente; dans le 2ème cas, dilatation endoscopique au ballonnet .

ULCERES REFRACTAIRES

- **Définition:** un ulcère peptique > 5 mm objectivé endoscopiquement qui ne répond pas après 12 semaines de traitement IPP (5-10%)
- **PEC:** exclure une médication liée aux ulcères peptiques, confirmer HP neg, assurer compliance au traitement IPP, traiter comorbidités, OGD pour exclure malignité ou autre étiologie (Crohn, sarcoïdose, gastroentérite à éosinophiles), effectuer gastrinémie (syndrome de Zollinger-Ellison) et doser le Ca sérique (hyperparathyroïdisme)
- **Tx:** anti sécrétoires, éradication HP, éviction AINS et tabac, surveillance endoscopique après 12 sem d'IPP (+ jumbo biopsies aux 4 quadrants)→ si échec IPP au long cours à considérer chirurgie

REFERENCES

Marcel JM Groenem et al, [Can J Gastroenterol](#). 2009 Sep; 23(9): 604–608