

---

# MALADIE ULCEREUSE GASTRO-DUODENALE

## I. DÉFINITION :

L'ulcère gastroduodéal chronique :

- Perte de substance de la muqueuse gastrique ou duodénale.
- Repose sur un socle scléreux.
- Atteint la musculature.
- Affection fréquente.
- Évolue par poussées périodiques entrecoupées de rémissions.

## II. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- 7% ulcère duodéal.
- 2% ulcère gastrique.
- L'ulcère duodéal est trois à quatre fois plus fréquent.
- Age moyen : 55 ans (UD) et 65 ans (UG).
- Sexe ratio (♂/♀) : 3 pour UD et 1,5 pour UG.

## III. PHYSIOPATHOLOGIE :

**État normal :** équilibre entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense.

- Les facteurs d'agression : sécrétion acide (pompe à protons H<sup>+</sup> au pôle apical).
- Les facteurs de défense : mucus, bicarbonates, renouvellement des cellules du revêtement épithélial gastroduodéal et le flux sanguin muqueux.

**Facteurs étiologiques :**

C'est une maladie multifactorielle.

**Rôle de l'Helicobacter pylori :**

Principal facteur, retrouvé dans 90% des UD et 70% des UG et souvent l'éradication de l'Helicobacter pylori récidive.

**Autres facteurs :**

- Génétiques : groupe sanguin O (UD).
- AINS et aspirine.

**Cas particuliers :**

- Syndrome de Zollinger-Ellison ou gastrinome.
- Hyperparathyroïdie, IRC, pancréatite chronique alcoolique.
- Ulcère aigu de stress.
- Contexte de choc (IC ou IR).
- Évolution aiguë : hémorragie, perforation.
- Sans récidive.
- Localisations multiples.
- Absence de sclérose.
- Corticoïdes : ulcérogénèse à forte dose > 1mg/kg/j, peuvent masquer les symptômes (perforation).

## IV. CLINIQUE :

### a) FORME TYPIQUE :

- 2/3 des cas.
- Douleur ulcéreuse typique.
- Siège : épigastrique, rarement hypochondre.
- Type : crampe ≈ faim douloureuse.

- Irradiation : dos (UD postérieur), typiquement elle n'irradie pas.
- Intensité : variable (modérée).
- Calmée par l'alimentation et les antiacides.
- Rythmée par les repas (2-4h).
- Périodicité : poussée-rémission.

#### b) FORME ATYPIQUE :

Siège : atypique.

Type : brûlures.

Intensité : hyperalgie ou simple pesanteur.

Absence de rythme postprandial ou de périodicité.

Formes révélées par une complication (hémorragies digestives).

Formes latentes.

### V. EXAMEN CLINIQUE :

- Normal.
- Syndrome anémique (complication).
- Sensibilité à la palpation.

### VI. FORMES CLINIQUES :

#### a) FORMES TOPOGRAPHIQUES :

- Cardia : dysphagie, odynophagie, douleurs rétro sternales.
- Pyloriques : sténose.
- Ulcère postérieur bulbaire sténose.
- D2, D3 ou D4 suspecter un gastrinome.

#### b) FORMES COMPLIQUÉES :

- Risque de cancer gastrique.
- Autres complications : hémorragies, perforation, sténose.

#### c) FORMES HYPERALGIQUES :

- Douleurs épigastriques intenses et brutales.
- Parfois défense épigastrique.
- Diagnostic : ASP, transit avec un produit hydrosoluble, TDM (exceptionnellement).
- FOGD est contre indiquée.

### VII. DIAGNOSTIC :

- Interrogatoire.
- FOGD.
- Biopsie devant tout ulcère gastrique.
- Prélèvement pour la recherche de l'Helicobacter pylori (région antrale).

### VIII. TRAITEMENT :

- Régime hygiéno-diététique : arrêt du tabac.
- Arrêt si possible des anticoagulants (hémorragie).
- Arrêt si possible des AINS.
- Éviction médicamenteuse.

### Traitement médical :

- Anti sécrétoires : IPP (oméprazole, pantoprazole, abdo-prazole, langoprazole).
- Antibiotiques : actifs sur l'Helicobacter pylori (Amoxicilline, Métronidazole, Clarithromycine).

1<sup>ère</sup> étape : traitement d'éradication d'Helicobacter pylori

Thérapie 7 jours.

- Un anti sécrétoire (deux doses en deux prises pendant une semaine).
- Deux antibiotiques (Clarithromycine 500mg 2 fois par jour + Amoxicilline 1g 2 fois par jour pendant une semaine).  
L'amoxicilline peut être remplacée par le Métronidazole 500mg 2 fois par jour.

2<sup>ème</sup> étape : indication thérapeutique.

#### 1) ULCÈRE À HELICOBACTER PYLORI POSITIF :

##### a) ULCÈRE DUODÉNAL SIMPLE :

- Thérapie pendant 7 jours.
- Si pas de symptômes à 3 mois pas de contrôle d'éradication.

##### b) ULCÈRE DUODÉNAL COMPLIQUÉ ET/OU ASSOCIÉ À DES FACTEURS DE RISQUE (MDC, MALADIE SÉVÈRE ASSOCIÉE) :

- Thérapie pendant 7 jours.
- Poursuivre : IPP à simple dose pendant 3 semaines.
- Contrôle de l'éradication (test respiratoire).
- Si positif : FOGD + BIOPSIE + antibiogramme.

##### c) ULCÈRE DUODÉNAL AVEC PERSISTANCE DES SYMPTÔMES ET/OU ÉCHEC ANTÉRIEUR D'ÉRADICATION :

- Contrôle de l'éradication (test respiratoire).
- Si le test est positif : FOGD + BIOPSIE + antibiogramme.

##### d) ULCÈRE GASTRIQUE :

- Trithérapie pendant 7 jours.
- Poursuivre : IPP à simple dose pendant 5 semaines.
- FOGD (obligatoire) : à 4 semaines après la fin du traitement.
- Vérification de la cicatrisation.
- Biopsie sur la cicatrice.
- Biopsie antrale et fundique (Helicobacter pylori).

#### 2) ULCÈRE À HELICOBACTER PYLORI NÉGATIF :

##### a) ULCÈRE DUODÉNAL :

- Confirmer l'absence d'Helicobacter pylori par le test sérologique.
- Rechercher les autres causes d'ulcère (AINS-gastrinome).
- Si prise d'AINS : arrêt de ceux-ci.
- IPP pendant 4 semaines.
- Si le patient est asymptomatique : pas de contrôle FOGD.
- Si prise d'AINS et arrêt impossible : IPP en continu.

##### b) ULCÈRE GASTRIQUE :

- Si prise d'AINS : arrêt et IPP pendant 6 semaines.
- Contrôle endoscopique + biopsie.
- Si pas de cicatrisation (biopsie négative).
- IPP pendant 6 semaines (12 semaines en traitement), et nouvelle FOGD.
- Si pas de cicatrisation : chirurgie.