

**Université Ferhat Abbas Sétif 1**  
**Faculté de médecine**  
**Service de médecine interne**  
**Pr R.Chermat**  
**Module de sémiologie Hépatogastro-entérologie**

# Pathologie de l'estomac

---

**Ulcère gastro-duodéal**  
**Sténose du pylore**  
**Cancer de l'estomac**

**Pr. R.CHERMAT**

**Médecine interne**  
**CHU SETIF**

**Année universitaire 2019/2020**

**Le 28/04/2020**

# Pathologie de l'estomac

## I- L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

### *I-1 Définition*

L'ulcère gastrique ou duodénal est une perte de substance muqueuse profonde, amputant plus ou moins la musculature, et limitée en son fond par une réaction inflammatoire. Si l'ulcère traverse toute la paroi, celle-ci peut se rompre dans la cavité péritonéale et entraîner une péritonite.

### *I-2 Les signes cliniques*

Le signe clinique essentiel (mais pas toujours constant) de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale est la douleur ulcéreuse. Celle-ci ne permet pas de différencier l'ulcère gastrique de l'ulcère duodénal.

Elle est de siège épigastrique, sans irradiation, à type de crampe ou de torsion.

Elle est d'intensité variable: de la simple gêne épigastrique, à la douleur abdominale violente.

Elle est d'apparition post-prandiale: elle est rythmée par les repas, et survient de une à quatre heures après ceux-ci, ce caractère post-prandial a deux conséquences: d'une part, on observe de fréquentes douleurs nocturnes, d'autre part, la douleur survient juste avant le repas suivant, induisant une faim douloureuse.

Elle dure d'une demi-heure à deux heures.

Elle est calmée par les aliments, ainsi que par la prise d'alcalins ou d'anti-acide.

Elle est périodique: elle survient tous les jours pendant quelques semaines, puis s'atténue progressivement, pour disparaître entre les poussées douloureuses. L'espacement des poussées douloureuses est très variable d'un individu à l'autre (de quelques semaines à plusieurs années).

Cependant cette douleur peut présenter de grandes variations sémiologiques: douleurs ulcéreuses atypiques, voire absentes: dans ce cas l'ulcère peut être révélé par une complication, comme une hémorragie ou une perforation. La perforation d'un ulcère peut induire une péritonite, l'hémorragie une hématemèse ou un maelena. La présence d'antécédents familiaux d'ulcère a une valeur diagnostique supplémentaire.

### *I-3 L'origine*

La douleur ulcéreuse est due au contact de la muqueuse ulcérée avec l'acidité du liquide gastrique. Cette ulcération chronique de la muqueuse gastrique ou duodénale a pour origine un déséquilibre entre les défenses de la paroi, et l'attaque acide par le liquide gastrique. Ce déséquilibre proviendrait de l'infection de l'estomac par une bactérie: *Helicobacter Pylori*. Cette bactérie Gram -, qui adhère aux cellules de

l'estomac, induit une inflammation et un trouble de la sécrétion gastrique acide, via une hypergastrinémie post-prandiale.

**Hélicobacter Pylori** est retrouvé dans 70 à 90% des ulcères gastro-duodénaux. Cette bactérie a pour seul réservoir l'estomac des primates, et sa prévalence croît en fonction de l'âge et de la faiblesse du niveau socio-économique.

#### ***I-4 Examens complémentaires***

**La détection de Hélicobacter Pylori:** on ingère de l'urée à l'azote radioactif, puis l'on dose l'ammoniac expiré (HP possédant une uréase, qui produit deux molécules d'ammoniac à partir d'une d'urée).

**La fibroscopie oeso-gastro-duodénale** est l'examen le mieux adapté au diagnostic d'ulcère. Elle permettra de préciser le siège, la forme, la taille de l'ulcère, ainsi que de faire des biopsies. La biopsie n'est utile que dans le cas d'un ulcère gastrique, où l'on vérifiera l'absence de cellules néoplasiques. La biopsie est inutile dans le cas d'un ulcère bulbaire (le cancer du duodénum est très rare).

**Le transit oeso-gastro-duodénal (T.O.G.D.)** avec la technique du double contraste: on observe la niche ulcéreuse: c'est la traduction radiologique de la perte de substance. Attention au produit de contraste utilisé: sur un patient chez qui on suspecte une perforation digestive, la baryte est absolument contre-indiquée, car elle réagit avec le péritoine pour former une péritonite de très mauvais pronostic. On utilise à la place des produits de contraste hydrosolubles, ils donnent de moins bonnes images que la baryte, mais leur issue dans la cavité péritonéale est sans risque.

## II- LA STENOSE DU PYLORE:

### II-1 Définition

C'est un rétrécissement important de la région antro-pylorique, induisant une gêne à la vidange gastrique: l'estomac se vide mal, il se distend et contient des résidus alimentaires à distance des repas. On décrit deux phases à la maladie: une phase de lutte où les contractions péristaltiques augmentent, et une phase atone où l'estomac est très distendu et rempli de liquide.

### II-2 Les signes cliniques

**Les vomissements** constituent le principal signe:

- ils sont abondants et alimentaires;
- ils sont post-prandiaux tardifs: souvent à jeun;
- ils sont d'abord intermittents, puis constants après chaque repas;
- ils soulagent les douleurs épigastriques qui sont souvent présentes;
- ils augmentent progressivement de volume, au cours de l'évolution de la maladie.

**Les douleurs épigastriques** sont dues à la distension de l'estomac et peuvent avoir les caractères d'une douleur ulcéreuse, ou bien être plus sourdes, quasi-permanentes (mais soulagées par les vomissements).

A un stade avancé de la maladie, on peut retrouver: des signes de déshydratation (oligurie, pli cutané, amaigrissement), un syndrome de lutte au niveau de l'épigastre (visualisation des ondes péristaltiques).

Chez l'enfant cette sémiologie est différente:

- les vomissements sont abondants, en jet, après chaque biberon ou tétée;
- les signes cliniques surviennent entre le 15<sup>e</sup> jour et le 3<sup>e</sup> mois de la vie;
- chez les garçons premiers nés le plus souvent;
- s'accompagne d'un amaigrissement (c'est à dire perte de poids ou arrêt de la croissance pondérale);
- pas d'anorexie, mais une constipation;
- des ondulations péristaltiques;
- un clapotage à la palpation de l'estomac à jeun.
- une olive pylorique (inconstante mais pathognomonique), c'est à dire la palpation d'une petite tumeur dure, épigastrique droite.

### II-3 L'origine

Chez l'adulte, deux causes principales: l'ulcère (pylorique ou duodéal) et le cancer (antral ou antro-pylorique).

Chez l'enfant, la cause la plus fréquente est l'hypertrophie congénitale du sphincter pylorique.

## ***II-4 Les examens complémentaires***

***La radiographie oeso-gastro-duodénale*** (après absorption de baryte) permet d'observer la présence de liquide de stase dans l'estomac, dans lequel la baryte tombe en flocons. On observe également une distension de l'estomac, avec refoulement de la région pylorique vers la droite, et la rareté (ou l'absence) de passages duodénaux.

***La fibroscopie***: elle est réalisée après aspiration gastrique. Elle peut montrer une fibrose cicatricielle rétractile. Si l'obstacle peut être franchi, on peut visualiser la cause de la sténose.

## **III- LE CANCER DE L'ESTOMAC:**

### ***III-1 Définition***

Le cancer de l'estomac est un cancer digestif fréquent: il se situe au 4<sup>e</sup> rang de la pathologie cancéreuse, et constitue 5% de tous les cancers. D'un point de vue anatomopathologique, on distingue deux types de cancer gastrique: l'adénocarcinome digestif, bien différencié, et l'adénocarcinome diffus, indifférencié.

### ***III-2 Les signes cliniques***

Malheureusement, les signes du cancer gastrique sont tardifs et non spécifiques: douleurs épigastriques atypiques, sans rythme, syndrome dyspeptique, AEG, anémie. Cette symptomatologie tardive (arrivant à un stade évolué du cancer), induit une survie à 5 ans qui n'excède pas les 20%.

Si le cancer se trouve dans la région antro-pylorique, on peut retrouver un syndrome de sténose pylorique (vomissements++).

Si le cancer se trouve dans la région du cardia, on peut retrouver une dysphagie.

### ***III-3 L'origine***

Les facteurs environnementaux sont les plus importants dans cette carcinogénèse: la forte consommation de sel, d'aliments séchés ou fumés, riche en nitrates, sont des éléments cancérogènes; ainsi que l'alcool et le tabac. La bactérie *Helicobacter Pylori* aurait également un rôle dans la carcinogénèse gastrique, en induisant une gastrite chronique. Il y aurait également un facteur génétique. Tous ces éléments peuvent donner une gastrite chronique, puis atrophique, qui induit à la longue une dysplasie, évoluant elle-même sur plusieurs années.

### ***III-4 Les examens complémentaires***

***L'endoscopie*** permet d'établir un diagnostic macroscopique de siège et d'aspect: le cancer apparaît comme l'association d'une tumeur et d'une ulcération. La tumeur est

une masse bourgeonnante, saillante, hétérochrome, fragile (saignant facilement), centrée par une ulcération creusante, irrégulière, nécrotique, à fond blanchâtre. La muqueuse adjacente est souvent raide, ne laissant pas passer le péristaltisme.

On effectuera plusieurs biopsies pour établir le diagnostic histologique.

**La radiographie** sur transit baryté montre une lacune d'allure néoplasique, qui peut montrer une image de ménisque: combinaison d'une image lacunaire tumorale à base large raccordée à la paroi à angle obtus, et centré d'une niche encastrée (image d'addition correspondant à une ulcération). La lacune est la traduction radiologique d'une tumeur intraluminale. Plus rarement, on retrouve une sténose néoplasique de la lumière de l'estomac (les sténoses néoplasiques se retrouvent plutôt au niveau des organes tubulaires).