

Item269-Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un ulcère gastrique, un ulcère duodéal, une gastrite. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
-Recommandations françaises Helicobacter Pylori 12 - Indication à visée diagnostique de L'endoscopie digestive haute en pathologie oeso-gastro-duodenale de L'adulte à l'exclusion de l'echoendoscopie et l'enteroscopie / ANAES / 2001- Les antisecretoires gastriques chez l'adulte / Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / 2007 - IPP HAS 2009 - Polycopié national: item 290	- Infection à <i>Helicobacter pylori</i> - Douleur ulcéreuse typique (6) - C°: HD-perforation / sténose- adénoK / récidence - Education du patient / MHD - Eradication HP: bi-ABT + IPPx2 7J - Entretien: IPP 4S si UD / 6S si UG - HD: électrocoagulation endoscopique - Perforation: suture coelioscopique - Anémie mégaloblastique = Biermer - Supplémentation Vit B12 en IM à vie	- Prise médicamenteuse: AINS - Douleur typique = EOGD - Perforation = CI à la EOGD - Arrêt du tabac / AINS / MHD - IPP en IV si UGD compliqué - UG = contrôle EOGD à S10 - UD: IPP et EOGD que si C° - Gastrite = diag. histologique - EOGD de dépistage sur Biermer

A. ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

Généralités

Définition = histologique

- Perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale, amputant:
- épithélium + muqueuse + musculaire-muqueuse + musculuse (= totale)

Epidémiologie: fréquent

- Ulcères duodénaux (UD) = 8% de la population (F > H = 3x)
- Ulcères gastriques (UG) = 2% de la population (F = H)
- Age: incidence maximale vers 50ans

Facteurs favorisants

- **Helicobacter pylori (HP) +++**
 - BGN hélicoïdal / mobile / uréase + / dans 70% des UG et 80% des UD
 - Remarque: UGD HP (-) : évoquer Sd Zollinger-Ellison (gastrinome) ou Crohn
- **AINS / aspirine +++**
 - Mécanisme: inhibent COX1 et donc la formation de prostaglandines (protectrice)
 - Remarque: troubles dyspeptiques chez patients sous AINS: pas forcément UGD
- **Tabagisme:** NPO l'arrêt systématique dans le traitement
- **Pathologies sous-jacentes:** cirrhose, IR, etc.
- **Terrain génétique:** atcd familiaux à rechercher

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** F > H / âge moyen ~50ans / atcd d'UGD
 - **Prise médicamenteuse:** AINS ou aspirine (**A savoir !**)
 - **Anamnèse:** rechercher des atcd douloureux similaires ++

- Douleur ulcéreuse typique (6)
 - Siège: épigastrique
 - Irradiation: aucune +++
 - Type: crampe (>> brûlure)
 - Survenue: post-prandiale tardive
 - Facteurs modifiants: calmée par repas
 - Evolutivité: périodique +++
- Signes atypiques
 - Syndrome dyspeptique / amaigrissement
- Examen physique
 - !! Normal en dehors des crises douloureuses ou complications
 - C° à rechercher: hémorragie digestive / irritation péritonéale (TR)
- Examens complémentaires
- Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD) +++
 - Indications
 - Symptomatologie typique de douleur ulcéreuse = EOGD **systematique** (A savoir !)
 - Symptomatologie atypique mais: patient > 45ans ou SdG (anémie, échec traitement)
 - Si patient sous AINS: si persistance des douleurs 10J **après l'arrêt** des AINS
 - Modalités pratiques
 - A jeun / après bilan d'hémostase + Cs d'anesthésie / sous AG-sédation
 - !! Après information du patient sur les risques et consentement éclairé
 - Aspect endoscopique macroscopique
 - Perte de substance / arrondie ou ovalaire / à fond blanchâtre
 - → précise nombre / forme / siège de l'UGD
 - Biopsies = examen histologique pour HP +++
 - Systématiques / multiples / antrales (x2) fundiques (x2) angle de la petite courbure (x1)
 - Si UG: biopsies des berges: éliminer adénocarcinome (inutiles si UD)
 - !! signes endoscopiques de malignité d'un UG
 - Taille > 1cm / bords irréguliers / berges dures
 - Plis s'arrêtant à distance de l'ulcère
- Remarque: tests diagnostiques pour recherche d'HP
- ! en dehors de toute prise récente d'antibiotiques ou d'anti-sécrétoire (14jours)
 - Tests directs (sur biopsie)
 - Examen histologique : bonne valeur si > 5 biopsies
 - Mise en culture / PCR (spécialisés, surtout en cas d'échec, necessite deux biopsies supplémentaires : fundus (x1), antra (x1))
 - Test rapide à l'uréase (n'est plus pratiqué en routine)
 - Tests indirects (pas de biopsie)
 - Test respiratoire à l'urée C13 (Breath-test: Helikit®)
 - Surtout pour le suivi de l'efficacité du traitement
 - Diagnostic initial pour
 - Apparentés de cancer gastrique
 - Mise sous AINS
 - Carence martiale, B12
 - PTI
 - conditions de réalisations :
 - 1 mois après la fin du traitement
 - 15 jours après antibiothérapie ou anti-sécrétoire
 - Recherche d'Ag de l'infection HP dans les selles
 - actuellement peu réalisé en France
 - indications= test respiratoire à l'urée C13
 - Sérologie (intérêt épidémiologique)

Evolution

Complications aiguës

- Hémorragie digestive ulcéreuse (cf Hémorragie digestive.)
 - = hémorragie digestive haute (siège > angle de Treitz)
 - !! Fréquentes: 20% des UGD (et **50%** des HD sont secondaires à un UGD)
 - Anémie microcytaire chronique par carence martiale associée +++ (NFS)
 - Extériorisation: haute (hématémèse) ou basse (méléna ou rectorragie: !! SdG)
 - Evolution

- Mortalité globale des hémorragies digestives sur UGD = 10% (!)
- Facteurs de mauvais pronostic: âge élevé / tare / récurrence / choc
- **Perforation d'ulcère** (cf **Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.**)
 - = pneumopéritoine puis péritonite aiguë
 - **Examen clinique**
 - Douleur épigastrique brutale (« coup de poignard »)
 - Puis défense et contracture généralisée = péritonite (!! souvent apyrétique)
 - **Examens complémentaires**
 - **ASP** centré sur coupoles: non recommandée (HAS 09)
 - **TDM abdominale**: recherche la bulle d'air: examen de **référence** +++
 - **!! EOGD**: formellement **contre-indiquée**: aggravation de la péritonite (**A savoir !**)

Complications chroniques

- **Sténose pyloro-duodénale**
 - Rare (2%) / chez patient ulcéreux chronique
 - Vomissements post-prandiaux tardifs non bilieux / confirmée par EOGD
 - Diagnostic différentiel : cancer: à éliminer par EOGD + biopsie
- **Cancérisation: adénocarcinome gastrique** (cf **Tumeurs de l'estomac.**)
 - Rare: 2% / !! Ne concerne **que les UG** (les UD ne dégénèrent jamais)
 - Diagnostic = EOGD avec biopsie du bourrelet périphérique de l'UG
- **Récidives +++** : la complication de tous les UGD...

Remarque: causes de récurrence ou échec du traitement

- Mauvaise observance du traitement (++)
- Prise d'AINS (cachée ou non)
- HP résistant / Ré-infection par HP
- Autre étiologie d'UGD: maladie de Crohn / Zollinger-Ellison

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire hors complications
- Hospitalisation en urgence devant HD ou perforation d'UGD

Education du patient / mesures hygiéno-diététiques +++

- Arrêt du **tabac** (**A savoir !**)
- Arrêt des **AINS** et aspirine (si impossible: IPP ou anti-COX2)
- Education du patient: signes d'alerte (complications) et CAT
- Éviter acidifiants / boissons gazeuses / alcool
- Repas à heures fixes / au calme / lentement (mastiquer)

Traitement médicamenteux

- **Éradication d'HP : Nouvelles stratégies (Maastricht 2010, Recommandations françaises 2012)**
 - **traitement séquentiel**(10j)
 - chez les patients n'ayant pas reçu précédemment de Clarithromycine
 - 5 jours IPP double dose + amoxicilline 1g x2/j
 - 5 jours IPP double dose + clarithromycine 500 mgx2/j + métronidazole 500 mg x2/j
 - **quadrithérapie bismuthée**(10j)
 - IPP **double dose**: oméprazole 20mg x2/j (matin - soir)
 - sous citrate de bismuth 140 mgx4/j
 - métronidazole 125mg,x4/j
 - tétracycline 125mg -x4/j
 - gélules triples contenant bismuth, métronidazole et tétracycline
 - **Traitement post-éradication d'HP**
 - **Pour ulcère duodénal**
 - Non compliqué et asymptomatique après éradication: AUCUN (**A savoir !**)
 - Compliqué ou FdR ou douleur: IPP simple dose pour 3 à 7 semaines
 - **Pour ulcère gastrique**
 - **Toujours**: IPP simple dose (oméprazole 20mg) pour 3 à 7 semaines
 - **!! Remarque: si helicobacter pylori absent ou UGD sous AINS**
 - Traitement anti-sécrétoire: IPP: oméprazole 20mg/j (« pleine dose »)
 - **Durée: 4S** pour ulcère duodénal / **6S** pour ulcère gastrique

Traitement des complications

- **Hémorragies digestives sur UGD** (cf **Hémorragie digestive.**)
 - **!!** Résolution spontanée dans 80% des cas

- **Mise en condition:** hospitalisation / patient à jeun / pose SNG / REA si choc
- **Traitement symptomatique:** antalgiques / remplissage si choc
- **Traitement médicamenteux:** **IPP** bolus de **80mg** en IVD puis relais IVSE +++
- **Traitement endoscopique:** hémostase par **thermocoagulation** (ou sclérose ou clip)
- **Traitement chirurgical:** si échec du traitement endoscopique ou HD massive (10%) → antrectomie
- **!! Au décours:** **NPO** traitement classique de l'UGD (cf supra)
- **Perforation d'ulcère** (cf [Tumeurs de l'estomac.](#))
 - Hospitalisation / à jeun / **SNG** systématique / REA si choc
 - **Traitement chirurgical (le plus souvent ++)**
 - **coelioscopie** en 1ère intention / exérèse des berges et envoi anapath si UG
 - **suture** de l'ulcère (après exérèse ou direct si UD) / **toilette péritonéale**
 - **Traitement médical (méthode de Taylor)**
 - **Indications limitées +++ :** à jeun / < 6h / apyrétique / pas de défense
 - **Modalités:** SNG en aspiration + IPP double dose IV
 - **Mesures associées dans tous les cas**
 - **IPP** 40mg IV / antalgiques IV / **!! NPO: ABT** (Augmentin® en IV)
 - **!! Au décours EOGD à +4-6S:** recherche HP et contrôle de la cicatrisation
- **Sténose ulcéreuse**
 - **Traitement symptomatique:** RHE + renutrition parentérale + vidange gastrique (SNG)
 - **Traitement médical:** habituel: éradication de HP / systématique (cf supra)
 - **Si échec du traitement médical:** EOGD et dilatation de la sténose au ballonnet
- **Cancérisation en adénocarcinome gastrique:** cf [Tumeurs de l'estomac.](#)

Prévention sous AINS

- **Indications (AFSSAPS 07, HAS 2009)**
 - Age > 65ans
 - Atcd d'UGD compliqué ou non
 - Association AINS + [aspirine / AVK / corticoïdes]
- **Modalités**
 - Oméprazole pleine dose ou autres IPP à demi-dose jusqu'à arrêt des AINS

Traitement chirurgical (!! quasiment abandonné)

- **Ulcère gastrique**
 - **Indications:** rechutes fréquentes sous traitement d'entretien / pas de cicatrisation à S12
 - **Technique:** gastrectomie partielle emportant l'ulcère
- **Ulcère duodénal**
 - **Indications:** récurrences fréquentes malgré traitement médicamenteux optimal
 - **Technique:** antrectomie avec anastomose gastro-duodénale

Surveillance (AFSSAPS 07)

- **Pour ulcère duodénal**
 - **si non compliqué:** test **respiratoire** à l'urée / pas de EOGD +++
 - **si compliqué:** **EOGD** systématique à +4S après la fin du traitement
- **Pour ulcère gastrique**
 - **UG compliqué ou non:** **EOGD systématique à +4S (A savoir !)**
 - **Si absence de cicatrisation:** re-trithérapie amox-flagyl-IPP double dose 14J
- **!! Quelque soit le type d'ulcère**
 - EOGD systématique si toujours symptomatique après traitement bien conduit

B. GASTRITE

Généralités

Définition

- Gastrite = inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse gastrique
- **!! Le diagnostic est histologique** → EOGD pour biopsie et anapath. (**A savoir !**)

Gastrites aiguës:

rares (<< gastrites chroniques)

Gastrites chroniques:

- Fréquentes: p = 40% dans PD (p ↑ avec l'âge)
- **Gastrites atrophiques** = risque d'évolution vers dysplasie puis adénoK gastrique
 - **Gastrite de type A (auto-immune):** Maladie de Biermer
 - **Gastrite de type B (bactérienne):** à Helicobacter Pylori

- **Gastrites non atrophiques** = pas d'évolution carcinomateuse
 - Nombreuses étiologies : cf infra

Gastrites chroniques

Gastrite chronique atrophique de type A:

Maladie de Biermer

- **Généralités**
 - **Epidémiologie**
 - 5% des gastrites chroniques / F > H / âge > 50ans
 - !! Terrain auto-immun: rechercher D1, dysthyroïdie, etc.
 - **Physiopathologie** = **auto-immune** +++
 - Ac anti-FI = déficit en facteur intrinsèque = malabsorption de la Vit B12
 - B12 nécessaire à la synthèse de l'ADN → anémie mégaloblastique (cf [Anémie chez l'adulte et l'enfant](#))
 - Ac anti-PP = atrophie gastrique → achlorhydrie + malabsorption + risque de dégénérescence tumorale en adénocarcinome gastrique
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Eliminer une cause évidente d'anémie macrocytaire** +++
 - Alcool (**A savoir !**) / hypothyroïdie / hépatopathie / prise médicamenteuse
 - **Syndrome anémique**
 - asthénie + pâleur / bien tolère: cf apparition progressive +++
 - +/- subictère par hémolyse intra-médullaire
 - **Signes d'atrophie épithéliale digestive**
 - Glossite + sécheresse buccale + langue rouge/lisse/brillante
 - Dysphagie / douleurs abdominales / dyspepsie / troubles transit, etc.
 - **Si carence sévère en vitamine B12: syndrome neuro-anémique**
 - = sclérose combinée de la moelle (!! seulement avec B12 / pas si B9 isolé)
 - par démyélinisation (voies longues: prédomine aux membres inférieurs)
 - **Syndrome pyramidal**: signe de Babinski bilatéral / ROT vifs, etc.
 - **Syndrome cordonnal postérieur**: lemniscal: paresthésie / Se profonde
 - **Examens complémentaires**
 - **Pour le diagnostic d'anémie mégaloblastique (3)**
 - **NFS / frottis**: anémie macrocytaire normochrome arégénérative
 - **Myélogramme**: MO riche et bleue / mégalo blasts / asynchronisme
 - **Bilan d'hémolyse**: LDH et bilirubine ↑ / haptoglobine ↓
 - **Pour le diagnostic de maladie de Biermer (3)**
 - **Dosages vitaminiques**
 - Vitamine B12: effondrée (< 100 µg/L) / gastrine ↑
 - Rechercher une carence en B9 (folates) associée (cf [Anémie chez l'adulte et l'enfant](#))
 - **Bilan immunologique**
 - **Ac anti-facteur intrinsèque** +++ (cf [Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.](#))
 - Ac anti-cellules pariétales (moins Se et moins Sp)
 - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD) avec biopsie**
 - Macroscopique: gastrite atrophique / histologie pose le diagnostic
 - Biopsies multiples pour recherche d'un **adénocarcinome gastrique**
 - **Examens de 2nde intention (peu faits)**
 - Tubage gastrique: achlorhydrie et absence de FI si Biermer
 - Test de Schilling: serait normal après injection de FI
 - **Pour rechercher une polyendocrinopathie auto-immune (PEAI)**
 - **Hypothyroïdie** +++ : TSH +/- T4 puis Ac anti-TPO et anti-thyroglobuline
 - **Autres**: diabète de type 1 (glycémie) / insuffisance surrénale (synacthène)
- **Evolution**
 - Atrophie gastrique chronique: persistante à vie
 - Risque **d'adénocarcinome** gastrique x3 / EOGD régulières (**A savoir !**)
- **Traitement**
 - **Supplémentation vitaminique**
 - **Vitamine B12**
 - 1 ampoule (1000 UI) en **IM** / à poursuivre **A VIE**
 - « Traitement d'attaque »: 10 injections de 1000 mg puis « traitement d'entretien »: 1x/3M (SFH)
 - **Vitamine B9**

- Acide folique PO (Spéciafoldine® 5mg): 2cp/j pendant 1M au début
- En association avec la B12 pour soutenir l'effort de régénération
- Surveillance +++ par EOGD (A savoir !)
 - NFS-réticulocytes: à 1S (« crise réticulocytaire ») puis 1x/M jusqu'à normalisation
 - EOGD avec biopsies multiples étagées 1x/3 ans à vie (dépistage de l'adénoK) (SFH)

Gastrite chronique atrophique de type B: liée à HP

- Clinique: le plus souvent asymptomatique / parfois syndrome dyspeptique
- Paraclinique: confirmation par EOGD avec biopsie pour recherche de HP
- Evolution: idem UG et Biermer: atrophie donc risque d'adénocarcinome ++
- Traitement: idem UG → éradication HP (cf supra)

Gastrites chroniques non atrophiques

- Gastrite de type C = « chimique » par reflux biliaire / AINS au long cours
- Gastrite lymphocytaire
- Gastrite à éosinophiles
- Gastrite granulomateuse
- Autres: collagène, HTPortale, etc

Gastrites aiguës

Etiologies

- Médicamenteuse: aspirine et AINS +++
- Toxique: alcool / ingestion de caustique
- Primo-infection à HP (asympt ++)
- CMV (patient immuno-déprimé +++)
- Stress: rare / en Réa / sur défaillance multiviscérale

Diagnostic

- Clinique
 - Asymptomatique +++ (découverte fortuite)
 - Epigastralgies (!! à distinguer des UGD car pas de périodicité)
 - Hémorragies digestives (hématémèse / méléna / rectorragie)
 - Syndrome dyspeptique (trouble fonctionnel: cf Colopathie fonctionnelle.)
- Paraclinique = EOGD avec biopsies multiples (A savoir !)
 - Diagnostic positif de gastrite
 - Muqueuse gastrique oedématisée / érythémateuse +/- purpurique
 - Ulcérations et érosions superficielles / infiltration par PNN
 - Diagnostic étiologique
 - Examen anapath pour recherche d'HP

Evolution

- Cicatrisation rapide le plus souvent
- Si HP: gastrite chronique à HP + UG associé
- C⁹: UGD / hémorragies digestives / perforations

Traitement

- Traitement symptomatique: anti-acides / pansements gastriques / antalgiques (pas d'AINS !)
- Traitement étiologique: arrêt du médicament ou toxique / éradication d'HP / traitement de CMV, etc.

Synthèse pour questions fermées

Quel est le principal diagnostic différentiel d'un ulcère gastrique ?

- Cancer gastrique (qui peut se présenter sous forme d'ulcères)

Quel est le diagnostic à évoquer devant des ulcères récidivants non associées à H. Pylori et une diarrhée volumogénique ?

- Zollinger Ellisson

Quel est l'examen qui fait le diagnostic positif de gastrite chronique ?

- Examen histologique (biopsies acceptées)

