

LA STENOSE ULCEREUSE PYLORO-DUODENALE : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES A PROPOS DE 38 CAS

K. YENON, E. KOFFI, J.C. KOUASSI

RESUME

Cette étude rétrospective a analysé 38 cas de sténose ulcéreuse pyloro-duodénale aux plans diagnostique et thérapeutique. La fibroscopie effectuée dans 89,5 % des cas et le transit gastroduodénal dans 47 % des cas ont montré que la sténose était sévère dans 56 % des cas et surtout pylorique (52,6 % des cas) et bulbaire (34,2 % des cas). Parmi les 22 patients opérés, 18 (81,8 %) ont subi une vagotomie tronculaire associée dans 16 cas (72,8 %) à une antrectomie. Trois patients (13,7 %) ont subi une vagotomie hypersélective associée à une dilatation de la sténose. Les taux de mortalité et de morbidité postopératoires ont été respectivement de 4,5 % et de 13,6 %. Après un suivi moyen de 10 mois (extrêmes : 6 et 24 mois), 85,7 % des patients ont été classé Visick grade I. La vagotomie tronculaire avec antrectomie reste un traitement adapté aux sténoses pyloro-duodénales rencontrées dans notre milieu.

Mots - clés : Sténose - Ulcère duodénal - Pylore.

SUMMARY

Pyloroduodenal stenosis : diagnostic and therapeutic aspects. About 38 cases.

This retrospective study has analyzed the diagnostic and therapeutic aspects of 38 cases of ulcerous pyloroduodenal stenosis. Fibroscopy performed in 89,5 % of cases and upper gastroduodenal series in 47 % of cases have shown the stenosis to be severe in 56 % of cases and mainly pyloric (52,6 % of cases) and bulbar (34,2 % of cases). An operation was performed on 22 patients among whom 18 (81,8 %) underwent truncal vagotomy associated with antrectomy in 16 cases (72,8 %). Three patients (13,7 %) underwent highly selective vagotomy with stenosis dilatation. Postoperative mortality and morbidity rates were 4,5 % and 13,6 % respectively. After a mean follow-up of 10 months (range: 6 - 24

months), 85,7 % of patients belonged to grade I according to the Visick classification. Truncal vagotomy with antrectomy remains a treatment suitable for pyloroduodenal stenosis encountered in our area.

Key - words : Stenosis - Duodenal ulcer - Pylorus.

On entend par sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse, une diminution permanente du calibre de la lumière pylorique ou duodénale entraînant une gêne à l'évacuation gastrique et relative à l'évolution de la maladie ulcéreuse (7). L'essor de la fibroscopie et la mise au point des anti-ulcéreux ont considérablement réduit la fréquence de cette complication chronique ulcéreuse (10). Le diagnostic de la sténose au début est essentiel du fait de graves troubles hydro-électrolytiques observés à la phase d'état. Si son traitement chirurgical fait pratiquement l'unanimité, il n'existe en revanche pas de consensus quant au choix de la technique chirurgicale. Le but de cette étude a été de présenter les caractéristiques cliniques et paracliniques de la sténose ulcéreuse pyloroduodénale en milieu ivoirien et de préciser les principales orientations thérapeutiques.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de Chirurgie générale et digestive du CHU de Cocody et couvrant la période de janvier 1990 à janvier 1995. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients pour lesquels le diagnostic de sténose ulcéreuse pyloro-bulbaire a été retenu. Ont été exclus, ceux chez lesquels une tumeur antro-pylorique était responsable de la sténose. Trente-huit dossiers ont donc été analysés en tenant compte des paramètres suivants : l'âge, le sexe, les antécédents, les données cliniques, paracliniques, les modalités thérapeutiques et leurs résultats.

RESULTATS

Les patients, 31 hommes et 7 femmes, avaient un âge

moyen de 39 ans avec des extrêmes de 20 et 63 ans. Un antécédent d'ulcère connu ou des douleurs épigastriques chroniques ont été notés chez 27 patients (71 %). Il n'existait aucune pathologie intercurrente. Le délai moyen de consultation a été de 7 mois (extrêmes : 6 jours et 3 ans). L'amaigrissement, les douleurs abdominales et les vomissements observés respectivement dans 100 %, 95 % et 89,5 % des cas ont été les signes cliniques les plus fréquents (Tableau I).

Tableau I : Principaux signes cliniques

Signes cliniques	Nb de patients	%
Amaigrissement	38	100
Douleurs abdominales	36	94,7
Vomissements	34	89,5
Clapotage à jeûn	10	26,3
Déshydratation	8	21
Pâleur conjonctivale	8	25
Ondulations péristaltiques	8	8,3

La fibroscopie gastro-duodénale effectuée chez 34 patients (89,5 %) n'a trouvé aucun aspect évocateur de tumeur. Le transit gastro-duodéal (TOGD) réalisé chez 18 patients (47 %) a été associé à la fibroscopie dans 14 cas (37 %). Ces deux examens ont permis de préciser que la sténose était pylorique dans 20 cas (52,6 %), bulbaire dans 13 cas (34,2 %), pylorobulbaire dans 4 cas (10,6 %) et post-bulbaire (genu-superius) dans 1 cas (2,6 %). La sténose était franchissable dans 15 cas (44 %) soit par le fibroscope adulte (n = 5), soit uniquement par le fibroscope pédiatrique (n = 10) et infranchissable par le fibroscope pédiatrique dans 19 cas (56 %).

Les patients ont bénéficié, dès leur admission, d'une rééquilibration hydroélectrolytique guidée par les ionogrammes plasmatiques et, pour certains, d'une alimentation parentérale.

Seize patients (42 %) n'ont pas été opérés, soit en raison du refus opposé par le patient ou la famille (n = 12), soit en raison du décès au cours de la réanimation préopératoire (n = 4). Ces décès préopératoires étaient liés à une insuffisance rénale dans 3 cas et à une anémie sévère dans 1 cas.

Un traitement chirurgical par laparotomie a été entrepris

chez 22 patients (58 %) (Tableau II). Le rétablissement de la continuité après vagotomie tronculaire et antrectomie (VT+A) a été réalisé par une anastomose gastro-duodénale dans 10 cas et gastrojéjunale à bouche partielle dans 6 cas.

Tableau II : Modalités opératoires

Techniques opératoires	Nb de patients	%
Vagotomie tronculaire + Antrectomie	16	72,8
Vagotomie tronculaire + gastrojéjunostomie	2	9
Vagotomie sélective (VS) + gastrojéjunostomie	1	4,5
Vagotomie hypersélective (VHS) + dilatation	3	13,7
Total	22	100

Un patient est décédé dans les suites précoces d'une réintervention pour une occlusion sur brides survenue au 30ème jour (J30) d'une VT+A, soit une mortalité opératoire de 4,5 %. Trois patients ont présenté des complications postopératoires non mortelles, soit une morbidité de 13,6 %. Il s'agissait respectivement d'une pancréatite aiguë œdémateuse à J2 d'une VT+A, d'un retard à l'évacuation gastrique à J12 d'une VT+A avec anastomose gastroduodénale et d'un dumping syndrome à J30 d'une VT+A avec anastomose gastro-jéjunale.

Une analyse histologique effectuée dans 15 cas a confirmé l'origine ulcéreuse de la sténose.

Les 21 survivants ont été revus avec un recul moyen de 10 mois (extrêmes : 6 et 24 mois). Les résultats fonctionnels ont été appréciés selon la classification de Visick (5) : grade I : n = 18 (85,7 %); grade III : n = 3 (14,3 %).

DISCUSSION

Dans notre série, l'amaigrissement, les douleurs abdominales et les vomissements ont été les principaux signes cliniques de la sténose ulcéreuse pyloro-duodénale. Ce fait est conforme aux données de la littérature (3). L'amaigrissement a été observé chez tous nos patients. Ce fait s'explique aisément par les longs délais de consultation puisque ce signe représente le baromètre clinique du degré

et de l'ancienneté de la sténose. Dans la série de Berrada et coll (1) où les patients étaient probablement pris en charge un peu plus tôt, l'amaigrissement existait dans 80 % des cas. Si les vomissements constituent un signe habituel des sténoses ulcéreuses, il ne faut pas les attendre à tout prix pour évoquer le diagnostic. En effet, d'authentiques sténoses sans vomissements ont été décrites dans une proportion qui peut atteindre 22 % (11). Dans notre série, ce taux a été de 10 %. Ainsi, tout patient présentant des épigastralgies devrait subir une fibroscopie gastro-duodénale. Cet examen réalisé tôt dans l'évolution de la maladie ulcéreuse permet le diagnostic précoce de la sténose et de son calibre puis élimine avec certitude la possibilité d'une étiologie non ulcéreuse (3). Près de 90 % de nos patients ont eu une fibroscopie révélant une sténose sévère dans 56 % des cas. Actuellement dans notre environnement, les limites de la fibroscopie sont constituées essentiellement par sa disponibilité et son coût qui la rendent inaccessible à une frange importante de la population. Le TOGD constitue un examen primordial pour certains auteurs comme Fadil et coll (4) et Khaiz et coll (7) qui l'ont prescrit respectivement dans 92 % et 73 % des cas. Il permet, en cas de sténose infranchissable, d'explorer le duodénum en aval de la sténose. Pour Meyer et coll (9), son intérêt est également thérapeutique car le degré de dilatation gastrique apprécié sur le TOGD permet de guider le choix thérapeutique. Cependant certaines sténoses modérées et souples ne sont découvertes qu'en peropératoire malgré les examens clinique, morphologique et endoscopique (11). C'est la raison pour laquelle certains auteurs comme Csendes et coll (3) ajoutent à leur arsenal diagnostique le test salin de Goldstein et Boyle. Ce test fonctionnel simple, dont nous n'avons pas l'expérience, permet d'apprécier la rétention gastrique et d'identifier les patients à rétention complète et ceux à rétention incomplète.

La réanimation médicale est indispensable. Guidée par un bilan biologique, elle intervient pour encadrer le traitement chirurgical. Pour certains patients inopérables à l'admission, elle sera le traitement définitif. Tel a été le cas de 4 de nos patients (10,5 %) décédés pendant la phase de réanimation préopératoire. Cette mortalité préopératoire est très élevée quand on la compare à celle rapportée par Fadil et coll (4) et Berrada et coll (1) qui est respectivement de 0,7 % et 2,9 %. Elle est liée à l'évolution trainante de la sténose dont le retentissement général est précoce.

Le traitement chirurgical de la sténose ulcéreuse pyloro-duodénale est l'objet de controverses (1, 3, 4, 11). Quatre

options thérapeutiques (dilatation, plastie, gastroentérostomie, gastrectomie) se discutent associées à la vagotomie.

Certains auteurs prônent la vagotomie hypersélective (VHS) (3, 11, 12). Elle trouve ses meilleures indications en l'absence d'hypersécrétion acide majeure et lorsque les conditions d'une dilatation de la sténose ou d'une duodénoplastie sont remplies (11). Cependant la VHS associée à la dilatation, exposant à un risque de resténose de l'ordre de 7 à 10 %, a des résultats nettement moins bons que lorsqu'elle est associée à la duodénoplastie (3, 11). En ce qui nous concerne, les conditions favorables à la réalisation d'une dilatation ne se sont présentées que dans 13,7 % des cas. Lau et coll (8) ont utilisé la dilatation endoscopique au ballonnet avec des résultats décevants à distance et proposent de la réserver aux patients à haut risque chirurgical. Pour Csendes et coll (3), la VHS associée à la gastrojéjunostomie est l'intervention de choix en présence d'une sténose duodénale ulcéreuse. La VT postérieure associée à la séromyotomie antérieure ou à la gastrectomie linéaire antérieure représente un équivalent de VHS utilisé dans le traitement de l'ulcère duodéal perforé (2). Sa réalisation semblant techniquement plus aisée, elle pourrait constituer une alternative à la VHS dans les sténoses duodénales ulcéreuses.

La VT, pratiquée dans notre série avec un taux de 81,8 %, est également largement adoptée par plusieurs auteurs (1, 4, 7, 9, 10). Pour BERRADA et coll (1), les séquelles à type de gastropylégie et de diarrhée qui lui sont imputables peuvent être minimisées et contrôlées par un traitement médical. Dans notre série, nous n'avons relevé à court terme aucune séquelle importante liée à la VT. Nous lui avons associé une gastrojéjunostomie dans les rares cas où l'abord de la région pyloro-bulbaire était particulièrement dangereux. Cette intervention est actuellement réalisable par voie laparoscopique (13). Les gestes conservateurs associés à la vagotomie ont donc une place réduite dans notre pratique. En effet, un taux plus élevé de récurrences ulcéreuses à long terme est observé après chirurgie conservatrice (5) même si ces échecs sont dans certains cas accessibles au traitement médical ou endoscopique. Le coût élevé des médicaments antiulcéreux modernes et la surveillance régulière et rigoureuse requise par la chirurgie conservatrice nous font redouter ce type de traitement chez nos patients dont le niveau socio-économique est généralement bas. Il s'agit là d'un facteur important qui, associé au jeune âge de nos patients et au caractère serré et scléreux

de la plupart de leurs sténoses, nous a fait opter dans la majorité des cas pour le traitement radical (VT+A) malgré sa morbidité plus lourde (5). Une étude randomisée (3) n'a pas montré de différence significative entre les résultats à long terme de la VHS associée à la gastrojéjunostomie et ceux de la VS associée à l'antrectomie. Le traitement radical est également actuellement réalisable par voie laparoscopique (6).

Les indications du traitement des sténoses ulcéreuses pyloro-duodénales, pourraient se résumer dans nos conditions de la manière suivante :

- 1 - Au stade de début (sténose modérée, absence de phénomènes scléro-inflammatoires, estomac non dilaté) : VHS + dilatation ou VT + pyloroplastie ;
- 2 - Au stade avancé (sténose très serrée, bloc scléro-inflammatoire, distension gastrique importante) : Bon état général : VT+A ; Mauvais état général : VT+ gastro-entérostomie ;

- 3 - Au stade intermédiaire (sténose peu serrée, phénomènes scléro-inflammatoires peu importants, estomac peu dilaté) : VT + pyloroplastie ou VT+ gastro-entérostomie ou VT+A.

CONCLUSION

Si la VHS associée à la dilatation ou à la duodénoplastie, reste le traitement idéal de la sténose ulcéreuse, pyloro-duodénale, la VT associée à l'antrectomie conserve une place importante dans nos milieux hospitaliers. L'amélioration du pronostic repose sur la précocité du diagnostic et surtout sur la prévention. La réalisation de ces objectifs nécessite une vulgarisation de l'endoscopie avec des campagnes de sensibilisation et une baisse des coûts des médicaments anti-ulcéreux. L'éradication d'*Helicobacter pylori* pourrait peut être jouer un rôle primordial dans la prévention de la sténose.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BERRADA S, ISMAIL R, MOKHTARI M.
Traitement chirurgical des sténoses duodénales ulcéreuses.
A propos de 34 cas.
Lyon chir 1991; 87 : 341-2.
- 2 - BRUNET C, SIELEZNEFF I, THOMAS P, SAMSON P, FARISSE J.
Ulcère duodénal perforé : gastrectomie linéaire antérieure subtotale et tubérositaire postérieure.
Presse Med 1995 ; 24 : 662-4.
- 3 - CSENDES A, MALUENDA F, BRAGHETTO I, SCHUTTE H, BURDILES P, DIAZ JC.
Prospective randomized study comparing three surgical techniques for the treatment of gastric outlet obstruction secondary to duodenal ulcer.
Am J Surg 1993 ; 166 : 45-9.
- 4 - FADIL A, MOUMEN M, BELLAKHDAR A, EL FARES F.
Les sténoses pyloro-duodénales d'origine ulcéreuse. A propos de 260 cas.
J Chir 1992 ; 129 : 27-30.
- 5 - FOURTANIER G.
Traitement chirurgical des ulcères du duodénum et de l'estomac, simples et compliqués.
Encycl Méd Chir (Paris-France), Estomac-Intestin, 9024 A¹⁰, 5-1990, 10 p.
- 6 - JOHANET H, COSSA JP, HAMDAN M, MARMUSE JP, LE GOFF JY, BENHAMOU G.
Laparoscopic gastrectomy for obstructing duodenal ulcer.
J Laparoendosc Surg 1994 ; 4 : 447-50.
- 7 - KHAIZ D, LAKHLOUFI A, CHIHAB F, ABI F, BOUZIDI A.
Plaidoyer pour la vagotomie tronculaire dans les sténoses ulcéreuses.
Sem Hôp Paris 1993 ; 69 : 217-20.
- 8 - LAU JY, CHUNG SC, SUNG JJ et coll.
Through-the-scope balloon dilatation for pyloric stenosis : long-term results.
Gastro intest Endosc 1996 ; 43 : 98-101.
- 9 - MEYER C, BACHELLIER-BILLOT C, ROHR S, DE MANZINI N, LECLERCQ A.
Le traitement chirurgical de la sténose pylorique d'origine ulcéreuse. A propos de 68 cas.
J Chir 1991; 128 : 112-5.
- 10 - OULMANE DJ, CHAOU K, ABID L, ADDAD K, BENABADJI R.
La pyloroplastie type Finney associée à la vagotomie tronculaire dans le traitement des sténoses ulcéreuses.
Méd Chir Dig 1993 ; 22 : 471-2.
- 11 - PICAUD R, CAAMANO A, BOZON-VERDURAZ E.
Vagotomie et drainage adaptés dans les sténoses ulcéreuses.
J Chir 1986 ; 123 : 384-9.
- 12 - WANG CS, TZEN KY, CHEN PC, CHEN MF.
Effects of highly selective vagotomy and additional procedures on gastric emptying in patients with obstructing duodenal ulcer.
World J Surg 1994 ; 18 : 131-7.
- 13 - WYMAN A, STUART RC, NG EK, CHUNG SC, LI AK.
Laparoscopic truncal vagotomy and gastroenterostomy for pyloric stenosis.
Am J Surg 1996 ; 171 : 600-3.