

FAIT CLINIQUE

PERFORATION D'ULCERE DUODENAL APRES CURE DE HERNIE ABDOMINO-PARIETALE : PIEGE DIAGNOSTIQUE (À PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS).

DUODENAL ULCER PERFORATION AFTER ABDOMINAL HERNIA REPAIR: DIAGNOSTIC TRAP (ABOUT TWO CASES)

AM HODONOU*; AS ALLODE*; FM DOSSOU**; AED MENSAH*; HO FATIGBA* KO BAGNAN**; N PADONOU**

* Faculté de Médecine ; Université de Parakou ; Département de chirurgie et spécialités ; BENIN

** Faculté des Sciences de la Santé /Université d'Abomey-calavi/ Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale A&B/ CNHU/ BENIN

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent deux cas inhabituels de perforation duodénale survenue après une cure de hernie abdomino-pariétale. Ils insistent sur les difficultés diagnostiques et les mesures préventives qui permettent d'éviter cette complication mortelle.

Mots clés: *hernie inguinale -hernie ombilicale- perforation-ulcère duodéna*

SUMMARY

The authors report two uncommon cases of duodenal perforation after hernia repair. They focus on the difficulties of the diagnosis and the preventive measure..

Key words: *duodenal ulcer- inguinal hernia -umbilical hernia -perforation*

Tirés à part

HODONOU Montcho Adrien, Assistant chef de clinique à la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou BENIN ;
BP : 123 Parakou ; Tél : +229.95.50.79.35 ; Courriel : hodum68@yahoo.fr

INTRODUCTION

La perforation d'ulcère est une complication chirurgicale grave ; elle engage le pronostic vital des patients.

Elle complique 5 à 10% des ulcères gastriques ou duodénaux (1,2,3) et semble ne pas être influencée par les progrès de la prise en charge de la maladie ulcéreuse. Une fois sur quatre cette perforation révèle la maladie ulcéreuse (1,2). Les circonstances de découverte des perforations duodénales sont classiquement connues. Mais des circonstances inhabituelles de révélation sont de plus en plus signalées dans la littérature (4,5). Nous rapportons deux observations de perforation d'ulcère duodénale après cure de hernie abdomino-pariétale. A partir de ces deux observations nous voudrions insister, sur les aspects préventifs des ulcères gastriques ou duodénaux en période post opératoire. Ces mesures préventives chez les patients opérés peuvent leur éviter cette complication au pronostic grave.

OBSERVATIONS

Observation n°1

AD...Ma... étudiant âgé de 26 ans et sans antécédent d'épigastrie était en attente des résultats de la deuxième session des examens universitaires. Il a été opéré sur programme, d'une hernie ombilicale le 15/10/10. Les suites immédiates simples autorisaient sa sortie le 20/10/10 sous amoxicilline +acide clavulanique 500+125mg un comprimé trois fois par jour et Triclopax (qui est une association de diclofénac 50mg et de paracétamol 500mg) un comprimé trois fois par jour au milieu des repas. Le 25/10/10 il a été réadmis en urgence pour douleur abdominale et arrêt de matières et gaz depuis vingt quatre heures.

A l'examen, le patient anxieux, se tordait de douleurs abdominales. Le pouls était accéléré à 100 pulsations par minute ; la tension artérielle de 125/75 mmHg. L'abdomen participe peu à la respiration et est sensible dans son ensemble. La plaie opératoire, une incision arciforme sous ombilicale est propre et sèche. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une stase stercorale mais il n'y avait pas de pneumopéritoine.

Un lavement au Normacol entraîne une débâcle de matières fécales et soulage le malade.

Le 28/10/10 la douleur réapparaît et à l'examen, le patient présente une dyspnée, un pouls accéléré à 120 pulsations par minute ; la tension artérielle à 100/80mmHg ; un ballonnement abdominal tympanique et une défense généralisée. Le diagnostic de péritonite post opératoire occlusive probablement par incarceration et perforation d'une anse a été retenu.

A la laparotomie, une perforation punctiforme à bord mince, souple de la face antérieure du bulbe duodénal a

été découverte. Il a été réalisé une suture et un lavage de la cavité péritonéale.

Les suites ont été compliquées par des fistules digestives dues au lâchage des sutures. Il a été repris deux fois. A la deuxième reprise une gastrectomie pylorique inférieure a été réalisée. Le patient est décédé dans un état de cachexie le 1/12/10.

Observation n°2

SIN...Hen...âgé de 33 ans est enseignant sans antécédents médicaux particuliers. Il est opéré dans un hôpital du centre du Bénin pour hernie inguino scrotale droite en octobre 2010. Il est sorti sous amoxicilline, paracétamol et ibuprofène. Il est réadmis pour occlusion intestinale au cinquième jour après sa sortie. Ne pouvant être pris en charge à l'hôpital départemental du centre du pays pour fait de grève, le patient nous est adressé après plusieurs jours.

A l'examen, l'état général était altéré, la température élevée à 39°2 Celsius, les muqueuses pâles ; le pouls accéléré à 128 pulsations par minute, la tension artérielle était de 90/65mmHg.

L'abdomen était tympanique, douloureux avec et défense généralisée. La plaie opératoire était propre sans signe inflammatoire.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence des niveaux hydroaériques grêles sans pneumopéritoine.

La biologie a révélé une hyperleucocytose à 15,3G/l à prédominance neutrophile (80%) ; une anémie à 9g/dl d'hémoglobine, une créatininémie à 16mg /l, l'urée sanguine à 0,60g/l.

Le diagnostic de péritonite post opératoire occlusive a été retenu. A la laparotomie ; une perforation bulbaire antérieure punctiforme avec des bords épaissis a été découverte. Il a été réalisé une suture, lavage et drainage de la cavité péritonéale. Les suites postopératoires ont été favorables. Le patient est sorti de l'hôpital au quinzième jour post opératoire sous oméprazole, amoxicilline, métronidazol à dose anti hélicobacter pylori.

DISCUSSION

La perforation duodénale est une complication chirurgicale grave de l'ulcère. Dieng et coll. (6) ont rapporté en 2006 36,7% de perforation duodénale parmi les patients opérés pour une péritonite d'origine digestive.

Le risque de sa survenue est faible et est estimé à 1% par année d'évolution de la maladie (7).

Les hommes sont plus concernés que les femmes (3,8). Nos deux cas étaient de sexe masculin ; en 1990 au Maroc, Ouadfel, et coll. (9) ont rapporté deux cas de perforation de stress chez deux hommes. Les grands malades de réanimation (10) et ceux qui ont subi de lourdes interventions chirurgicales sont des patients à

risque d'ulcère gastroduodénal de stress pouvant se compliquer de perforation.

La perforation duodénale était de découverte peropératoire chez nos deux patients comme chez les patients de Ouadfel et coll (9). Le contexte post opératoire ne facilite pas le diagnostic. En effet, les douleurs abdominales mal décrites par les malades sont considérées comme normales après une intervention chirurgicale. De plus, aucun des malades ne se connaissait ulcéreux ni ne se plaignait d'épigastrie. La perforation révèle l'ulcère dans 57,5% (3). Le ballonnement abdominal est retrouvé dans nos deux cas comme ce fut le cas chez les patients de Ouadfel et coll. (9). Il s'agit d'emblée de péritonite diagnostiquée au stade asthénique à pronostic réservé. La radiographie de l'abdomen sans préparation contribue habituellement au diagnostic de perforation lorsqu'elle révèle un pneumopéritoine retrouvé selon certains auteurs dans 80% des cas (7). D'autres auteurs ont montré que la radiographie de l'abdomen sans préparation est moins sensible, c'est ainsi que Cazajust et coll. (11) n'ont eu de pneumopéritoine que dans un tiers des cas tandis que Nuhu et Kassama (12) l'ont enregistré dans 65,6% des cas, ce qui se rapproche des 68,75% retrouvé dans une étude tunisienne (3). Cet examen n'a pas été contributif chez nos patients car il n'a pas été observé de pneumopéritoine contrairement à Ouadfel et coll. (9). Même en cas de pneumopéritoine, le contexte de cure herniaire est un facteur d'égarement du diagnostic de perforation duodénale, en effet, une incarcération d'une portion d'anse aurait donné également une perforation et donc un pneumopéritoine. Seule la tomодensitométrie abdominale examen plus fiable aurait pu éventuellement montrer le pneumopéritoine et l'organe en cause ; en effet Cazejust et coll. (11) ont retrouvé le pneumopéritoine dans tous les cas de leur série au scanner multi détecteur et la reconstruction multiplanaire leur a permis de retrouver également de façon directe ou indirecte la brèche pariétale et donc l'organe en cause. Cet examen est d'accès difficile financièrement et techniquement dans nos conditions de travail.

Tous nos deux cas après la cure herniaire étaient sous AINS.

Dans le premier cas le stress était présent : le malade a longtemps appréhendé l'intervention de même il attendait avec angoisse les résultats de son examen à l'université . Les premiers aliments que l'opéré consomme sont des fruits souvent acides (orange, ananas), des bouillies de farine de maïs fermentée. L'alimentation du béninois et de l'africain en général est souvent épicée. C'est ainsi que les épices sont retrouvés comme facteur ulcérogène important dans

les études africaines comme celle de IBARA et col. qui les retrouvent dans 37% des cas derrière les AINS qui sont incriminés dans 46% (12). Une étude nigériane a retrouvé dans 67% des cas la prise de substances ulcérogéniques avant l'épisode de perforation (13). Il n'est pas exclu que nos patients soient porteurs d'helicobacter pylori(Hp) retrouvé chez 96% des populations des pays en voie de développement (14). On pourrait donc retenir une conjugaison de facteurs étiologiques dans nos deux observations, ayant favorisé la perforation : il s'agit du jeûne, du stress, de l'alimentation fermentée et épicée ainsi que la prise de l'AINS.

L'avènement des inhibiteurs des pompes à proton a révolutionné le traitement des ulcères et même le traitement chirurgical. Ainsi les perforations duodénales sont souvent traitées par de simples sutures (3, 7, 8, 10, 14). Une éradication systématique d'Hp est instituée après l'intervention. L'éradication d'Hp diminue de 80% la survenue de récurrence. L'état clinique des patients n'autorisait pas des gestes lourds qui prolongeraient le temps d'intervention. Malgré les gestes simples et courts, la perforation post opératoire du duodénum reste grevée de lourd taux de mortalité ; OUADFEL et coll. (9) ont connu comme nous un patient décédé sur deux cas. Le stade asthénique auquel le diagnostic est fait expliquerait cette lourde mortalité. Il faut donc avoir la hantise d'ulcère chez tout opéré afin d'adopter une mesure de prévention efficace, seul moyen de se mettre à l'abri des complications au pronostic sévère comme la perforation et l'hémorragie. Les mesures préventives sont actuellement bien codifiées. En effet, il est établi des facteurs de risque d'ulcère induit par les AINS et des facteurs de risque d'ulcère de stress (15, 16, 17). La connaissance de ces facteurs de risque est la base de la prévention. La hantise d'ulcère de stress ou d'ulcère induit par les AINS a conduit certains praticiens à faire des prescriptions inappropriées voire abusives dans un but préventif comme l'a montré l'étude de BEZ dans laquelle 62,2% des prescriptions de prévention d'ulcère de stress n'étaient pas justifiées et 88,5% des prescriptions d'inhibiteurs de pompe à proton à la sortie des patients étaient aussi non justifiées (18).

CONCLUSION

La perforation d'ulcère gastrique ou duodénal après une cure de hernie pariétale est une éventualité rare mais dramatique. La prévention de cette complication passe par l'usage rationnel des AINS en postopératoire, de même que la réalimentation précoce et sans épices des opérés récents.

RÉFÉRENCES

1. Picaud R. Ulcère de l'estomac et du duodénum:148-58 in Fagniez P.-L., Houssin D. Pathologie chirurgicale tome 2 chirurgie digestive et thoracique 148-58 .Paris Ed .Masson 1991.
2. Menegaux F. in : Inter. Med. Hépatogastro-entérologie chirurgicale: 13-20 Paris éd Vernazobres-Grego. 2004
3. Khelifi S, Ben Ali A, Bouhafa A, Zghidi S, Ben Maamer A, Jaoua H, Oueslati A, Ouatani F, Cheri A. Laparoscopic treatment of duodenal ulcer feasibility and results :About 160 cases. Tunisie Médicale 2008;86(2):114-7
4. Lee NM, Yun SW, Chae SA, Yoo BH, Cha SJ, Kwak BK. Perforated duodenal ulcer presenting with massive hematochezia in a 30-month old child. World J. Gastroenterol 2009; 15(38):4853-5.
5. Yadav RP, Agrawal CS, Gupta RK, Rajbansi S, Bajrachaya A, Adhikary S. Perforated duodenal ulcer in a young child: an uncommon condition. JNMA J Nepal Med Assoc. 2009; 48(174)165-7.
6. Dieng M, Ndiaye Ai, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT. Aspect étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Médical 2006; 21 (4) :47-50
7. Ballian A. in : Inter. Med Hépatogastro-entérologie médicale, Nouvelles questions d'internat 75-99 Paris éd vernazobres-Grego 2004
8. Nuhu A., Kassama Y. Experience with acute perforated duodenal ulcer in a West African population. Niger J.M. 2008; 17(4):403-6.
9. Ouadfel J., Benmoussa H., Amraoui M., El Mesnaoui A., Koutani A., Jalil A., Elallame L., Balafrej S, Ulcère gastrique perforé de stress . A propos de deux observations. Médecine du Maghreb 1990; 22 : 10-4
10. Rakotoarivony ST, Rakotomena SD, Rakoto-Ratsimba HN. Ulcère de stress perforé et syndrome de Lyell. A propos d'une observation. Revue Tropicale de Chirurgie 2009;3:1-3
11. Cazejust J, Castaglioli B, Bessoud B, Rangheard AS, Rocher L, Menu Y. Gastroduodenal perforation: the role of MDCT. J Radiol. 2007; 88:53-7
12. Ibara J-R., Ikourou A., Itoua-Ngaporo A. Les ulcères gastriques et duodénaux à Brazzaville à propos de 728 cas. Médecine d'Afrique Noire 1999;40(7): 459-65
13. Dakubo JM, Naaeder SB, Clegg-Lampthey JN. Gastroduodenal peptic ulcer perforation. East Afr Med J. 2009; 86(3):100-9
14. Tran T.T., Quandalle P. Traitement des ulcères gastroduodénaux par suture simple suivie de l'éradication de *Helicobacter pylori*. Ann chir. 2002; 127 : 32-4
15. Afssaps. Recommandations de bonne pratique. Les anti-sécrétoires gastriques chez l'adulte 59p Paris 2007
16. H.A.S. Le bon usage des médicaments. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez l'adulte. Paris 2009
17. Cougard P, Barrat C, Gayral F, Cadière GB, Meyer C, Fagniez I, Bouillot J-L, Boissel P, Samama G, Champault G, SFCL. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. Ann chir. 2000; 125:726-31.
18. Bez C. Pertinence de la prescription des IPP en prévention de l'ulcère de stress dans un service de chirurgie viscérale. Mémoire de maîtrise Universitaire en Pharmacie Ecole de Pharmacie de Genève-Lausanne. 2010 Universités de Lausanne et de Genève 56p.