

ULCÈRE DUODÉNAL PERFORÉ CHEZ UNE PATIENTE AVEC ANTÉCÉDENT DE BYPASS GASTRIQUE

DUMONT A (1), DEEBA A (1)

RÉSUMÉ : La perforation de l'ulcère duodénal chez un patient ayant subi une chirurgie de bypass gastrique est une complication tardive rare, survenant dans moins de 1 % des cas. Elle présente un risque élevé de mortalité, particulièrement en cas de diagnostic retardé. Le défi réside dans une présentation clinique et des résultats biologiques peu spécifiques, ainsi qu'un scanner peu contributif dans près de la moitié des cas. Ces caractéristiques peuvent conduire à envisager d'autres diagnostics différentiels, tels que la pancréatite ou la cholécystite. Il est essentiel d'adopter une approche multidisciplinaire en collaboration avec les chirurgiens digestifs pour permettre une laparoscopie exploratrice rapide en cas d'incertitude diagnostique, ainsi qu'une prise en charge thérapeutique appropriée.

MOTS-CLÉS : Douleur abdominale - Bypass gastrique - Ulcère - Perforation

PERFORATED DUODENAL ULCER IN PATIENT WITH PRIOR GASTRIC BYPASS

SUMMARY : Duodenal ulcer perforation in patients undergoing gastric bypass surgery is a rare late complication, occurring in less than 1% of cases. It carries a high mortality risk, particularly in cases of delayed diagnosis. The challenge lies in an unspecific clinical presentation and laboratory findings, as well as a CT scan not very helpful in almost half of cases. These features may lead to the consideration of other differential diagnoses, such as pancreatitis or cholecystitis. A multidisciplinary approach in collaboration with digestive surgeons is essential to enable rapid exploratory laparoscopy in presence of diagnostic uncertainty, and appropriate therapeutic management.

KEYWORDS : Abdominal pain - Gastric bypass - Ulcer - Perforation

INTRODUCTION

La douleur abdominale est un des motifs les plus fréquents d'admission aux urgences. De ce motif découle une multitude de diagnostics, qu'ils soient d'origine digestive ou non. Cela va des cas les plus graves avec un risque immédiat pour la vie du patient, tels qu'une ischémie mésentérique ou une perforation digestive, aux urgences relatives telles que des troubles fonctionnels.

De plus, le diagnostic peut être rendu compliqué par des interventions chirurgicales et modifications anatomiques antérieures. Cette situation est rencontrée dans le cas rapporté, à savoir une perforation d'ulcère duodénal chez une patiente avec une opération préalable de bypass gastrique qui a été considérée initialement comme une pancréatite.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 65 ans est initialement admise aux urgences pour une douleur épigastrique d'apparition brutale associée à une dyspnée. Elle ne rapporte pas de trouble de la déglutition ni de consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Parmi ses antécédents, elle a été opérée d'un bypass gastrique en 2013 et a subi une cholécystectomie dans le cadre d'une pancréatite biliaire

en 2020. La patiente présente les paramètres suivants : la pression artérielle est élevée (207/103 mmHg), elle est apyrétique et, à l'examen clinique, elle a une douleur épigastrique et de l'hypochondre droit sans défense. La biologie à l'admission est sans particularité, en dehors d'une majoration de la lipasémie à 120 U/L (< 60 U/L). L'électrocardiogramme ne présente pas d'anomalie significative. La patiente bénéficie d'un angioscanner thoraco-abdominal (Figure 1) qui montre une ectasie connue des voies biliaires avec une suspicion de lithiase enclavée au niveau du bas cholédoque. La suspicion de lithiase est infirmée par une échographie abdominale, mais celle-ci met en évidence l'apparition d'ascite péri-hépatique. Le diagnostic de pancréatite aiguë est donc suspecté et la patiente hospitalisée. Trente-six heures après son admission aux urgences, les douleurs épigastriques sont accrues, et la patiente est en choc. Un nouveau scanner abdominal (Figures 2 et 3) est réalisé et montre l'apparition d'une ascite des quatre cadrans et d'un épanchement pleural droit mais pas de lésion pancréatique ni de pneumopéritoine. La patiente reçoit, dès lors, empiriquement de la ceftriaxone et de la gentamycine, selon le protocole local. Elle est ensuite transférée aux soins intensifs avec le diagnostic de pancréatite aiguë sévère d'étiologie indéterminée, compliquée d'un choc hypovolémique et distributif.

La discordance entre l'absence de lésion pancréatique, l'ascite importante et l'état de choc persistant a conduit les chirurgiens à opérer la patiente. Pendant l'opération, ils ont mis en évidence un ulcère duodénal perforé associé à une

(1) Service des Urgences, CHC Mont Légia, Belgique.

Figure 1. Image de scanner abdominal en coupe axiale avec produit de contraste : jonction gastro-duodénale avec le pylore (P), le duodénum (D). Ascite péri-hépatique (étoile jaune)

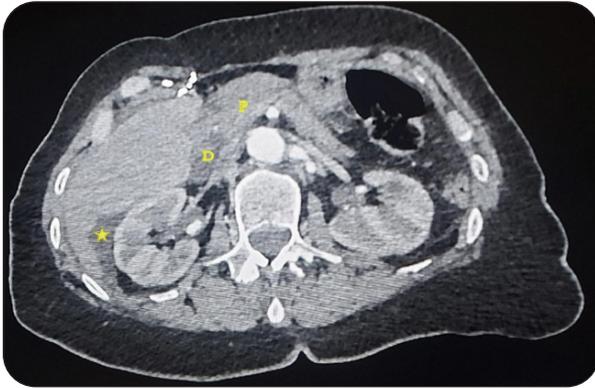
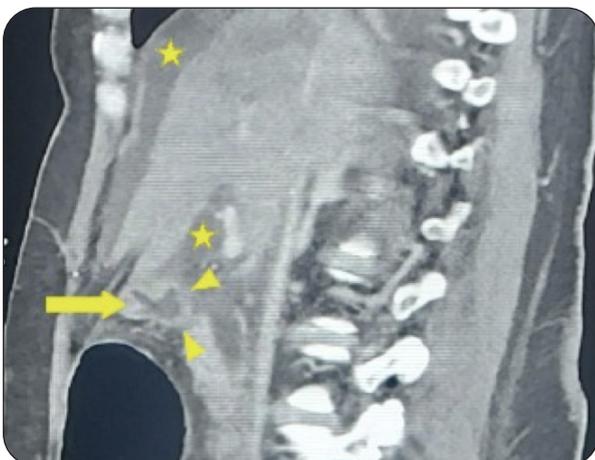


Figure 2. Image de scanner abdominal en coupe axiale avec produit de contraste 2 jours plus tard : jonction gastro-duodénale avec le pylore (P) le duodénum (D) et la perforation duodénale au niveau bulbaire (Flèche pleine). Ascite péri-hépatique (étoile jaune)



Figure 1. Image de scanner abdominal en coupe sagittale avec produit de contraste : bulbe duodénal (têtes de flèches) et la perforation duodénale au niveau bulbaire (Flèche pleine). Ascite péri-hépatique (étoile jaune)



volumineuse ascite biliaire et une péritonite des quatre cadrans. Ils ont procédé à une raphie de l'ulcère associé à un patch épiploïque. Malgré la prise en charge chirurgicale, la patiente est décédée quelques jours plus tard d'une défaillance multi-organique.

DISCUSSION

La perforation duodénale après un bypass gastrique est une complication inhabituelle, mais potentiellement mortelle. En Belgique, un peu plus de 100.000 personnes ont eu recours à une chirurgie bariatrique entre 2007 et 2017 et le bypass gastrique a été réalisé dans 63 % des cas (1). L'incidence exacte des perforations du segment duodénal exclu n'est pas connue, mais elle semble rare. Dans une revue de littérature réalisée en 2020, seulement 25 cas ont été répertoriés (2). Dans de grandes séries chirurgicales (3-5), la prévalence est comprise entre 0,25 % et 1 %, avec un intervalle de temps entre la chirurgie et la perforation allant de 20 jours à 12 ans. Les patients présentent habituellement des symptômes tels que des douleurs épigastriques, de la fièvre, de la tachycardie, une hypotension et une hyperleucocytose.

Plusieurs facteurs peuvent favoriser l'ulcère duodénal chez les patients ayant subi un bypass gastrique. Une diminution de l'effet tampon de l'acidité gastrique liée à l'absence de la nourriture, une diminution de la sécrétion de bicarbonate par le pancréas (1) et une diminution de l'absorption d'un inhibiteur de la pompe à protons comme l'oméprazole peuvent possiblement contribuer à la survenue de lésions peptiques (6). L'usage des AINS est un facteur de risque pour les ulcères peptiques dans la population générale, et pour les ulcères marginaux chez les patients avec un bypass. Cependant, dans la revue de littérature réalisée en 2020, seuls 15 % des patients ont rapporté avoir utilisé des AINS (1). Le tabac augmente le risque d'ulcères marginaux chez les patients avec bypass et pourrait donc également jouer un rôle (7). Alors qu'*Helicobacter pylori* est un facteur majeur dans le développement des ulcères gastriques et duodénaux dans la population générale (8), son influence dans le développement des ulcères peptiques chez les patients avec un bypass ne semble pas clairement déterminé. Le reflux biliaire, entraînant une gastrite chronique et une métaplasie intestinale, ainsi que la stase biliopancréatique amenant une prolifération bactérienne et des modifications inflammatoires dans la paroi intestinale peuvent contribuer à la formation d'ulcères.

Par ailleurs, une perforation gastro-intestinale est une pathologie dont la mortalité augmente considérablement en cas de prise en charge retardée (9), situation rencontrée dans le cas présenté en raison des difficultés diagnostiques.

Le scanner est l'examen de choix pour diagnostiquer une perforation digestive. Chez les patients présentant un ulcère gastro-duodéal perforé sans modification anatomique, on retrouve un pneumopéritoine dans 82 % des cas (4). Cependant, en cas de bypass, des pneumopéritoinies sont visualisées au scanner dans moins de 50 % des patients (1). La présence de liquide libre intra-abdominal semble être commune en cas d'ulcère duodéal perforé (4). D'un point de vue biologique, on retrouve une augmentation des globules blancs de manière inconstante. Une élévation de la lipasémie, observée chez trois patients sur cinq dans une série publiée (4), pourrait à tort orienter vers le diagnostic de pancréatite aiguë. Plusieurs cas cliniques montrent que c'est uniquement lorsque le patient bénéficiait d'une laparoscopie pour une suspicion de cholécystite que la perforation était diagnostiquée (4).

Le traitement urgent est habituellement une fermeture de la paroi avec un patch épiplœique. Dans les différents cas cliniques et les revues de littérature, une gastrectomie y est associée dans plus de la moitié des cas (1-4). Les arguments en faveur de la résection de l'estomac résiduel sont la diminution de la production d'acide et l'absence de suivi difficile de l'estomac résiduel (néoplasie, hémorragie, ulcère). Cependant, certaines complications chirurgicales existent, telles que le saignement des vaisseaux épiplœiques, la nécrose et la formation d'abcès dans la graisse épiplœique, ainsi que la fuite du moignon duodéal (10).

IMPLICATION CLINIQUE

L'ulcère duodéal perforé chez les personnes opérées d'un bypass gastrique est rare. Cependant, vu le nombre croissant de chirurgies bariatriques, sa fréquence est probablement amenée à augmenter. Il peut être difficile à identifier puisque les signes habituels, tels que le pneumopéritoine, ne sont pas toujours présents. En outre, la mortalité est élevée en cas de diagnostic tardif. Il doit donc être évoqué en cas de douleur épigastrique chez un patient présentant un bypass et ce, malgré des résultats d'examen négatifs. Une laparoscopie exploratrice doit être envisagée afin d'éviter une évolution défavorable. La résection de l'estomac résiduel peut

diminuer le risque de récurrence et de complications.

CONCLUSION

Le diagnostic d'un ulcère duodéal perforé chez un patient avec bypass gastrique peut être compliqué par l'absence de pneumopéritoine. L'absence de signe évident ne doit pas faire reporter une prise en charge chirurgicale. Une prise en charge précoce améliore le pronostic et réduit les complications.

Remerciements

Lena Andriollo, Licenciée en langues et littératures française et romanes, Montreal (Canada).

BIBLIOGRAPHIE

1. Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche, et al. (2020) Chirurgie de l'obésité: Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).. KCE Reports 329B. D/2020/10.273/05. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_329B_Organisation_et_financement_chirurgie_obesite_Synthese.pdf
2. Plitzko G, Schmutz G, Kröll, et al. Ulcer disease in the excluded segments after Roux-en-y gastric bypass: a current review of the literature. *Obes Surg* 2021;**31**:1280-9.
3. Macgregor AM, Pickens NE, Thoburn EK. Perforated peptic ulcer following gastric bypass for obesity. *Am Surg* 1999;**65**:222-5.
4. Snyder JM. Peptic ulcer following gastric bypass. *Obes Surg* 2007;**17**:1419.
5. Zagzag J, Cohen NA, Fielding G, et al. Lack of diagnosis of pneumoperitoneum in perforated duodenal ulcer after RYGB: a short case series and review of the literature. *Obes Surg* 2018;**28**:2976-8
6. Collares-Pelizaro RV, Santos JS, Nonino CB, et al. Omeprazole absorption and fasting gastrinemia after Roux-en-y gastric bypass. *Obes Surg* 2017;**27**:2303-7.
7. Azagury DE, Abu Dayyeh BK, Greenwalt IT, Thompson CC. Marginal ulceration after Roux-en-Y gastric bypass surgery: characteristics, risk factors, treatment, and outcomes. *Endoscopy* 2011;**43**:950-4.
8. Mitchell H, Katelaris P. Epidemiology, clinical impacts and current clinical management of Helicobacter pylori infection. *Med J Aust* 2016;**204**:376-80.
9. Del Gaizo AJ, Lall C, Allen BC, Leyendecker JR. (2014) From esophagus to rectum: a comprehensive review of alimentary tract perforations at computed tomography. *Abdom Imaging* 2014;**39**:802-23.
10. Gypen BJ, Hubens GJ, Hartman V, et al. Perforated duodenal ulcer after laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg* 2008;**18**:1644-6.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Dumont A, Service des Urgences CHC Mont Léglia, Liège, Belgique.
Email : dmntantoine@gmail.com