

Diagnostic d'un ulcère duodénal perforé

Diagnosis of a Perforated Duodenal Ulcer

L. Bilger · C.E. Lavoignet · P. Le Borgne

Reçu le 21 juin 2015 ; accepté le 23 juillet 2015
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Un homme de 34 ans s'est présenté aux urgences pour épigastalgies pluriquotidiennes évoluant depuis un mois mais insupportable (EVA 10/10) depuis la veille. Dans ses antécédents, on note un tabagisme actif (dix paquets/année) et une baisse de l'appétit récente. Le patient rapporte également une automédication fréquente par des anti-inflammatoires non stéroïdiens. À l'admission, le patient est apyrétique et les paramètres vitaux sont normaux. La palpation retrouve une défense abdominale diffuse évoquant un abdomen chirurgical. Le reste de l'examen clinique est normal. Après une antalgie appropriée, le patient a bénéficié d'une radiographie de thorax (centrée sur les coupoles) qui retrouve une hyperclarté bilatérale sous-diaphragmatique, traduisant un épanchement gazeux intrapéritonéal (Fig. 1). Dans ce contexte (syndrome ulcéreux typique, défense et pneumopéritoine radiographique), le patient a bénéficié d'emblée d'une cœlioscopie exploratrice en urgence, confirmant le diagnostic d'ulcère duodénal perforé associé à une péritonite aiguë. Après suture simple de l'ulcère et toilette péritonéale, le patient est sorti à J5 sans séquelle sous inhibiteur de pompe à protons. Les ulcères gastroduodénaux concernent 4 millions de personnes dans le monde chaque année. Entre 2 et 14 % de ces ulcères se perforent et deviennent alors des urgences chirurgicales nécessitant une prise en charge rapide. Un retard diagnostique et thérapeutique induit une morbidité non négligeable dans cette pathologie. La prise en charge initiale aux urgences conditionne donc le pronostic futur. La sensibilité diagnostique des radiographies dans ce contexte est extrêmement variable (40-90 %) dans la littérature. Dans la majorité des cas, l'air libre est visible sous la coupole diaphragmatique droite mais la localisation du

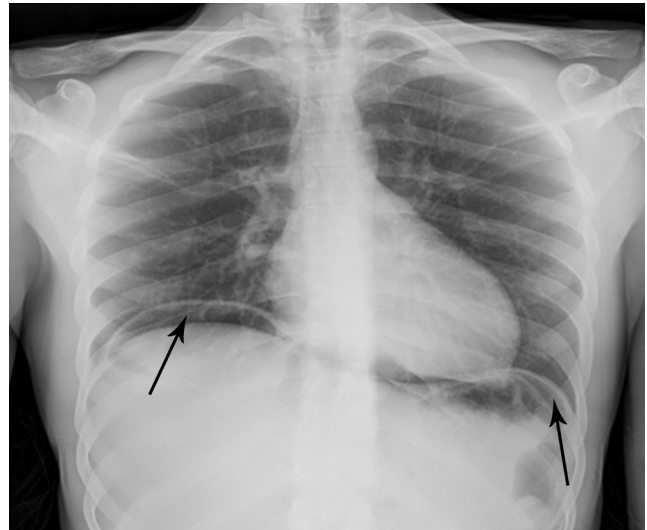


Fig. 1 Radiographie de thorax (centré sur les coupoles), face. Flèches : hyperclarté sous-diaphragmatique bilatérale

pneumopéritoine ne préjuge pas de la localisation de la perforation. Une recommandation formalisée d'experts récente indique qu'en cas de suspicion de péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal, l'indication opératoire peut se porter sur l'histoire clinique et sur la présence d'un pneumopéritoine radiographique (accord fort) [1]. La prescription de radiographie standard doit néanmoins se faire avec parcimonie, le scanner abdominopelvien restant la référence pour rechercher la perforation d'un organe creux. Aux urgences, cette alternative pourrait être également utile au clinicien, notamment en cas de difficulté d'accès au scanner ou de délai important afin d'accélérer une future prise en charge chirurgicale.

Références

1. Montravers P, Dupont H, Leone M, et al (2015) Management of intra-abdominal infections. Guidelines for management of intra-abdominal infections. *Anaesth Crit Care Pain Med* 34:117–30

L. Bilger · C.E. Lavoignet · P. Le Borgne (✉)
Service d'accueil des urgences, CHU de Strasbourg,
hôpital de Hautepierre, 1 avenue Molière,
F-67098 Strasbourg, France
e-mail : pierrick_med@yahoo.fr

P. Le Borgne
Faculté de médecine, université de Strasbourg, 4 rue Kirschleger,
F-67000 Strasbourg