

LE TRAITEMENT LAPAROSCOPIQUE DES ULCERES DUODENaux PERFORES : A PROPOS DE 84 CAS

A. GUIRAT, M. ABID, M. BEM AMAR, A. GHORBEL, R. MZALI, F. FRIKHA, S. BOUJELBEN,
M. I. BEYROUTI

Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba. 3029 Sfax Tunisie

RESUME:

Introduction : la perforation d'un ulcère duodénal est une urgence médico-chirurgicale assez fréquente. A travers une série rétrospective nous essayons d'étudier la faisabilité de coelioscopie comme technique opératoire et d'évaluer ses résultats en terme de taux de mortalité et de morbidité.

Patients et méthodes : Quatrevingts quatre patients ont été colligés durant la période comprise entre Janvier 2001 et Juin 2007. Il s'agissait de 81 hommes et de 3 femmes avec une médiane d'âge de 28 ans (extrêmes : 16 - 64 ans). Le délai moyen entre le début des symptômes et l'intervention était de 20 heures (extrêmes : 6 – 72 heures). Tous les patients étaient opérés par voie laparoscopique pour ulcère de la face antérieure du duodénum ; Les procédés utilisés étaient une suture de l'ulcère et une toilette péritonéale par voie coelioscopique.

Résultats : Une conversion en laparotomie a été réalisée dans 12 cas, soit 14.2 %. La durée moyenne de l'intervention était de 95 minutes. Le taux de mortalité était nul. Le taux de morbidité était de 15,4 % comportant 2 cas de complications chirurgicales (un cas de fistule duodénale et un cas de péritonite post-opératoire par lâchage de suture) et 11 complications médicales. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours (extrêmes : 5 – 10 jours). Tous les patients ont été mis sortant avec une cure d'éradication de l'*Helicobacter pylori*. Le recul moyen est de 25 mois avec 83% de bons résultats.

Conclusion : Le traitement laparoscopique des perforations ulcéreuses duodénales est une alternative à la laparotomie dotée d'un faible taux de morbidité, de réintervention et de mortalité.

Mots clés : laparoscopie ; ulcère duodénal perforé, suture.

SUMMARY

Introduction : perforation of peptic duodenal ulcer is a frequent surgical emergency. The aim of this retrospective study is to evaluate the faisability and the results of laparoscopic management of perforated duodenal ulcers.

Patients and methods : Eighty four patients have been laparoscopic surgery for perforated duodenal ulcer. The duration of the study was seven years (2001 to 2007). There were 81 men and 3 women aged from 16 to 64 years (mean : 28 years). The mean duration between the onset of perforation and the time of operation was 20 hours (range: 6 – 72 hours). The surgical procedure was suture and irrigation of the abdominal cavity.

Results : Conversion into laparotomy was performed in 14.2% of the patients. Mean operative time was 95 minutes. There was no post operative death. The morbidity rate was 15.4%. There was two surgical complications (post operative peritonitis and duodenal fistulea) and 11 medical complications. Mean hospital stay was 6 days. All patients were discharged with antibiotics for *Helicobacter pylori* eradication.

Conclusion : Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer is a safe option providing low rates of morbidity, reoperation and mortality, and can be considered the treatment of choice.

Keywords : laparoscopy; perforated duodenal ulcers, sutur.

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, le développement de la laparoscopie s'est étendu au traitement chirurgical des perforations des ulcères duodénaux. Cette nouvelle voie d'abord a fait l'objet de plusieurs études par différentes équipes chirurgicales étudiant la faisabilité et l'efficacité de cette technique chirurgicale.

Nous rapportant les résultats d'un travail retrospectif étudiant la suture simple sous laparoscopie de la perforation d'ulcère duodéal associée à l'éradication systématique post-opératoire de l'helicobacter pylori. Le but de notre étude est d'évaluer la faisabilité, la morbidité et la mortalité du traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax de Janvier 2001 à Juin 2007. Tous les malades étaient admis en urgence. Le délai médian entre le début des symptômes et l'intervention chirurgicale était de 20 heures (extrêmes : 6 - 72 heures). Il s'agissait de 84 cas de péritonites aiguës généralisées secondaires à la perforation d'un ulcère de la face antérieure du bulbe duodéal ayant été opérés par voie laparoscopique. La médiane d'âge était de 28 ans (extrêmes 16 à 64 ans). Il s'agissait de 81 hommes et de 3 femmes (sexe ratio 27). Vingt six patients (30,9%) avaient des antécédents d'ulcère gastro-duodéal. Soixante dix patients (83,3%) étaient classés stade I selon la classification de la société américaine d'anesthésie. Le diabète et l'hypertension artérielle étaient les principales tares des 14 autres patients. Le tableau clinique était celui d'une péritonite aiguë généralisée dans 66 cas (78,5%), d'une défense épigastrique avec fièvre dans 15 cas (17,8%) et d'une défense de l'épigastre et de la fosse iliaque droite dans 3 cas (3,5%). Le pneumopéritoine était visible sur le cliché de l'arbre sans préparation chez 63 patients (75%). L'échographie a été réalisée chez 12 patients (14,2%); elle a montré un épanchement intrapéritonéal dans tous les cas. La tomodynamométrie a été réalisée chez 5 malades (5,9%); ayant montré un pneumopéritoine et un épanchement sous hépatique dans tous les cas. La coelioscopie a été utilisée initialement à visée diagnostique dans 15 cas (17,8%).

Technique :

Sous anesthésie générale, le malade était intubé et ventilé, une sonde gastrique était posée et un drainage vésical était laissé en place le temps de l'intervention. Le malade était installé en décubitus dorsal, jambes écartées avec des bras le long du corps. l'opérateur était placé entre les jambes du patient avec un ou deux aides à sa droite. Parmi les 84 patients abordés par voie coelioscopique pour ulcère duodéal perforé, 72 patients (85,7%) ont eu une toilette péritonéale et une suture de l'ulcère. Chez les 12 autres cas, une conversion a été réalisée en laparotomie médiane.

Dans 18 cas (21,4%), la création du pneumopéritoine a été réalisée par la méthode ouverte dite « open ». Dans les autres cas, on a utilisé l'aiguille de « Palmer » ou de « Veress » au niveau de l'hypochondre gauche après vérification des manœuvres de sécurité habituelles.

Toutes les interventions se sont déroulées en utilisant 4 trocars : un trocar de 10 mm au niveau de l'ombilic pour l'optique, un trocar opérateur de 10 mm au niveau du flanc gauche, un trocar de 5 mm sous xyphoïdien pour recliner le foie et un trocar de 5 mm au niveau du flanc droit.

La suture de l'ulcère a été réalisée par un seul point simple dans 48 cas (66,6%), par un seul point en X dans 4 cas (5,5%), par 2 points simples dans 20 cas (27,9%).

La toilette péritonéale s'est faite par un système d'irrigation aspiration, utilisant en moyenne 4 à 8 litres de sérum physiologique.

Une épreuve au bleu de méthylène dilué, à travers une sonde naso-gastrique, a été réalisée chez 60 malades (83,3%) afin de vérifier l'étanchéité de la suture. Elle était négative dans tous les cas.

Tous les patients opérés par voie coelioscopique ont eu un drainage aspiratif sous hépatique extériorisé par l'orifice du trocar du flanc droit en fin d'intervention.

RESULTATS

L'exploration per opératoire a retrouvé l'ulcère au niveau de la face antérieure du bulbe dans tous les cas. La taille de l'ulcère était inférieure ou égale à 5 mm environ dans 68 cas (80,9%). La péritonite a été jugée avancée dans 6 cas (7,1%).

La durée de l'intervention déroulée par voie coelioscopique variait de 60 à 180 minutes avec une moyenne de 95 minutes.

Nous n'avons relevé aucun incident lié à la technique chirurgicale en per opératoire. Nous avons noté un cas d'état de choc septique survenant

au cours de l'intervention chez un patient âgé de 54 ans diabétique hypertendu, qui était admis dans un tableau de péritonite évoluant depuis 48 heures. L'attitude était le recours aux drogues vasoactives et la conversion en laparotomie.

La conversion en laparotomie médiane a été réalisée dans 12 cas (14,2%). Les causes de la conversion étaient : une péritonite avancée avec difficulté de réaliser une toilette péritonéale dans 6 cas ; un ulcère de grosse taille (supérieure à 10 mm) dans 5 cas et un état de choc septique survenu en per opératoire dans un cas. Après conversion, le geste avait consisté en une suture de l'ulcère dans 7 cas et une bivotomie tronculaire avec pyloroplastie à la Judd dans les 5 autres cas.

Aucun décès n'a été déploré dans notre série.

La morbidité globale était de 15,4% (13 patients), comprenant deux complications chirurgicales (péritonite post opératoire et fistule duodénale) et 11 complications médicales. Aucune complication n'a été notée dans le groupe de malades convertis en laparotomie. Sur les 72 patients opérés par voie coelioscopique (sans conversion), nous avons noté un cas de péritonite post opératoire par lachage de suture. Il s'agissait d'un patient âgé de 55 ans sans tares qui a été opéré pour péritonite généralisée par perforation d'un ulcère de la face antérieure du bulbe de 5mm de diamètre. Il a eu une suture de la perforation par deux points simples ; l'épreuve au bleu était négative. Les suites opératoires étaient marquées par la persistance de fièvre à 39°C. L'échographie avait montré un épanchement intra péritonéal de grande abondance. Le patient a été repris au 3^{ème} jour post opératoire par voie médiane. L'exploration avait montré un lachage de la suture duodénale. Le geste avait consisté en une laparotomie médiane, une toilette péritonéale, une bivotomie tronculaire et une pyloroplastie à la Judd. Le patient a été mis sortant 6 jours après. La 2^{ème} complication était une fistule duodénale survenant chez un sujet de 30 ans qui a été opéré pour ulcère duodéal perforé et ayant eu une suture simple par deux points en x. Il a présenté en 3^{ème} jours post opératoire une fistule duodénale extériorisée par le drainage qui a bien évoluée sous aspiration.

Hormis ces 2 cas, nous avons noté 11 cas (18,9%) de complications médicales ; il s'agissait dans 6 cas de manifestations respiratoires (encombrement bronchique dans 5 cas et un cas de pneumonie) et dans 5 cas de fièvre inexplicée persistante au delà de 48 heures mais ayant cédé dans tous les cas avant le 4^{ème} jour post opératoire. Aucune autre complication en particulier pariétale n'a été notée

chez les 72 malades traités par laparoscopie.

Le délai moyen de rétablissement du transit était de 2 jours (extrêmes de 1 à 4 jours post opératoire) avec ablation de la sonde gastrique après 3 jours en moyenne (extrêmes : 2 – 6 jours). L'ablation du drainage était fait en moyenne au 3^{ème} jour post opératoire en moyenne (extrêmes : 2^{ème} – 8^{ème} jour). L'alimentation orale progressive était débutée entre le 4^{ème} et le 5^{ème} jour post opératoire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours (extrêmes de 5 à 10jours). L'activité professionnelle a été reprise en moyenne trois semaines après l'intervention (extrêmes : 10 – 30 jours). Tous les malades ayant eu une suture simple de l'ulcère ont reçu une cure d'éradication de l'*Helicobacter Pylori* en post-opératoire. Une fibroscopie de contrôle avec biopsies, réalisée chez 15 malades (17.8%) à la fin de la cure, a objectivé la cicatrisation de l'ulcère dans tous les cas. Dans 5 cas, *Helicobacter Pylori* était mis en évidence nécessitant le prolongement du traitement anti-HP. Huit patients ont été perdus de vue. Deux malades ont présenté des douleurs de type ulcéreuse non confirmés par la fibroscopie. Sur les 72 patients opérés entièrement par laparoscopie, 59 patients (83%) ont de bons résultats avec un recul moyen est de 25 mois (extrêmes : 6mois – 48 mois). Aucune occlusion ou éventration secondaire n'a été observée.

DISCUSSION

Depuis ces dernières années, la prise en charge chirurgicale de la pathologie ulcéreuse s'est modifiée. En effet, la découverte du rôle de l'HP dans l'ulcèreogénèse et l'apparition des inhibiteurs de la pompe à protons ont permis un meilleur contrôle de la maladie ulcéreuse et la diminution de façon significative des récives. En conséquence, les indications de vagotomie en urgence ont diminué dans les perforations inaugurales. Le développement de la technique laparoscopique a permis d'étendre l'utilisation de la coelioscopie dans le traitement des ulcères duodénaux perforés. Le premier cas a été rapporté dans la littérature en 1990 par Mouret [1].

La laparoscopie permet de confirmer le diagnostic d'une péritonite et de préciser sa cause [2]. Elle doit traiter la perforation et assurer une toilette péritonéale adéquate. Différentes techniques ont été proposées pour traiter la perforation : suture simple, suture associée à une épiloplastie ou à l'application de colle biologique, utilisation seule de colle biologique, intervention comportant une

endoscopie per-opératoire et attraction à l'intérieur de la perforation d'une partie de l'épiploon. Ces méthodes semblent augmenter le taux de fistules par rapport à la technique habituelle de suture de perforation [3]. Dans notre série nous avons réalisé une suture simple sans autre artéfact technique associé.

Le taux de mortalité post opératoire après coelioscopie est inférieur à 10% dans les séries les plus récentes [4]. Les facteurs de mortalité rapportés dans la littérature sont essentiellement l'âge avancé, les tares, l'état de choc préopératoire et un délai tardif d'intervention (supérieur à 24 heures) [4,5]. Dans notre série nous n'avons noté aucun décès. Ceci peut être expliqué par une sélection des patients candidats au traitement laparoscopique. En effet, nos patients étaient relativement jeunes (médiane d'âge : 28 ans) avec une forte proportion de sujets non tarés (83.3% des patients classés ASA=1) et un délai médian de consultation inférieur à 24 heures.

Le taux moyen de conversion dans les différentes séries prospectives est 15% alors qu'il ne dépasse pas 7% dans les séries rétrospectives [6]. Les principaux facteurs de conversions rapportés dans la littérature sont les difficultés techniques, les ulcères de grande taille (6 à 10 mm selon les auteurs), les ulcères à berges friables et les localisations inhabituelles de l'ulcère [7, 8]. Parmi les 12 cas de conversion de notre série, la suture de l'ulcère était difficile à réaliser dans 6 cas du fait d'une taille supérieure à 1 cm et la toilette péritonéale était jugée insuffisante dans 5 cas du fait d'une péritonite avancée.

La morbidité de la coelio-chirurgie de l'ulcère perforé était rapportée dans les différentes séries à des taux variant de 6 à 18 % [9, 10]. Ces taux sont comparables à ceux de la laparotomie voire moindre en ce qui concerne les abcès de paroi et les infections respiratoires [7, 8, 9]. Dans une revue systématique (incluant deux essais randomisés et 13 études comparatives non randomisées) [8], la voie laparoscopique était significativement moins pourvoyeuse de complications que la laparotomie chez les patients à faible risque chirurgical. Dans notre série, le taux de morbidité était de 15.4% dominé essentiellement par les infections respiratoires. Nous n'avons noté aucune complication pariétale. Certains facteurs de morbidité ont été identifiés comme inhérents à la chirurgie de l'ulcère perforé par voie coelioscopique, dont essentiellement l'âge avancé (supérieur à 70 ans), les sujets tarés (ASA III et

IV), l'état de choc initial et l'inexpérience du chirurgien [6].

Dans sa récente méta-analyse, Lau H. [2] a démontré les avantages de la coelioscopie par rapport à la voie classique en terme de confort post opératoire pour le traitement des ulcères perforés. En effet, la coelioscopie a donné moins de douleurs postopératoires, de complications pariétales et a permis une hospitalisation plus courte avec une reprise d'activité plus précoce et une qualité de vie meilleure. Dans notre série, le séjour post opératoire moyen était de 6 jours. La reprise d'une activité quotidienne normale était obtenue après 3 semaines en moyenne.

Malgré les bons résultats apportés par la coelioscopie, il existe une polémique quant à l'intérêt d'une intervention conservatrice (suture sous coelioscopie) qui ne permet pas de traiter définitivement la maladie ulcéreuse lors de la perforation. A cet égard, et au vu des données actuelles concernant le rôle étiologique de l'*Helicobacter Pylori* dans l'ulcérogénèse, la possibilité d'obtenir un taux de récurrence ulcéreuse inférieur à 5% à un an après éradication de ce germe par la trithérapie et l'absence d'arguments décisifs physiopathologiques quant au rôle de l'*Helicobacter Pylori* dans la perforation ulcéreuse [12], la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) [13] recommande avec un fort niveau de preuve la voie laparoscopique comme une alternative à la laparotomie pour le traitement des ulcères duodénaux perforés.

CONCLUSION

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé est une technique sûre et faisable. Elle permet d'éviter la laparotomie source de complication septique dans un contexte de péritonite. L'efficacité du traitement médical a permis d'éviter en urgence le traitement radical de la maladie ulcéreuse dans la plupart des cas. La suture simple laparoscopique de perforation avec l'éradication de l'HP en post opératoire constitue un traitement de choix actuel d'une perforation inaugurale.

REFERENCES

1. Mouret P, François Y, Vignal J, Barth X, Lombard-Platet R. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1990; 77: 1006.
2. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis. *Surg Endosc* 2004; 18: 1013-21.
3. Navez B, Tasseti V, Scohy JJ, Mutter D, Guiot P, Evrard S, et al. Laparoscopic management of acute peritonitis. *Br J Surg* 1998; 85: 32-6.

4. Foppa B, Muscari F, Duffas JP. Ulcère gastroduodéal perforé : traitement Laparoscopique. J Chir 2005; 142: 165-7.
5. Rajesh V, Sarathchandra S, Smile SR: Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease. Tropical Gastroenterol 2003; 24: 148-50.
6. [Lunevicius R](#), [Morkevicius M](#). Management strategies, early results, benefits, and risk factors of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. World J Surg. 2005; 29: 1299-310.
7. Hermansson M, von Holstein CS, Zilling T: Surgical approach and Prognostic factors after peptic ulcer perforation. Eur J Surg 1999; 165:566-72.
8. Lunevicius R, Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. Br J Surg 2005; 92: 1195–207.
9. Lau WY, Leung KL, Kwong KH, et al. A randomized study comparing laparoscopic vs open repair of perforated peptic ulcer using sutureless technique. Ann Surg 1996; 224: 131–8.
10. Siu WT, Leong HT, Law BKB, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. Ann Surg 2002; 235: 313–9.
11. Lee FY, Leung KL, Lai PB, Lau JW, Lee V. Selection of patients for laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. Br J Surg 2001; 88: 133–6.
12. Graham D.Y, Lew G.M, Klein P.D. Effect of treatment of Helicobacter Pylori in infection on the long terme recurrence of gastric or duodenal ulcer. A randomised controlled study. Ann. Med. 1992; 116: 705-8.
13. Peschard F, Alves A, Berdah S, Kianmanesh R, Laurent C, Mabrut J.Y, Mariette C, Meurette G, Pirro N, Veyrie N, Slim K. Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive. Recommandations factuelles de la Société française de chirurgie digestive (SFCDD). Annales de chirurgie 2006 ; 131 : 125–48.