

ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL - GASTRITE



Pr Poncet – Pr Roman

UE Hépatogastroentérologie – FGSM2 – Lyon Est

2025

LIENS D'INTÉRÊT

- S Roman: consultante pour Medtronic, Dr Falk Pharma, Sanofi
- G Poncet: Consultant pour Ipsen, Novartis, Medtronic

OBJECTIFS

- Connaître les définitions d'un ulcère gastrique ou duodénal
- Connaître la prévalence de l'ulcère gastrique et duodénal
- Décrire la physiopathologie de la maladie ulcéreuse
- Décrire la douleur ulcéreuse
- Connaître les indications de l'endoscopie haute
- Connaître les principales complications de l'ulcère et leur prise en charge
- Connaître les principes du traitement de l'ulcère
- Définir les gastrites et leurs types
- Connaître les causes des gastrites
- Connaître les indications de l'endoscopie
- Connaître les principes du traitement des gastrites

Niveaux de connaissance (R2C)



OBJECTIFS

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaitre les définitions d'un ulcère gastrique ou duodénal
B	Prévalence, épidémiologie	Connaitre la prévalence de l'ulcère gastrique ou duodénal
B	Éléments physiopathologiques	Connaître le mécanisme des ulcères hémorragiques - Connaître facteurs favorisant des formes compliquées des ulcères gastrique ou duodénal - connaître l'importance d'HP dans la récurrence ulcéreuse
A	Diagnostic positif	Connaitre les caractéristiques de la douleur de l'ulcère
A	Examens complémentaires	Connaitre les indications de l'endoscopie haute devant une douleur ulcéreuse
A	Examens complémentaires	Savoir prescrire une recherche HP (test invasifs et non invasifs)
A	Identifier une urgence	Savoir reconnaître les signes de gravité d'une douleur ulcéreuse
A	Identifier une urgence	Connaitre les principales complications de l'ulcère
A	Identifier une urgence	Connaître la stratégie à adopter devant une hématomèse *
A	Identifier une urgence	Connaître les mesures à mettre en œuvre dans les formes perforées
A	Identifier une urgence	Connaître l'examen de première intention devant une contracture abdominale
B	Suivi et / ou pronostic	Connaître le risque de dégénérescence des ulcères selon leur localisation
A	Prise en charge	Connaitre les principes du traitement de l'ulcère non compliqué y compris celui de l'éradication de l'HP

** traité dans item 335 Hémorragie digestive*

OBJECTIFS

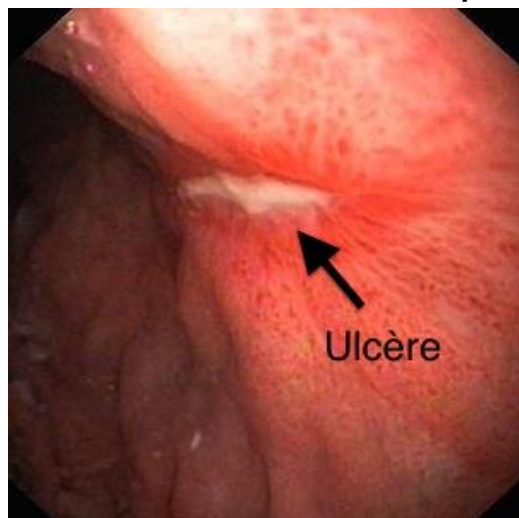
Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaitre la définition d'une gastrite
B	Définition	Connaître les principaux types de gastrite
B	Éléments physiopathologiques	Connaitre les causes de la gastrite
B	Examens complémentaires	Connaître les indications et la place des biopsies pour le diagnostic, le traitement et le suivi
A	Prise en charge	Connaitre les principes du traitement de la gastrite

PLAN

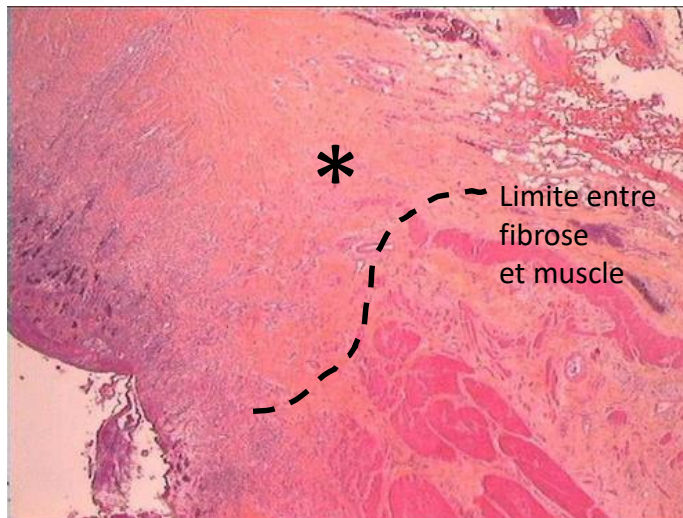
- Ulcère gastro-duodénal
 - Définition
 - Épidémiologie
 - Physiopathologie
 - Diagnostic positif
 - Complications
 - Traitement
- Gastrites – cours en ligne

ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL: DÉFINITION

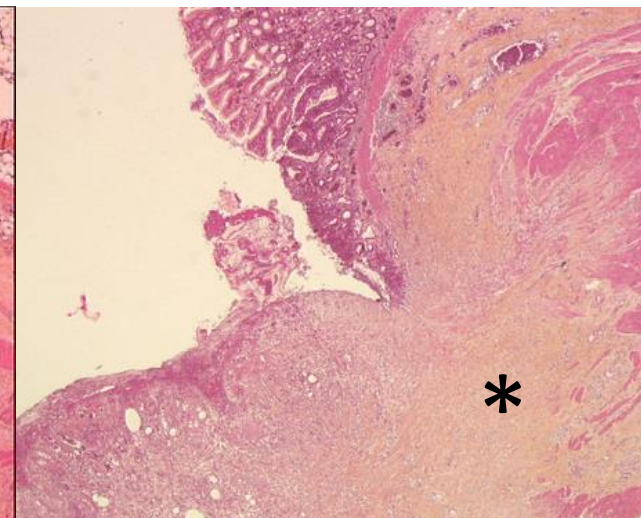
- Ulcère = perte de substance atteignant en profondeur (au moins) la musculieuse
- ≠ érosions: ulcération atteignant la sous muqueuse sans la dépasser
- *Ulcère chronique: a un socle scléro-inflammatoire dans la musculieuse*



Endoscopie œso-gastro-duodénale



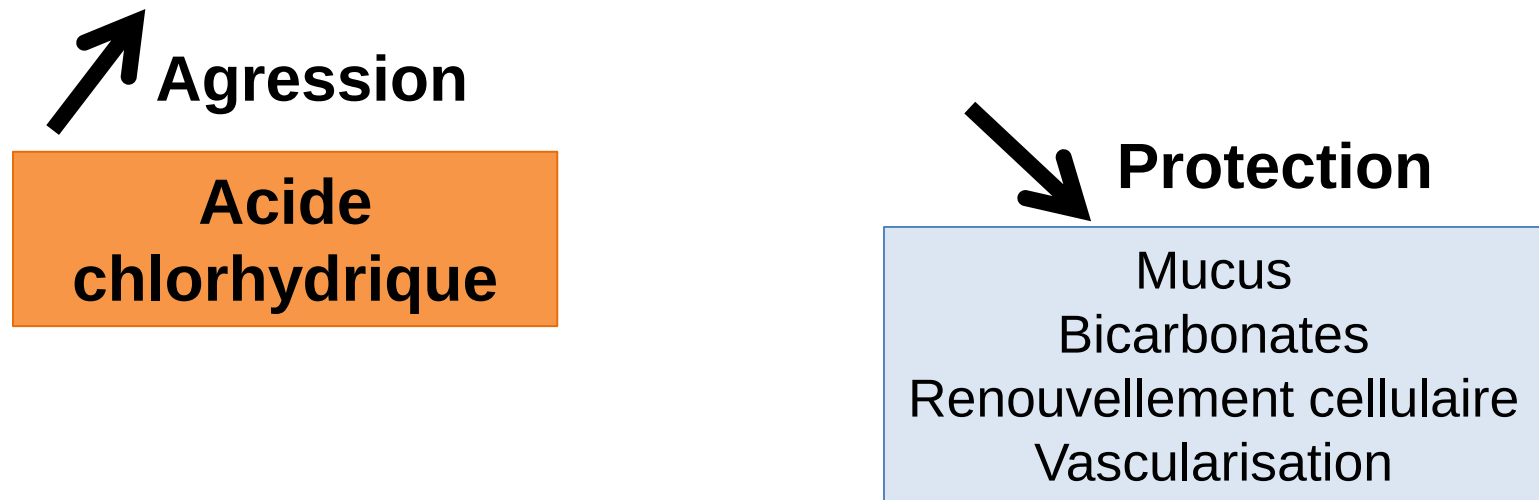
Histologie



- Recul de l'incidence en lien avec chute de l'infection à Hp
- 0,2% en France (soit 90 000 nouveaux par an)
- Sex ratio 2H/1F
- 2 à 10 % de mortalité pour les formes compliquées (hémorragie, comorbidités associées)

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ULCÈRE

- Ulcère : déséquilibre entre facteur d'agression muqueuse et mécanismes de protection



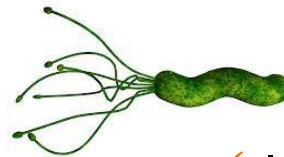
PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ULCÈRE

- Ulcère : déséquilibre entre facteur d'agression muqueuse et mécanismes de protection

↗ Agression

↘ Protection

Helicobacter pylori *

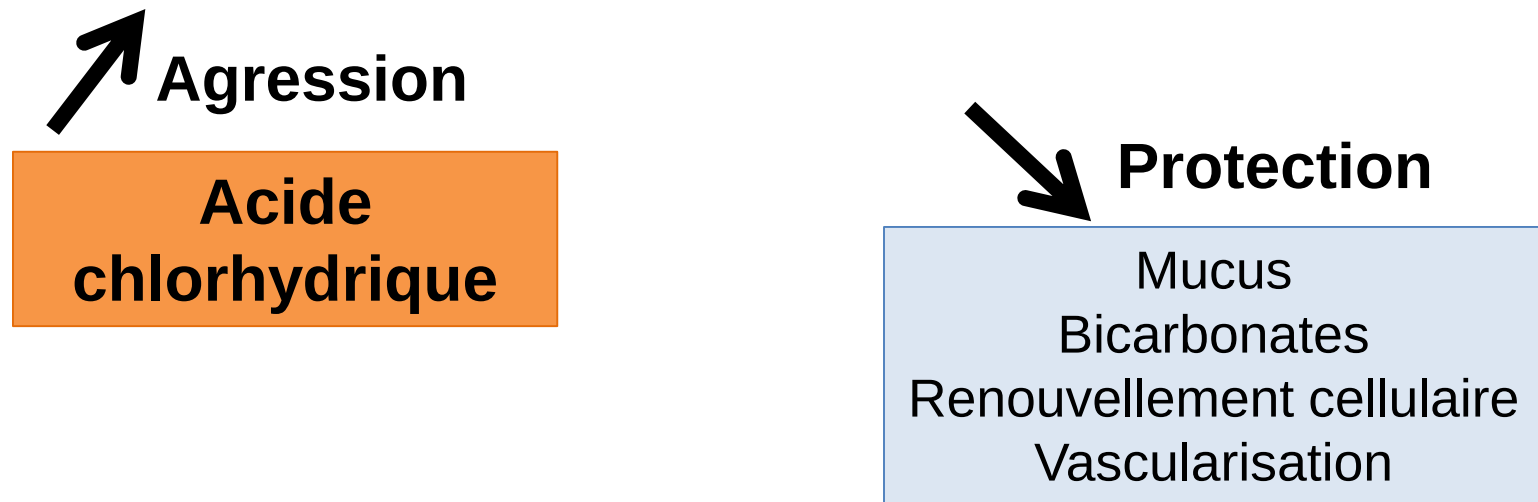


* Prix Nobel Médecine 2005 Warren & Marshall

- ✓ Bactérie spiralée Gram négatif
- ✓ Résiste à acidité gastrique par activité uréasique
- ✓ Contamination oro-orale ou oro-fécale dans l'enfance
- ✓ Incidence en décroissance
- ✓ À l'origine d'une gastrite chronique avec atrophie, métaplasie puis dysplasie
- ✓ Risque accru d'adénocarcinome gastrique (moins de 1% de patients avec Hp, pic 60-70 ans)

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ULCÈRE

- Ulcère : déséquilibre entre facteur d'agression muqueuse (acide chlorhydrique) et mécanismes de protection



AINS - aspirine

Toxicité gastrique des AINS/aspirine via inhibition de la synthèse des prostaglandines

- Inhibition sécrétion mucus/ HCO_3^-
- Favorise la survenue d'ulcère gastrique

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ULCÈRE

- Ulcère : déséquilibre entre facteur d'agression muqueuse (acide chlorhydrique) et mécanismes de protection

 **Agression**

**Acide
chlorhydrique**

Syndrome de Zollinger Ellison
Rare, tumeur sécrétant de la gastrine

 **Protection**

Mucus
Bicarbonates
Renouvellement cellulaire
Vascularisation

Autres causes

Tabac, Maladie de Crohn,
Stress (réanimation +++),
Vascularite, Infections
(immunodéprimés), Tumeur

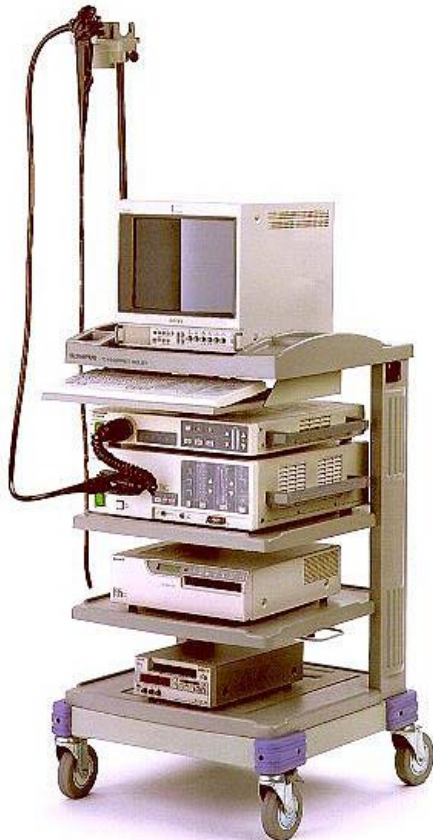
DIAGNOSTIC POSITIF: SYMPTOMATOLOGIE

- Syndrome ulcéreux typique
 - Douleur épigastrique sans irradiation
 - À type de crampes ou de faim douloureuse
 - Calmée par alimentation ou la prise d'anti-acides
 - Rythmée par le repas avec un intervalle libre de 1 à 3 heures
- Évolution par poussées

DIAGNOSTIC POSITIF: SYMPTOMATOLOGIE

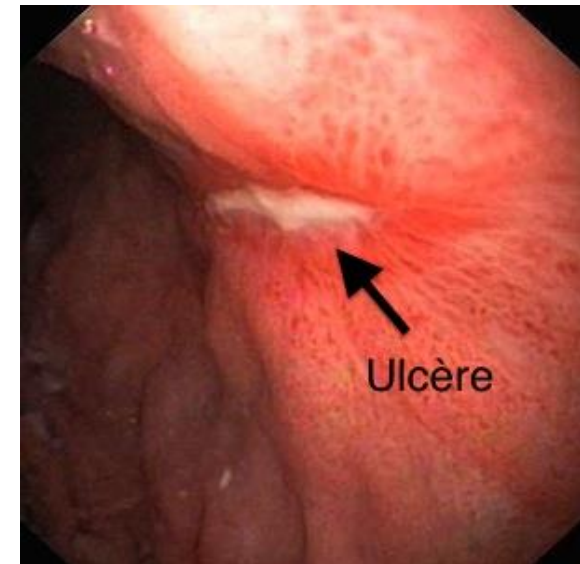
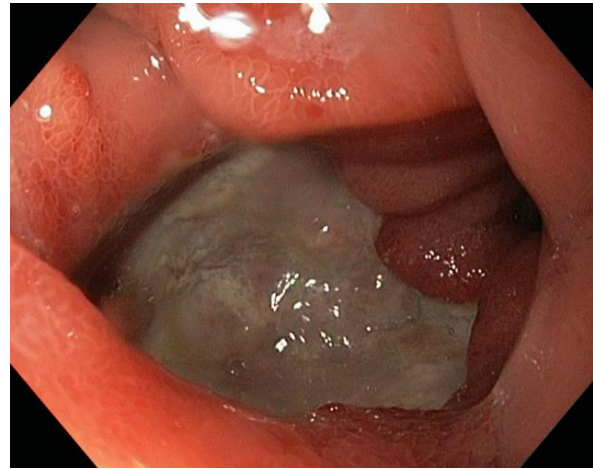
- Forme atypique
 - Douleur sous costale droite ou gauche ou postérieure
 - Hyperalgique ou simple gêne
 - Pas de rythme avec alimentation
- Peut être asymptomatique
- Examen clinique souvent normal en l'absence de complication

DIAGNOSTIC POSITIF: ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE



DIAGNOSTIC POSITIF: ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

- Ulcère: perte de substance
 - Profonde
 - À fond pseudo-membraneux, parfois nécrotique
 - Généralement rond ou ovalaire
 - À bords réguliers, légèrement surélevés et érythémateux



DIAGNOSTIC POSITIF: ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

- Ulcère gastrique: biopsies des berges de l'ulcère (cancer?)

Pas de biopsie de l'ulcère si localisation duodénale

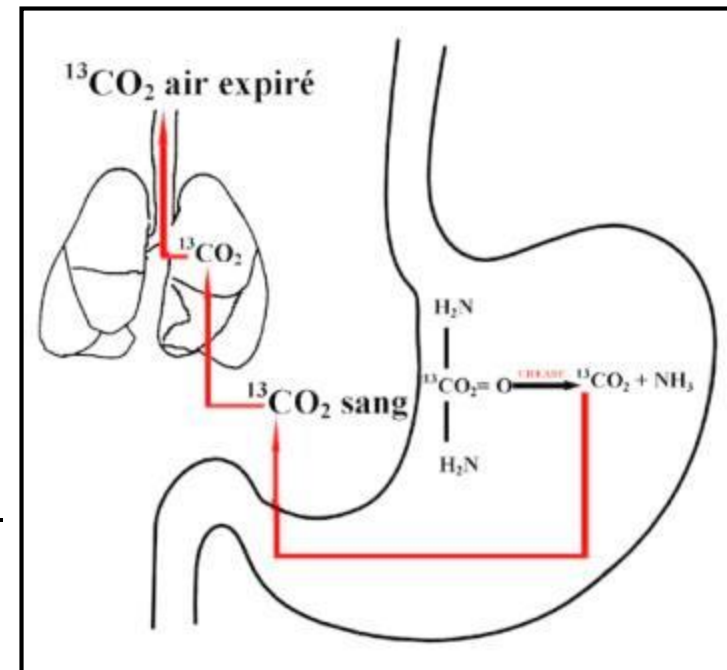
- TOUJOURS rechercher H pylori (biopsies)
- Endoscopie utile pour diagnostic différentiel
 - Cancer +++
 - Si examen normal, évoquer une autre pathologie à l'origine des douleurs (pathologie biliaire, pancréatique, dyspepsie...)

INDICATIONS DE RECHERCHE D'H PYLORI

- Systématique en cas d'ulcère gastrique ou duodénale
- Prise d'AINS au long cours
- Cancer de l'estomac
- Lymphome du MALT
- Carence martiale inexpliquée
- Dyspepsie

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES D'HP

- **Test invasif** Biopsies: examen anatomopathologique
 - Lorsqu'une endoscopie est indiquée
 - Permet la réalisation d'un antibiogramme et d'une PCR (bactériologie)
- **Tests non invasifs**
 - ✓ Test respiratoire à l'urée marquée (contrôle éradication)
 - Utilise activité uréasique de Hp
 - ✓ Antigènes fécaux (contrôle éradication)
 - ✓ Sérologie (reste positive après éradication – utile si hémorragie)



COMPLICATIONS

- Hémorragie digestive
- Perforation ulcéreuse
- Sténose ulcéreuse
- Association avec le cancer gastrique

COMPLICATIONS

- Pas de critère de gravité de la douleur ulcéreuse
- Complications peuvent être inaugurales
- Rechercher des signes en faveur d'une complication
 - Défense ou contracture (perforation)
 - Hématémèse (hémorragie)
 - Chute de TA, tachycardie
 - Méléna
 - Amaigrissement, adénopathie sus claviculaire (cancer)

COMPLICATIONS: HÉMORRAGIE DIGESTIVE

- Ulcère: 30 à 40% des hémorragies digestive hautes
- Conduite à tenir devant hémorragie digestive (ED ++++)
- Mécanisme: ulcération des vaisseaux de la paroi gastro-duodénale
 - artère gastro-duodénale à la face postérieure du bulbe
 - artère gastrique gauche au niveau de la petite courbure gastrique
- Risque accru si
 - Âge > 65 ans
 - Atcd d'UGD compliqué
 - Ttt par AINS ou aspirine (surtout si Hp)
 - Ttt anticoagulants

COMPLICATIONS: PERFORATION

- Clinique → **Péritonite**
 - Douleur épigastrique intense, nausées, vomissements
 - Signe de choc
 - Examen clinique: défense, contracture liée à irritation péritonéale par perforation
- Diagnostic: scanner abdominopelvien (pneumopéritoine)
- Contre-indication à l'endoscopie

TRAITEMENT DE L'UGD NON COMPLIQUÉ

- Traitement IPP
 - Ulcère gastrique: IPP simple dose 4 à 8 semaines (jusqu'à cicatrisation contrôlée en endoscopie)
 - Ulcère duodénal: IPP simple pendant 4 semaines

IPP: lansoprazole, oméprazole, pantoprazole, rabéprazole, esoméprazole
- Éradication d'Hp
 - Non urgent
 - Si possible guidée par antibiogramme ou caractérisation bactérienne par PCR; si non traitement probabiliste
- Contrôle éradication par test respiratoire (4 semaines après arrêt des antibiotiques et 2 semaines après arrêt des IPP)

PRINCIPES DU TTT ÉRADICATEUR Hp

- Bi-antibiothérapie +/- sels de bismuth avec IPP double dose

Posologie des médicaments prescrits dans cette indication

Amoxicilline (1 g x 2/j)

Clarithromycine (500 mg x 2/j)

Métronidazole (500 mg x 2/j)

Pylera® 3 cp 4 fois par jour (bismuth + métronidazole + tétracycline)

IPP double dose (1 prise matin et soir – par ex omeprazole 20 mg matin et soir)

TRAITEMENT DE L'UGD NON COMPLIQUÉ

- Gestion des AINS et de l'aspirine
 - Arrêt si possible
 - Recherche et éradication Hp
 - Si arrêt impossible, continuer les IPP demi-dose au long cours
- Indication du traitement préventif par IPP chez les patients sous AINS ou aspirine
 - Âge > 65 ans
 - Antécédent d'ulcère gastro-duodénal
 - Traitement par antiagrégant, anticoagulant ou corticoïdes associés

GASTRITES: COURS EN LIGNE

- Définition: atteinte inflammatoire aiguë ou chronique de la muqueuse de l'estomac
- Définition anatomopathologique sur des biopsies pratiquées lors d'une endoscopie œso-gastro-duodénale
- Pas de corrélation histologie/endoscopie/symptômes
- Causes les plus fréquentes
 - Helicobacter pylori
 - Gastrite chronique atrophique auto-immune (Biermer)
 - AINS

DIAGNOSTIC – INDICATION DES BIOPSIES

- Indication de biopsies gastriques lors de l'endoscopie:
 - Présence de lésion endoscopique: affirmer le diagnostic de gastrite et en rechercher la cause
 - Absence de lésion endoscopique: rechercher une pathologie spécifique → carence en vitamine B12, anémie, atcd familial de cancer gastrique, douleurs abdominales (recherche Hp)
- Surveillance (biopsies) si gastrite auto-immune de Biermer (risque ADK), gastrite atrophique et/ou métaplasie et/ou dysplasie

A RETENIR

- Ulcère = perte de substance
- Causes principales de l'ulcère gastro-duodénal: infection par H pylori, AINS, aspirine
- Sémiologie de la douleur ulcéreuse: douleur épigastrique calmée par les repas
- Diagnostic endoscopique
- Complications: hémorragie, perforation (péritonite)
- Association avec le cancer gastrique (diagnostic différentiel)

MOTS CLÉS EN ANGLAIS

- Ulcer
- Gastritis
- NSAID (non steroidal anti inflammatory drug)

RÉFÉRENCE

- Document Source National de la CDU-HGE

https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/dsn_cdu-hge_2021-juillet.pdf

Des questions

Pr Sabine ROMAN – Pr Gilles PONCET

sabine.roman@chu-lyon.fr

gilles.poncet@chu-lyon.fr

Item 272 – Ulcère gastrique et duodéal – Gastrites

2025