

Sténose antropylorique isolée par ingestion d'acide. A propos d'un cas



SD Rakotomena*¹, ST Rakotoarivony²,
HN Rakoto-Ratsimba¹

¹ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'atteinte isolée de la région antropylorique après ingestion d'acide est rare. Nous en rapportons un cas suite à une tentative d'autolyse par ingestion d'acide sulfurique, observé chez un homme de 23 ans. Si les premiers symptômes étaient plutôt bénins, il était revenu consulter de nouveau quatre semaines après pour un tableau clinique de sténose antropylorique confirmé par la fibroscopie et la radiologie. Des signes de déshydratation et un amaigrissement de 5kg en une semaine et de 10kg depuis l'accident initial étaient également constatés. L'état général étant relativement conservé, un traitement curatif d'emblée était prescrit avec confection d'une antrectomie suivie d'une anastomose gastro-jéjunale. L'évolution était favorable après un recul de trois ans, sans récurrence de tentative d'autolyse. La physiopathologie de l'affection et les particularités de la prise en charge sont discutées selon les données de la littérature.

Mots-clés: Suicide ; Chirurgie ; Sténose pylorique

Isolated antropyloric stenosis caused by acid intake. A case report

Summary

Isolated antropyloric stenosis secondary to acid intake is uncommon. We report here a case of suicide attempt after sulphuric acid ingestion observed in a 23 year-old man. First symptoms were not serious but four weeks later, he presented clinical features of gastric outlet obstruction. Endoscopy and barym X-ray showed an isolated antropyloric stenosis. Signs of dehydration and 5kg weight loss in one week, 10kg since first accident had been noted. The patient having a good general state, curative treatment was directly performed by making antrectomy followed by gastrojejunal anastomosis. Evolution was uneventful after three years survey, without suicide recurrence. Lesions physiopathology and treatment details were discussed with literature data.

Keywords: Pyloric stenosis; Suicide; Surgery

Introduction

L'ingestion de substance caustique, accidentelle ou volontaire, entraîne des brûlures de gravité diverse du tube digestif. L'atteinte isolée de la région antropylorique est rare [1]. Nous en rapportons un cas suite à une tentative d'autolyse par ingestion d'acide sulfurique. Les particularités physiopathologiques et les modalités de la prise en charge sont discutées.

Observation

Un homme de 23 ans était admis pour ingestion d'acide sulfurique (100ml environ d'acide de batterie) suite à une tentative d'autolyse. A l'entrée, le sujet était conscient, cohérent et l'état général était conservé. Ses antécédents étaient sans particularité. L'examen avait retrouvé une muqueuse buccale légèrement enflammée et un abdomen souple. La région épigastrique était sensible à la palpation sans vraie défense. La radiographie pulmonaire et celle de l'abdomen sans préparation étaient normales. Une réhydratation parentérale associée à une corticothérapie était prescrite. Des pansements digestifs à base d'hydroxyde d'alumine étaient également administrés par voie orale. Le patient était réalimenté avec un régime mou au lendemain de son admission. Au quatrième jour, la fibroscopie digestive haute montrait un érythème diffus de la muqueuse gastrique, plus marqué au niveau de la région

antrale. Le patient était alors sorti de l'hôpital avec prescription de pansements digestifs pour une durée d'une semaine. Quatre semaines après sa sortie, il revenait consulter pour des vomissements alimentaires à répétition ayant débuté une semaine auparavant et ayant tendance à devenir incessants avec parfois des aliments ingérés la veille ou l'avant veille. Des signes de déshydratation avec amaigrissement de 5kg en une semaine et de 10kg depuis l'accident initial étaient constatés. La région épigastrique était sensible à la palpation et un clapotis à jeun était perçu traduisant une dilatation gastrique évoquant une sténose antropylorique. La biologie découvrait une anémie modérée à 9g/100ml d'hémoglobine et une hypoprotidémie à 50g/l. La fibroscopie digestive haute objectivait une sténose infranchissable de la région antropylorique, confirmée par le transit baryté œso-gastro-duodénal (TOGD) montrant une image de mince défilé du produit de contraste au niveau de la région antropylorique (Figure 1). Le patient était gardé à jeun avec mise en place d'une sonde gastrique ramenant quatre litres de liquide mêlé de débris alimentaires. Une perfusion hydro-électrolytique était administrée pendant trois jours afin de juguler la déshydratation avant de pratiquer un traitement chirurgical curatif d'emblée. Ainsi, par une laparotomie médiane, une antrectomie suivie d'anastomose gastro-jéjunale et d'anastomose au pied de l'anse était confectionnée. Les suites opératoires étaient simples avec ablation de la sonde gastrique au cinquième jour, réalimentation au septième jour et sortie au douzième jour post-opératoire. Les contrôles fibroscopiques à trois mois, à six mois et à un an étaient satisfaisants. Une psychothérapie de soutien était faite par

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rakotomenadavida@yahoo.fr (SD Rakotomena).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 101 Antananarivo, Madagascar

l'équipe chirurgicale à chaque consultation de contrôle. Après un recul de trois ans, aucune récurrence de tentative d'autolyse n'était à déplorer.

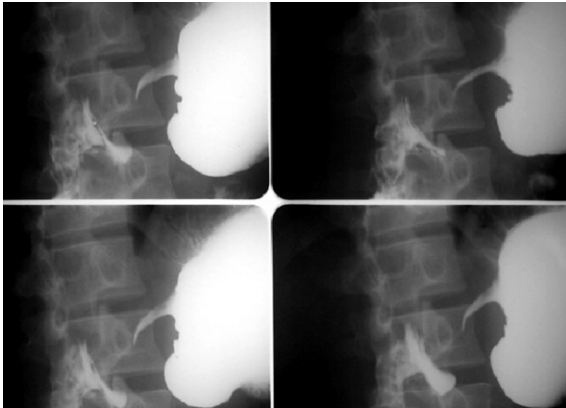


Fig. 1: Transit œso-gastro-duodénal (TOGD): mince défilé du produit de contraste au niveau de la région antropylorique

Discussion

Le suicide est souvent considéré à tort comme un problème inhérent aux pays riches. Ainsi, 593.000 décès par autolyse étaient chiffrés en 1990 dans les pays en développement, correspond à 75% de l'ensemble des décès par suicide dans le monde entier [2,3]. Ces ingestions volontaires chez l'adulte émaillent souvent le cours d'une pathologie psychiatrique connue ou non [4]. L'acide sulfurique (acide de batterie) est souvent en cause dans les pays en développement car d'accès facile et les bases fortes (Destop®) sont l'apanage des pays riches [4]. Les lésions œsophagiennes et gastriques peuvent être aiguës à type d'hémorragie ou de perforation survenant dans les heures qui suivent l'ingestion en cas d'ingestion d'une dose importante. Le pronostic vital peut être mis en jeu de part ces lésions mais aussi par diffusion du toxique à l'origine de troubles métaboliques graves [5]. L'ingestion de doses plus modérées, comme dans notre observation, conduit à des symptômes précoces plutôt bénins mais des lésions sténotiques s'installent par la suite. La sténose antropylo-rique est rarement isolée et est habituellement associée à une sténose œsophagienne [1]. La première description d'une brûlure gastrique sans atteinte œsophagienne date de 1928, conséquence d'une ingestion d'acide sulfurique [6]. L'œsophage est indemne du fait du temps de passage très rapide du produit et de la nature de la muqueuse œsophagienne. L'épithélium est pavimenteux stratifié, donc épais, avec des glandes à mucus tandis que celle de l'estomac est plus mince avec un épithélium unistratifié cylindrique [6]. Par ailleurs, la région antropylo-rique est le site de prédilection des lésions de brûlure du fait d'un spasme pylorique réflexe entraînant une stase du produit acide dans le pylore [7]. La quantité et la concentration de l'acide, la présence ou non d'aliments dans l'estomac au moment de l'ingestion, la position du patient au moment et juste après l'ingestion et la durée de la persistance du produit dans l'estomac influent sur la gravité des lésions [8]. Cette sténose survient généralement entre quelques jours à plusieurs années de l'ingestion [9]. Après l'accident initial, une pseudo-guérison semble s'installer puis les signes classiques traduisant une sténose serrée de la région antro-

pylorique s'installent plus ou moins rapidement [8]. Avec l'interrogatoire et les examens d'imagerie, le diagnostic est aisé et les autres causes de sténose digestive sont rapidement éliminées en particulier par la notion d'ingestion d'acide quelques semaines auparavant. Souvent demandé en première intention, la fibroscopie montre habituellement un œsophage sain et un important liquide de stase gastrique avec de nombreux débris alimentaires et non mêlé de bile. Après aspiration, la région antrale apparaît déformée et étroite avec une muqueuse érythémateuse. Le sphincter pylorique infranchissable est le siège d'une sténose pouvant être complète [10]. Le TOGD apporte la certitude diagnostique et constitue l'examen pré-opératoire incontournable. Il montre la stase gastrique toujours importante, la déformation antropylo-rique avec arrêt net de la progression du produit de contraste baryté avec parfois un petit défilé pylorique rehaussé lors des clichés avec compression [10]. L'échoendoscopie permet d'apprécier la profondeur de la brûlure et son intérêt réside essentiellement en urgence car elle permet de différencier une atteinte muqueuse superficielle bénigne d'une atteinte profonde en voie de nécrose et de perforation faisant indiquer l'intervention chirurgicale avant le stade de péritonite [11]. Un bilan biologique complet doit être demandé avant la prise en charge chirurgicale afin d'évaluer l'état général et nutritionnel du patient. En effet, de ce bilan et de l'état général clinique dépendra la nature du geste chirurgical à effectuer, chirurgie temporaire d'alimentation ou chirurgie curative d'emblée. Un état nutritionnel déficient peut nécessiter une jéjunostomie d'alimentation et ce n'est qu'après une bonne prise pondérale et une normalisation des constantes biologiques que la chirurgie curative est pratiquée [9]. Si l'état nutritionnel le permet, un geste unique nous semble préférable chez une personne fragile psychologiquement, chez lequel un dispositif contre-nature d'alimentation peut entraîner des troubles psychiques graves avec une éventuelle récurrence d'autolyse. La majorité des auteurs préfèrent des techniques réséquant la zone pathologique dans la hantise d'une dégénérescence maligne à long terme [12]. Nous avons opté pour une antrectomie avec montage en oméga et anastomose au pied de l'anse mettant la suture anastomotique à l'abri de tout reflux biliaire. D'autres techniques moins lourdes ont été cependant proposées laissant en place la lésion : gastrojéjunostomie [13], pyloroplastie notamment chez l'enfant [10]. Des méthodes de dilatation endoscopique par ballonnet ont été rapportées avec des résultats peu encourageants [14]. Le volet psychologique du problème à l'origine de la tentative d'autolyse est parfois ou même souvent relégué au second plan, en particulier dans les pays en développement comme Madagascar. Cette prise en charge psychique est indispensable chez ces malades fragiles pour éviter la récurrence d'autolyse qui n'est pas rare. Le manque ou l'absence de psychologue ou de psychiatre en est souvent la cause. Néanmoins, un médecin digne de ce nom doit être capable de faire une psychothérapie de soutien, nécessaire et suffisante la plupart du temps. La mortalité après chirurgie est estimée à 19,5% [15]. Les complications post-opératoires sont dominées par les fistules dont l'origine vient de l'état nutritionnel déficient du patient. Leur issue est souvent fatale dans notre contexte.

Conclusion

Après ingestion de caustique, la chirurgie se réserve habituellement les séquelles sténotiques du tube digestif. L'atteinte séquellaire isolée de la région antropylorique est inhabituelle et cette observation nous a permis d'illustrer ses particularités tant diagnostiques que thérapeutiques. La chirurgie curative précoce d'emblée est tentante dans le contexte socio-économique de Madagascar, mais l'échec n'est alors pas permis car une fistule post-opératoire conduit généralement au décès du patient. En cas de doute, la confection d'une iléostomie d'alimentation est recommandée même si elle est souvent mal acceptée. Une indication chirurgicale bien posée amène souvent une évolution favorable et une bonne psychothérapie de soutien permet d'éviter les récides dramatiques d'autolyse.

Références

- 1- Jalundhwala JM, Shah RC. Corrosive stricture of the stomach. *Am J Surg* 1967; 114: 461-4.
- 2- Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *Q J Med* 2000; 93: 715-31.
- 3- Murray CJL, Lopez AD. Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1269-76.
- 4- Christesen HB. Caustic ingestion in adults: epidemiology and prevention. *J Toxicol Clin Toxicol* 1994; 32: 557-8.
- 5- Gun F, Abbasoglu L, Celik A. Acute gastric perforation after acid ingestion. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35: 360-2.
- 6- Maggi ALC, Meeroff M. Stenosis of the stomach caused by corrosive gastritis. *Gastroenterology* 1953; 24: 573-8.
- 7- Subbarao KSVK, Kakar AK, Chandrashekhar V, Ananthakrishnan N, Banerjee A. Cicatricial gastric stenosis caused by corrosive ingestion. *Aust N Z J Surg* 1988; 58: 143-6.
- 8- Tekant G, Eroglu E, Erdogan E, Yesildag E, Emir H, Buyukunal C et al. Corrosive injury-induced gastric outlet obstruction: a changing spectrum of agents and treatment. *J Pediatr Surg* 2001; 36:1004-7.
- 9- Chaudhary A, Puri AS, Dhar P, Reddy P, Sachdev A, Lahoti D et al. Elective surgery for corrosive-induced gastric injury. *World J Surg* 1996; 20: 703-6.
- 10- Brown RA, Millar AJW, Numanoglu A, Rode H. Y-V advancement antropyloplasty for corrosive antral strictures. *Pediatr Surg Int* 2002; 18: 252-4.
- 11- Bernhardt J, Prok H, Wilhelm L, Ludwig K. Caustic acid burn of the upper gastrointestinal tract: first use of endosonography to evaluate the severity of the injury. *Surg Endosc* 2002; 16:1004.
- 12- Kaushik R, Singh R, Sharma R, Attri AK, Bawa AS. Corrosive-induced gastric outlet obstruction. *Yonsei Med J* 2003; 44: 991-4.
- 13- Hsu C, Chen C, Hsu N, Hsia J. Surgical treatment and its long term result for caustic-induced prepyloric obstruction. *Eur J Surg* 1997; 163: 275-9.
- 14- Misra SP, Dwivedi M. Long term follow-up of patients undergoing balloon dilatation for benign pyloric stenoses. *Endoscopy* 1998; 28: 552-4.
- 15- Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *Q J Med* 2000; 93: 715-31.