

Ulcère de stress perforé et syndrome de Lyell. A propos d'une observation

ST Rakotoarivony*¹, SD Rakotomena²,
HN Rakoto-Ratsimba²

¹ Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar
² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

La perforation d'un ulcère gastrique liée au stress est rare. Nous en rapportons un cas compliquant un syndrome de Lyell chez un homme de 35 ans, sous anti-tuberculeux depuis 12 jours. Trois jours après son admission en soins intensifs apparaissait insidieusement un tableau de péritonite aiguë généralisée avec une image de pneumopéritoine à la radiographie de l'abdomen sans préparation. Une laparotomie exploratrice était indiquée découvrant une perforation gastrique sur la face antérieure de la petite courbure, perforation qui avait été suturée. Une détersion des lésions cutanées était par la suite effectuée suivi de pansement gras occlusif. En post-opératoire immédiat, le décès survenait rapidement dans un contexte de choc septique. Les aspects de la prise en charge de cette association pathologique particulière sont discutés.

Mots-clés: Antituberculeux; Chirurgie; Perforation d'ulcère gastroduodénal; Stress; Syndrome de Lyell

Stress ulcer perforation and toxic epidermal necrolysis. Report of a case

Summary

Stress-related gastric ulcer perforation is rare. We report here a case complicating a toxic epidermal necrolysis in a 35 year-old man treated by antitubercular agents since 12 days. Three days after his admission in intensive care unit insidiously appeared an acute peritonitis with pneumoperitoneum picture in plain abdominal radiography. An explorative laparotomy was indicated discovering a gastric perforation on the anterior face of the small curvature. This perforation was sutured. Cleansing of skin lesions was subsequently done and occlusive fat dressing was applied. In immediate post-operative period, death occurred quickly in a context of septic shock. Aspects of the care of this uncommon pathological association are discussed.

Keywords: Antitubercular agents; Peptic ulcer perforation; Stress; Surgery; Toxic epidermal necrolysis

Introduction

La perforation d'un ulcère gastrique liée au stress est rare [1]. Nous en rapportons un cas compliquant un syndrome de Lyell, vu au service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo. L'objectif de notre étude est de souligner les particularités de la prise en charge de cette complication inhabituelle à la lumière des données de la littérature.

Observation

Un homme de 35 ans, de statut VIH négatif, tuberculeux pulmonaire sous anti-tuberculeux depuis 12 jours (rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide), présentait des lésions cutanées larges, multiples, rapidement généralisées à type de plaques brunâtres prurigineuses. En l'espace de 24 heures, ces lésions étaient devenues bulleuses puis suintantes avec décollement et nécrose épidermique évoquant un syndrome de Lyell. Il était rapidement admis en soins intensifs avec un traitement médical associant rééquilibration hydro-électrolytique, corticothérapie, antisécrétoire gastrique, antibiothérapie, antalgiques non morphiniques, arrêt des antituberculeux et des soins locaux à base d'attouchement à la chlorexidine au niveau des décollements cutanés. Trois jours après son admission apparaissait insidieusement un syndrome péritonéal avec défense abdominale généralisée. A l'examen, le sujet était apathique mais conscient. Les lésions cutanées dues au

syndrome de Lyell intéressaient environ 60% de la surface cutanée avec un érythème et de larges lambeaux de décollements épidermiques laissant des zones dénudées (signe de Nikolsky) (Figure 1).



Fig. 1: Syndrome de Lyell avec érythème et larges décollements épidermiques laissant des zones dénudées (signe de Nikolsky)

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rstoavinjo@yahoo.fr (ST Rakotoarivony).

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

Il existait également une atteinte muqueuse érosive généralisée. L'ensemble de l'abdomen était le siège d'une contracture. Par ailleurs une hypotension artérielle (90 – 50mmHg), une hyperthermie modérée (38°5C), une tachycardie à 96/min, une tachypnée et une oligurie étaient constatées. L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles bronchiques bilatéraux. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une image de pneumopéritoine évoquant fortement une perforation d'ulcère de stress (Figure 2).



Fig. 2: Radiographie de l'abdomen sans préparation: image de pneumopéritoine

Des opacités hilaires et apexiens droits étaient visibles sur la radiographie pulmonaire correspondant aux lésions tuberculeuses. La biologie montrait une hyperleucocytose (15.000/ μ l) avec polynucléose neutrophile, une hypoprotidémie (48g/l), une hyperkaliémie à 5mmol/l et une hypercréatininémie à 402 μ mol/l. L'équipe chirurgicale avait posé l'indication d'une laparotomie exploratrice sous anesthésie générale. L'exploration chirurgicale découvrait un épanchement péritonéal louche et une perforation gastrique de 5mm, recouverte de fausses membranes, sur la face antérieure de la petite courbure. Après avivement des berges, une suture de la perforation par deux points extra muqueux était pratiquée. Un lavage abondant de la cavité péritonéale avec du sérum physiologique et un double drainage étaient effectués avant la fermeture. Une détersion des lésions cutanées était par la suite entreprise avec nettoyage avec de la chlorexidine moussante rincée avec du sérum physiologique puis pansement gras occlusif. Malgré la réanimation post-opératoire, le décès survenait rapidement dans un contexte de choc septique avec un tableau de défaillance multiviscérale.

Discussion

La perforation d'un ulcère de stress est rare, ce dernier se compliquant plutôt d'hémorragie digestive [1,2]. Peu de chiffres sont ainsi disponibles dans la littérature quant à son incidence réelle. Nous rapportons dans cette observation le seul cas diagnostiqué et traité au CHU d'Antananarivo après dépouillement des dossiers des patients de ces 10 dernières années. L'association syndrome de Lyell et

ulcère de stress perforé est exceptionnelle et aucun autre cas similaire n'a été décrit dans la littérature après consultation de la base Medline. Le syndrome de Lyell survient généralement suite à l'administration de sulfamides, d'antiépileptiques ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens mais la cause reste inconnue dans plus de 30% des cas [3,4]. Dans les pays d'endémie tuberculeuse comme le notre, les antituberculeux sont souvent en cause mais l'identification de la molécule incriminée est difficile. Dans le protocole en vigueur à Madagascar, la phase d'attaque du traitement comprend quatre antituberculeux à savoir éthambutol, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide et l'une de ces molécules serait donc à l'origine des lésions allergiques. Si la physiopathologie de l'ulcère de stress reste encore mal cernée de nos jours, sa survenue au cours de certains états pathologiques graves est bien connue. Ainsi, au cours du syndrome de Lyell, le syndrome de détresse cutanée aiguë par épidermolyse extensive présente une similitude avec celui d'une brûlure étendue et peut être à l'origine d'un ulcère de stress [5]. De plus, la corticothérapie a des effets ulcérogènes pouvant majorer les lésions gastriques [6]. Sa prévention prend ainsi une place prépondérante chez les patients à risque notamment ceux en réanimation et comporte la correction des défaillances viscérales (correction de la volémie, antibiothérapie adaptée contre l'infection et une oxygénation optimale), l'usage de protecteurs de la muqueuse gastrique (antiacides, anti-H2, inhibiteurs de la pompe à protons) et une alimentation parentérale précoce [2,7]. Une complication perforative avec tableau de péritonite généralisée telle dans notre cas impose une indication chirurgicale absolue [8] et ceci malgré la faiblesse du terrain. Sur le plan évolutif, la survenue d'hémorragie digestive ou de perforation est défavorable avec une mortalité de 77% [9]. Ainsi, au pronostic déjà sévère du syndrome de Lyell s'était ajouté celui de la complication perforative de l'ulcère de stress amenant une issue fatale pour notre patient.

Conclusion

La perforation est une complication grave de l'ulcère de stress. Cette observation a permis d'en illustrer une observation chez un patient tuberculeux pulmonaire dont le traitement antituberculeux avait entraîné l'apparition d'un syndrome de Lyell. L'évolution de ce type d'association pathologique est souvent dramatique en particulier dans un contexte de pays sous équipé comme le nôtre.

Références

- 1- Ouadfel J, Benmoussa H, Assem A, Amraoui M, El Mesnaoui A, Koutani A, et al. L'ulcère gastrique perforé de stress. A propos de deux observations. Médecine du Maghreb 1990; 22: 10-4.
- 2- Silvain C, Chagneau C, Beauchant M. Ulcères gastroduodénaux : lésions aiguës du tube digestif. Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, 9-021-A-10, 2003; 5 p.
- 3- Turki H, Walha N, Boudaya S, Bouassida S, Frikha S, Zahaf A. Le syndrome de Lyell (Nécrolyse épidermique toxique). Etude de 8 cas. Sem Hôp Paris 1998; n° 23-24: 25-6, 953-8.
- 4- Ellrodt A. Urgences médicales. Paris: Estem; 1998.
- 5- Czaja AJ, McAlhany JC, Pruitt BA. Acute gastroduodenal disease after thermal injury: an endoscopic evaluation of incidence and natural history. N Engl J Med 1974; 291: 925-9.
- 6- Kowal-Vern A, Mc Gill V, Gamelli RJ. Ischemic necrotic bowel disease in thermal injury. Arch Surg 1997; 132: 440-3.
- 8- Derrida S, Sicot C. Les hémorragies digestives de stress. Le concours médical 1987; 109: 2546-51.

9- Schöpf E, Stühmer A, Rzany B, Victor N, Zentgraf R, Kapp JF. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dermatol* 1991; 127: 839-42.

10- Sevvitt S. Duodenal and gastric ulceration after burning. *Brit Surg J* 1967; 54: 32-41.