

Les complications des ulcères gastro-duodénaux au cours du Ramadan

Drs I. Baghdad^{*(1)}, A. Bellabab^{***(1)}, A. Cherkaoui^{***(1)}, O. Loukili^{*(2)}, F. Chibab^{***(2)}

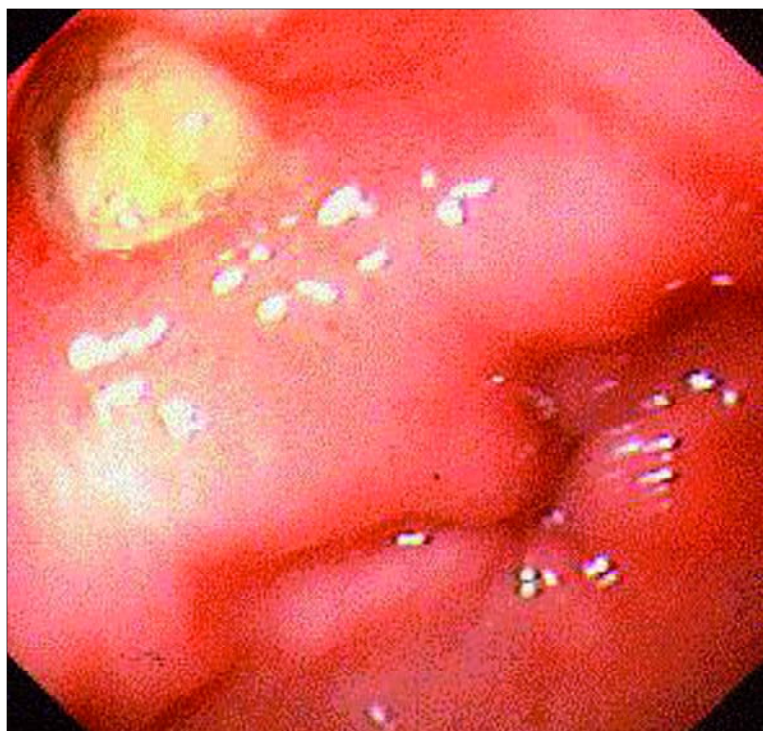
*Résident, **Professeur, ***Professeur et Chef de service

⁽¹⁾ Service d'hépatogastroentérologie et de proctologie. ⁽²⁾ Service de chirurgie viscérale aile III.
CHU Ibn Rochd. Casablanca

L'ulcère gastro-duodéal est une maladie chronique récidivante. Elle se traduit par une perte de substance d'un revêtement épithélial, cutané ou muqueux, sans tendance à la cicatrisation spontanée et entamant la paroi gastrique ou duodénale.

Au cours du mois de Ramadan, on observe un jeûne diurne du lever au coucher du soleil d'une durée variable selon la localisation géographique et la saison prolongée sur 29 à 30 jours. Ce changement de mode de vie entraîne des modifications nutritionnelles et digestives pouvant expliquer les complications de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale fréquemment rencontrées au cours de ce mois⁽¹⁾ : perforation et hémorragie digestive^(2,3).

Ces complications peuvent engager le pronostic vitale du patient si elles sont négligées ou non diagnostiquées à temps.



PERFORATION DE L'ULCÈRE

La perforation de l'ulcère gastro-duodéal augmente de fréquence au cours du mois de Ramadan puisqu'elle représente 23% des ulcères perforés au cours de toute une année⁽⁴⁾. (Tableau I).

La perforation gastrique peut se faire soit en péritoine libre, soit être bouchée.

PERFORATION AIGÜE EN PÉRITOINE LIBRE

L'ulcération gagne la séreuse et établit **une communication entre l'estomac et le péritoine**.

Elle peut se compliquer d'une péritonite si le patient vient de manger ou d'une réaction péritonéale s'il est à jeun.

Dans les deux cas, il y a irritation péritonéale avec **des douleurs très violentes, parfois syncopales** qui ne cèdent pas et qui s'accompagnent de vomissements.

A l'examen, on note la présence d'un ventre de bois avec des contractures péri gastriques, parfois diffuses.

Le toucher rectal provoque une douleur dans le Douglas ou dans la fosse iliaque droite (dans la forme pseudo-appendiculaire).

Le diagnostic est clinique et s'appuie sur la radiologie (cliché de l'abdomen sans préparation debout) qui met en évidence **un croissant gazeux sous-phéniq**ue signant la perforation d'un organe creux. Selon le tableau clinique, on pourra réaliser une aspiration ou bien, une intervention chirurgicale en urgence.

ULCÈRE PERFORÉ BOUCHÉ

Dans ce cas particulier, l'ulcère est à l'origine d'une **réaction inflammatoire qui va accoler la paroi gastrique ou duodénale au pancréas**.

Il se manifeste par une crise douloureuse très intense, ne cédant pas aux anti-acides. **Le diagnostic sera posé par l'endoscopie**.

L'échographie peut être indiquée en l'absence de pneumopéritoine et devant une symptomatologie atypique où le diagnostic de péritonite aiguë est hésitant.

Elle peut contribuer au diagnostic en montrant un épaississement de la paroi duodénale et vésiculaire, un épanchement péritonéal localisé ou généralisé et peut, parfois, visualiser le pneumopéritoine.

TABLEAU I : Survenue de complications de la maladie ulcéreuse gastro duodénale au cours du Ramadan ⁽⁴⁾

Motif	Ramadan	Toute l'année
Ulcère perforé	309 (23%)	1333
Ulcère hémorragique	129 (9,5%)	1349 (42,6%)
Ulcère sténosant	34 (7,8%)	435 (13,7%)
Ulcère hyperalgique	3 (5,5%)	58 (18%)
Total	475 (15%)	3163

La tomодensitométrie avec ou sans ingestion orale de produit de contraste hydro-soluble peut s'avérer nécessaire dans les cas difficiles, surtout chez le sujet âgé.

Le transit oesogastroduodénal à la gastro-graffine est de moins en moins utilisé actuellement.

La conjonction des éléments cliniques et paracliniques permet de conclure au diagnostic de péritonite aiguë dans la majorité des cas et de présumer de sa cause dans plus de 90% des cas.

Le traitement chirurgical peut être réalisé soit par laparotomie soit par laparoscopie .

HÉMORRAGIE DIGESTIVE

Le jeûne du Ramadan augmente la fréquence de l'hémorragie digestive haute due à l'ulcère, sans aggraver son pronostic (Tableau I).

L'endoscopie permet d'établir la gravité de l'hémorragie selon la classification de Forrest. (Tableau II)

La prise en charge repose d'abord sur les mesures d'urgence de mise en condition du patient, puis sur le **traitement endoscopique** : injection in-situ d'une solution à visée hémostatique, électrocoagulation ou pose de clips. Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'hémorragies cataclysmiques ou de récurrence, malgré un traitement endoscopique bien conduit.

RELATION ENTRE MALADIE ULCÉREUSE GASTRO-DUODÉNALE ET RAMADAN

Plusieurs études ^(4,5,6) sur la sécrétion gastrique montrent que les variations des conditions d'alimentation imposées par le Ramadan augmentent l'acidité intragastrique sur 24 heures en augmentant, très significativement, **l'acidité durant la période de jeûne entre 8 et 17 heures** sans modifier significativement l'acidité nocturne.

De plus, le niveau d'acidité observé après la fin du Ramadan est supérieur à celui observé avant le Ramadan. Cela suggère la mise en jeu de modifications physiologiques plus durables que ne le voudrait la simple implication des mécanismes de stimulation au repas ⁽⁶⁾.

TABLEAU II : Classification de Forrest ⁽⁴⁾

- **Saignement actif (Forrest I)**
- **F1a** : jet artériel - **F1b** : suintement
- **Signe de saignement récent (Forrest II)**
- **FIIa** : vaisseau visible - **FIIb** : caillot - **FIIc** : tache noire
- **Absence de signe de saignement (Forrest III)**

Durant le Ramadan, la fin d'après-midi représente la tranche horaire la plus acide du nycthémère

Les modifications du mode d'alimentation constituent l'explication principale des variations des profils d'acidité sur 24 heures.

Pendant la période du jeûne, l'absence d'apport alimentaire au cours de la phase diurne (8h-17h) est associée à un pH < 1 pendant en moyenne 4 h 30, sur les 9 heures que dure cette phase.

Toutes les fluctuations naturelles du pH intragastrique, en dehors de toute alimentation, restent encore très mal connues. **Durant le Ramadan, la fin d'après-midi apparaît comme la tranche horaire la plus acide du nycthémère.** Il est possible que **des mécanismes vagues** concourent à augmenter l'acidité durant la phase de jeûne, en particulier en fin d'après-midi⁽⁶⁾. L'élévation du pH constatée durant le

mois de Ramadan entre 11 et 13 heures, en l'absence de toute prise alimentaire, pourrait, par contre, être en rapport avec un relâchement de cette stimulation vagale ou avec la mise en jeu d'autres mécanismes régulateurs. Ceux qui concourent à la persistance, durant au moins quelques jours, d'une hyperacidité diurne après l'arrêt du Ramadan restent purement spéculatifs⁽⁷⁾. Là encore, il est probable que ces anomalies soient en rapport avec une perturbation des mécanismes régulateurs neuro-endocriniens de la sécrétion acide. Au total, on peut souligner, qu'actuellement seules quelques modifications physiologiques de la sécrétion acide gastrique au cours du mois de Ramadan sont élucidées.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE JEÛNE DU MOIS DE RAMADAN CHEZ LE PATIENT ULCÉREUX

- **Les symptômes dyspeptiques** doivent être considérés comme des symptômes d'alarme chez les patients qui désirent jeûner⁽⁸⁾.

- **Les patients ayant un bulbe cicatriciel** peuvent observer le jeûne de Ramadan, sans risque et sans aucun traitement, après éradication de l'infection par *helicobacter pylori* (HP).

En cas d'éradication non prouvée, un traitement antisécrétoire par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), en monodose, après le dernier repas, est préconisé pendant la durée du jeûne.

- **En cas d'antécédents de maladie ulcéreuse duodénale avec absence d'infection par HP**, un traitement antisécrétoire par un IPP monodose est préconisé pendant toute la durée du jeûne.

Cette attitude peut être adoptée également en cas d'antécédent d'ulcère gastrique cicatrisé.

- **En cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale en poussée**, le jeûne n'est pas recommandé.

CONCLUSION

Le jeûne de Ramadan augmente la fréquence des complications de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

Les symptômes dyspeptiques représentent des symptômes d'alarme chez les patients qui désirent jeûner.

L'éradication de l'HP reste un élément primordial pour observer un jeûne sans risque.

Plusieurs études restent à mener afin d'approfondir nos connaissances sur l'influence du jeûne au mois de Ramadan sur l'efficacité des traitements et sur l'évolution de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.



RÉSUMÉ : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale (MUGD) constitue un problème de santé publique dans notre pays en raison de sa prévalence propre, de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* (HP), de sa morbidité et du risque de survenue de complications qui lui sont inhérentes et des conséquences socio-économiques qui lui sont attribuées. Malheureusement, les complications de cette maladie ulcéreuse liée au jeûne du Ramadan restaient peu explorées. Parmi ces complications, on trouve en première position la perforation de l'ulcère, suivi de l'hémorragie digestive.

L'enrichissement de l'arsenal thérapeutique de la MUGD dans notre pays ainsi que l'introduction de techniques modernes très sensibles pour le diagnostic de l'infection à HP imposent une actualisation des recommandations pour la prise en charge de cette affection au cours du mois de Ramadan.

Le but de notre article est de passer en revue les complications de la maladie ulcéreuse liées au jeûne, ainsi que les modalités de prise en charge de cette pathologie au cours du mois sacré.

SUMMARY : The peptic ulcer disease (MUGD) is a public health problem in our country because of its own prevalence, prevalence of infection with *Helicobacter pylori* (HP), its morbidity and the risk of occurrence of complications and its inherent socio-economic assigned. Unfortunately, the complications of the disease linked to ulcerative fast of Ramadan remained unexplored. Among these complications found in the first position the perforation of the ulcer, followed by gastrointestinal bleeding. The enrichment of therapeutics MUGD in our country and the introduction of modern highly sensitive for the diagnosis of HP infection require an update of recommendations for the management of this month of affection au Ramadan. The aim of this paper is to review the complications of peptic ulcer disease related to fasting, as well as how to take this en charge pathology during the holy month.

RÉFÉRENCES

- 1- **Delchier JC.** Quelles recommandations pour le management de l'infection à *Helicobacter pylori* après la 3ème conférence de consensus européenne (Maastricht 3). *Gastroenterol Clin Biol* 2006 ;30 :1361-64.
- 2- **Cadiot S.** Quel rôle aujourd'hui pour l'infection à *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ;27 :409-14.
- 3- **Djemel N, Khamassi S, Bouzaidi S, Labbene M, Ben Ammar A, Fendri C.** Prévalence de l'infection par l'*Helicobacter pylori* en Tunisie au cours des contrôles asymptomatiques des dyspepsies non ulcéreuses et des ulcères duodénaux. *Etude prospective à propos de 183 cas.* *Tunis Med* 1995 ;73 :373-77.
- 4- **Mehdi A, Ajmi S.** Effet du respect du jeûne diurne du Ramadan sur la cicatrisation de l'ulcère duodénal par lansoprazole. *Gastroenterol Clin Biol*, 1997;21:0820-822.
- 5- **Alaoui I.** La perforation des ulcères gastro-duodénaux au cours du jeûne du mois de ramadan. thèse. faculté de médecine de rabat (maroc) 1984 ; 567 Rasbed AH. The fast of ramadan *Br Med J* 1992 :304 :521-522.
- 6 - **Iraki L, Abkari A, Vallot T, Amrani N, Hajkhalifa, Jellouli, Hakkou F.** Effet dyu jeûne de ramadan sur le Ph intragastrique enregistré sur 24 beurs chez le sujer sain. *Gastroenterl Clin Biol*, 1997,21,813-819.
- 7 - **Hakkou F, Tazi A, Iraki L, Céline-pingaud C, Vatier J.** L'observance du ramadan et son retentissement sur la sécrétion gastrique. *Gastroentérol Clin Biol* 1994 ;18 :190-4
- 8- **Donderici O, Temizhan A, Kucukbas T.Eskioğlu.** Effet of Ramadan on peptic ulcer complication. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29 :603-6.