



Cas clinique

Perforation d'ulcère gastrique et cellulite maxillo-faciale induite par les anti-inflammatoires non stéroïdiens à propos de 2 cas au CHU de Treichville (Abidjan)

Gastric ulcer perforation and maxillofacial cellulitis induced by non-steroid anti-inflammatory drugs about 2 cases at Treichville university hospital (Abidjan)

NA Anoh*¹, NL Kouadio¹, C Assouan³, M Goho¹, KIP Konan¹, V Diomandé¹, A Sylla¹, KG Kouadio¹

Résumé

La responsabilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la survenue des perforations d'ulcère gastrique ou d'une cellulite maxillo-faciale est connue. Cependant la survenue d'une perforation d'ulcère gastrique et d'une cellulite maxillo-faciale induite par ces derniers est rare. Nous rapportons deux cas dans notre pratique concernant deux hommes âgés de 41 ans et de 36 ans. Leurs antécédents étaient constitués d'épigastrie non explorée. La symptomatologie aurait débuté par la prise de kétoprofène pour calmer une douleur dentaire. Le premier avait présenté une cellulite maxillo-faciale droite qui avait été incisée. Une semaine plus tard il présentait une douleur épigastrique vive rapidement généralisée. Le second patient avait présenté une tuméfaction sous-mandibulaire gauche et une vive douleur abdominale. L'examen clinique retrouvait une péritonite avec un pneumopéritoine et une cellulite maxillo-faciale diffuse. La prise en charge avait été multidisciplinaire

par l'équipe de chirurgie digestive, la réanimation et celle de stomatologie. La laparotomie retrouvait une péritonite par perforation de la face antérieure de l'antrum. Le traitement conjoint était une mise à plat de la cellulite avec drainage, une toilette de la cavité abdominale et d'un avivement-suture de la perforation gastrique avec épiploplastie. Le traitement médical associait une bi antibiothérapie, du tramadol et de l'oméprazole orale ainsi que des soins locaux. Les suites opératoires étaient simples. Notre étude montrait que les AINS prises par prescription ou par auto-prescription dans les douleurs dentaires sont pourvoyeuses de complications à type de perforation d'ulcère gastrique ou de cellulite maxillo-faciale pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Mots-clés : kétoprofène, perforation gastrique, cellulite maxillo-faciale.

Abstract

The responsibility of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the occurrence of gastric ulcer perforations or maxillofacial cellulitis is known. However, the occurrence of gastric ulcer perforation and maxillofacial cellulitis induced by the latter is rare. We report two cases in our practice concerning two men aged 41 and 36 years. Their history consisted of unexplored epigastralgia. The symptomatology would have started with taking ketoprofen to calm dental pain. The first presented with right maxillofacial cellulitis which had been incised. A week later he presented with severe epigastric pain that quickly generalized. The second patient presented with left submandibular swelling and severe abdominal pain. Clinical examination revealed peritonitis with pneumoperitoneum and diffuse maxillofacial cellulitis. The care was multidisciplinary by the digestive surgery team, the intensive care unit and the stomatology team. Laparotomy revealed peritonitis by perforation of the anterior surface of the antrum. The joint treatment was a flattening of the cellulite with drainage, a toilet of the abdominal cavity and a sharpening-suture of the gastric perforation with omentoplasty. Medical treatment combined dual antibiotic therapy, tramadol and oral omeprazole as well as local care. The postoperative course was simple. Our study showed that NSAIDs taken by prescription or by self-prescription for dental pain cause complications such as gastric ulcer perforation or maxillofacial cellulitis which can be life-threatening. Keywords: ketoprofen, gastric perforation, maxillofacial cellulitis.

Introduction

La responsabilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans la survenue des perforations d'ulcère gastrique ou d'une cellulite maxillo-faciale est connue [1,2,3,7]. Cependant la survenue d'une perforation d'ulcère gastrique et d'une cellulite maxillo-faciale induite par les AINS est rare. Il n'y

a pas de publication disponible à ce jour sur ce sujet. Ces deux affections sont graves et mettent en jeu le pronostic vital [1,3,4,8]. Elles nécessitent une prise en charge urgente et multidisciplinaire impliquant le réanimateur, le stomatologue et le chirurgien digestif. Le but de notre travail est de rapporter deux cas observés dans notre pratique.

Cas cliniques*Cas n°1*

Un homme de 41 ans, agriculteur, antécédent d'épigastralgie non explorée, avait été transféré d'un hôpital général de la place le 16 juin 2014 pour un syndrome péritonéal. Il avait consulté pour une cellulite maxillo-faciale droite qui avait été incisée dans cet hôpital. Il aurait reçu un traitement médical à base d'antibiotique, d'antalgique et de kétoprofène. Une semaine plus tard, il apparaît une douleur abdominale vive épigastrique brutale puis diffuse à toute la cavité abdominale. L'examen clinique notait un syndrome infectieux sévère avec une température à 40,2°C, un état de choc et un syndrome péritonéal. L'examen stomatologique retrouvait une cellulite maxillo-faciale droite incisée laissant sourde du pus avec une infiltration périorbitaire droite (Figure 1). La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) de face debout couplée à la radiographie pulmonaire montrait un pneumopéritoine en faveur d'une perforation d'organe creux (Figure 2). A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 18.600 globules blancs/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles et un trouble de la coagulation avec un taux de prothrombine très bas à 38,3%. L'examen bactériologique du pus de la cellulite isolait le *staphylocoque spp*. Le traitement médical en urgence comprenait une réhydratation hydro électrolytique, une bi-antibiothérapie (ceftriaxone 2g/j, le métronidazole 1,5g/j), des antalgiques-antipyrétiques (tramadol injectable 100 mg/j en S/C, du métamizole sodique 5g/j en perfusion). Ce traitement médical comportait également une correction du trouble de la coagulation par injection 20 mg de vitamine K1 en

intraveineuse directe pendant 3 jours sans succès, puis par une perfusion de 2 unités de plasma frais congelé. A la laparotomie réalisée 5 jours après son admission, on observait une perforation gastrique située à la face antérieure de l'antra d'environ 2 cm de diamètre (figure 3). Le traitement chirurgical comprenait au niveau abdominal une toilette de la cavité abdominale, un avivement-suture de la perforation avec épiplooplastie et au niveau stomatologique une mise à plat de la cellulite avec drainage. L'analyse histologique des berges de perforation d'ulcère gastrique montrait un aspect histologique sans signes de malignité ni d'infection à *Helicobacter pylori*.

Cas n°2

Un homme de 36 ans, sans emploi, antécédent d'épigastralgie non explorée qui a été admis le 10 mai 2014. Son histoire remonterait par une automédication à base de kétoprofène pour traiter une rage dentaire. Trois jours plus tard apparaissait une tuméfaction sous mandibulaire bilatérale associée à une douleur abdominale brutale à point de départ épigastrique puis diffuse à tout l'abdomen. L'examen clinique notait un syndrome infectieux sévère avec une température à 39,8°C, un état de choc et un syndrome péritonéal. L'examen stomatologique retrouvait une cellulite maxillo-faciale sous mandibulaire gauche. La radiographie de l'abdomen sans préparation avait objectivé un pneumopéritoine témoignant d'une perforation d'organe creux. A la biologie, on observait une hyperleucocytose à 23.270 globules blancs/mm³ à prédominance polynucléaire neutrophile ; un trouble de la coagulation avec un taux de prothrombine très bas à 25%. Le traitement médical en urgence était identique à celui du premier patient.

La laparotomie réalisée 3 jours après son admission montrait une perforation gastrique de la face antérieure de l'antra. Le traitement était une toilette de la cavité abdominale, une ulcérectomie avec épiplooplastie et une mise à plat de la cellulite avec drainage.

L'analyse histologique de la pièce opératoire montrait un aspect histologique d'une berge de perforation d'ulcère gastrique sans signes de malignité ni

d'infection à *Helicobacter pylori*.

L'évolution était favorable chez les 2 patients. La sortie a été autorisée à j15 et j14 post opératoire respectivement pour le patient 1 et le patient 2. Nous avons noté une anémie compensée par une transfusion chez le patient 1 et une persistance du trouble de coagulation chez nos deux patients après l'intervention jusqu'à 1 mois. La durée totale du suivi était de 06 mois sans complications ultérieures.



Figure 1 : Photo montrant une cellulite maxillo-faciale droite incisée

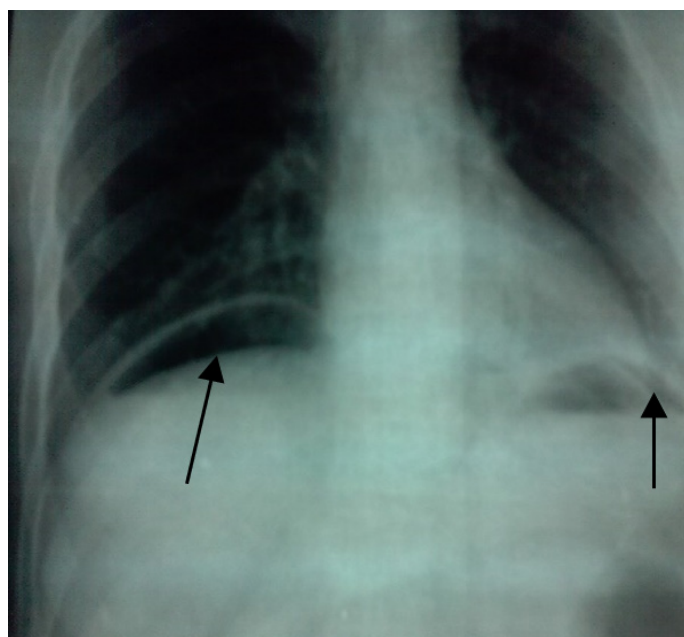


Figure 2 : Radiographie pulmonaire montrant une image de pneumopéritoine

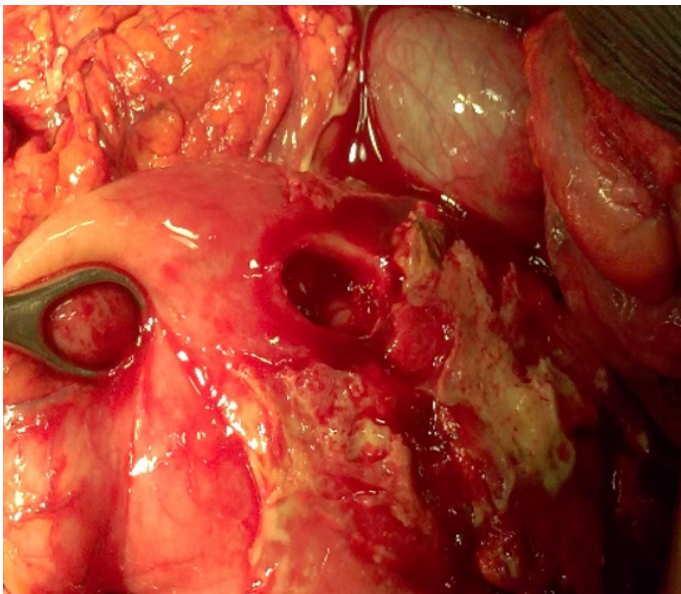


Figure 3 : Image per opératoire montrant la perforation gastrique antrale

Discussion

La survenue d'une péritonite par perforation d'ulcère gastrique et d'une cellulite maxillo-faciale induite par les AINS n'avait jamais été rapportée dans notre pratique. La littérature reste muette sur ce sujet. Des études formelles de cause à effet n'existent pas. Cependant de nombreuses publications témoignent des cas de perforation gastrique ou de cellulite maxillo-faciale induites par les AINS comme dans nos deux cas [3, 4,7, 10]. Ohene-Yeboah et al. [4] au Ghana dans une étude de 332 cas de péritonites par perforation d'ulcère gastroduodéal, retrouvaient 45% en rapport avec une prise des AINS. Traoré et al. au Burkina Faso [3], dans une étude de 40 cas de perforation gastrique retrouvaient 25% en rapport avec une prise d'AINS. Slimani et al. au Maroc ont [6] publié un cas grave de cellulite jugale chez une fille de 18 ans après une prise d'AINS.

Le rôle des AINS dans la perforation gastrique ou la cellulite maxillo-faciale est connu [5,6]. Selon la littérature, il agirait par une inhibition de la synthèse des prostaglandines qui jouent un rôle important dans la protection de la muqueuse gastrique contre l'agression acide, et un rôle dans la défense de l'organisme contre l'infection en déclenchant les

phénomènes inflammatoires [5,9,7]. Dans la cellulite maxillo-faciale, les AINS agiraient en inhibant les phénomènes inflammatoires liés à l'infection masquant ainsi les signes cliniques (douleur, température, inflammation). Les AINS pourraient diminuer le chimiotactisme et l'action bactéricide des polynucléaires neutrophiles et autres macrophages, ce qui favorisait la prolifération microbienne [5,9,10]. Ce sont deux affections graves qui mettent en jeu le pronostic vital [3,8]. Leur survenue concomitante aggrave le pronostic. Chez nos patients, nous avons retrouvé une septicémie sévère avec une fièvre autour de 40°C et une hyperleucocytose à 18600 et 23270 globules blancs. Ils étaient dans un état de choc hypovolémique. Nous avons noté un trouble majeur de la coagulation avec un taux de prothrombine très bas 38,3% et 25%. Ces taux persistaient malgré le traitement hémostatique. Cela a eu pour conséquence un retard dans la prise en charge chirurgicale. Tous ces signes (infection, choc hypovolémique, trouble de la coagulation) traduisaient la gravité de cette association induite par les AINS chez nos deux patients.

Conclusion

Notre étude montrait que les AINS prise par prescription ou par automédication dans les douleurs dentaires sont pourvoyeuses de complications dont la perforation d'ulcère gastrique ou la cellulite maxillo-faciale pouvant être graves et associées. La prescription d'AINS doit être prudente. La prise en charge de cette association induite, doit être multidisciplinaire impliquant la réanimation, la chirurgie digestive et la stomatologie.

*Correspondance

ANOH N'djetché Alexandre .

anoh.alexandre@yahoo.fr

Disponible en ligne : 10 Juillet 2024

- 1 : Service de chirurgie digestive et proctologique
CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)
- 2 : Service des urgences chirurgicales CHU de
Treichville (Côte d'Ivoire)
- 3 : Service de Stomatologie CHU de Treichville
(Côte d'Ivoire)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cardiot G: quelle est la prise en charge thérapeutique de la maladie ulcéreuse gastroduodénale non compliquée et compliquée ? Conférence de consensus *Helicobacter pylori* : révision 1999. *Gastroentérol clin Biol* 1999;23:34-37.
- [2] Kouadio KG, Kouadio LN, Turquin TH : résultats du traitement par suture simple de l'ulcère gastroduodéal perforé en Côte d'Ivoire. *Rev Int Sc Méd* 2005;7:186-190.
- [3] Traore SS, Sanou J, Bonkougou G, Kirakoya B, Zida M, Bandre E, Sanou A : Les perforations des ulcères gastro-duodénaux au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Rev. CAMES - Série A*, 1999;01:39-42.
- [4] Ohene-Yeboah M, Bennet Togbe : Perforated gastric and duodéal ulcers in an urban african population. In *WAJM* July-septembre 2006;25(3):205-211.
- [5] Agence Nationale de Sécurité du médicament et des Produits de Santé : Rappel de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). *ANSM - JUILLET* 2013.
- [6] Slimani MD, Moukram MD, Chekkoury A, Idrissi MD : Cellulite nécrosante jugale d'origine dentaire : Rôle des anti-inflammatoires. *Research fr* 2014;1:607.
- [7] Gadegbeku SA, Ouattara B, Konsem T, Bandama

KJ, Aka GF, Angoh JJY, Harding MB, et al : Rôle des AINS dans les cellulites maxillo-faciales. *Revue Africaine de Chirurgie* 2000;4(2):8-12.

- [8] Gadegbeku SA, Crezoit GE, Aka GF, Ouattara B: Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu africain. *Revue du COSA-CMF* 1995;2(2):8-11.
- [9] Société Francophone de Médecine buccale et Chirurgie Buccale : Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. *Médecine buccale chirurgie buccale* 2008;14(3):129-159.
- [10] Robin A, Mery G, George J, Maalouf T, Angioi K. Facial necrotizing fasciitis after mild trauma of the eyelid: role of nonsteroidal anti-inflammatory treatment. *J Fr Ophtalmol*. 2010;33(8):568-72.

Pour citer cet article :

NA Anoh, NL Kouadio, C Assouan, M Goho, KIP Konan, V Diomandé et al. Perforation d'ulcère gastrique et cellulite maxillo-faciale induite par les anti-inflammatoires non stéroïdiens à propos de 2 cas au chu de Treichville (Abidjan). *Jaccr Africa* 2024; 8(3): 27-31