

# INDICATIONS ET RÉSULTATS

## du test au Primperan en pathologie digestive

### à Madagascar

( A propos de 73 observations )

J. P. PEYRON, Cl. LAMY, V. CLAPIER

#### I. — INTRODUCTION

On parle beaucoup, actuellement du test au Primperan à propos des examens radiologiques de l'appareil digestif. Le but de cet exposé est de préciser ce qu'est ce test au Primperan, et ce qu'on peut en attendre.

#### II. — GÉNÉRALITÉS

##### 1) — *Les impératifs de l'examen du tube digestif.*

Nous savons comment on objective le tube digestif en faisant absorber au malade des sels barytés opaques aux rayons X en quantité et de consistance variable, selon le segment qui doit être examiné.

a) — **Au niveau de l'estomac**, on étudie les faces et les courbures pour y rechercher soit une image d'additions, soit un trouble de la kinésie et en particulier une zone de rigidité.

b) — **Au niveau du bulbe duodénal**, on s'attache à obtenir successivement une image en réplétion et une image en évacuation de façon à apprécier la morphologie de cet organe.

c) — **Au niveau du cadre duodénal**, on obtient habituellement une image en évacuation permettant d'étudier les plis, mais il peut être intéressant, dans certains cas, d'avoir également une image en réplétion, encore appelée duodéno-graphie.

d) — **Au niveau du grêle**, l'examen radiologique pourra donner des indications intéressantes sur la durée du transit, et surtout permettre une étude morphologique et topographique de toutes les anses intestinales, l'une après l'autre.

##### 2) — *Les difficultés rencontrées.*

Le plus souvent, l'examen radiologique fournit sans difficultés les renseignements qu'on lui demande; dans un certain nombre de cas cependant, on hésite devant un autre gastrique spasmodé, étroit, à contours crénelés; devant un bulbe irrégulier toujours en évacuation, ou au contraire toujours trop bien rempli.

— Il faut pourtant trancher entre une réaction antrale ou une duodénite banales et une lésion ulcéreuse ou même cancéreuse, à son début, car la sanction

thérapeutique sera bien différente, allant du simple déparasitage associé à quelques topiques intestinaux, jusqu'au traitement médical au long cours de la maladie ulcéreuse, ou même l'intervention chirurgicale.

Certes, on peut multiplier les clichés, les incidences, vider un bulbe trop plein pour une compression dosée, faire « sortir » une niche bénigne de la petite courbure gastrique. Trop souvent ces artifices sont en défaut, surtout devant des bulbes que nous appelons intolérants, devant des courbures gastriques un peu raides, devant des régions antrales anarchiques. Il faut alors avoir recours à un **modificateur du comportement**.

Depuis longtemps, on utilise l'action vagolytique du chlorhydrate de morphine, à la dose d'un centigramme, en injection sous cutanée 10 minutes avant le début de l'examen (épreuve de Porcher).

La morphine possède une action fidèle et efficace provoquant une hypertonie et une hyperkinésie gastriques, et, au contraire, une atonie et une stase bulbaire.

Ce médicament serait le modificateur du comportement idéal s'il était dépourvu d'effets secondaires indésirables, or, il est souvent mal toléré pendant quelques heures, ce qui est peu souhaitable pour des malades externes devant rentrer chez eux par leurs propres moyens, souvent au volant d'une automobile. Autre inconvénient : la morphine ne peut être utilisée de façon efficace en cours d'examen, de sorte que la découverte d'un bulbe ou d'une petite courbure suspects oblige à reprendre le T.G.D quelques jours plus tard.

Enfin, la morphine est inscrite au tableau B, ce qui pose parfois des problèmes de ravitaillement et de stockage.

Ces inconvénients nous ont conduits à utiliser le métoclopramide préconisé par MM. JUSTIN-BESANÇON, GRIVAUX et collaborateurs.

### III. — LE MÉTOCLOPRAMIDE

Le Métoclopramide, commercialisé sous le nom de Primperan, est un médicament qui agit directement sur le tronc cérébral, au niveau des centres de la motricité de l'appareil digestif ; ce n'est ni un vagolytique ni un anticholinergique, son action est directe, donc rapide, il est dépourvu de tout effet secondaire.

**Après injection intraveineuse**, il provoque :

- une hypotonie légère, sans hypokinésie de l'oesophage
- une hyperkinésie de l'antra prépylorique avec béance du pylore
- une hypotonie du duodenum avec aspect « joufflu » du bulbe
- une accélération du transit du grêle qui s'effectue en 1 h. 30 environ.

**Après absorption par voie orale**, les effets sont identiques, quoique un peu moins rapides, que ceux observés après injection parentérale.

### IV. — TECHNIQUE D'EMPLOI

1) — **La voie intraveineuse** : C'est celle décrite par M. JUSTIN-BESANÇON.

L'examen est d'abord conduit de la façon habituelle ; s'il montre un bulbe ou une petite courbure horizontale suspects, on injecte par voie intraveineuse entre deux séries de cliché 10 mg du métoclopramide et on poursuit l'examen radiologique jusqu'à la 8<sup>e</sup> minute.

2) — **La voie orale** : Elle a été peu utilisée jusqu'à maintenant. Nous l'avons particulièrement employée à l'hôpital Girard et Robic en raison de sa facilité d'administration pour les cas où une intraveineuse n'a pu être faite en cours d'examen : malades à veines difficiles à ponctionner (enfants en particulier),

sujets pusillanimes, cas douteux reconnus seulement lors de l'interprétation des clichés, etc..

Le malade est convoqué quelques jours après le premier examen, il absorbe 2 cuillerées à soupe de soluté buvable de métoclopramide, soit 30 mg pour un adulte, puis 8 à 10 minutes après, on fait ingérer la bouillie barytée; des clichés centres sur la région antro-bulbaire sont pris jusqu'à la 20<sup>e</sup> minute.

3) — **Le transit du grêle** : Le malade absorbe une petite quantité de bouillie barytée épaisse, 2 cuillerées à café (technique de CHERIGIE); 10 minutes plus tard, on administre 3 cuillerées à soupe, soit 45 mg de soluté de Métoclopramide (que l'on peut d'ailleurs remplacer par une injection intraveineuse de 10 mg de ce médicament). On prend les clichés à la demande jusqu'à ce que la baryte atteigne le bas-fond coecal, soit en moyenne 1 h. 30 ou 2 h. Souvent l'effet du Métoclopramide semble s'épuiser à l'arrivée du produit opaque dans l'iléon, nous avons alors essayé de relancer son action en redonnant une cuillerée à soupe de ce produit.

## V. — LES RÉSULTATS

### 1) — *Le transit gastro-duodénal.*

#### a) — **La voie intraveineuse**

Notre étude porte sur 36 observations, en fait, 2 d'entre elles concernent des estomacs normaux et ont été faites à titre expérimental pour tester la méthode et repérer les temps optima pour la prise des clichés.

Il nous reste donc 34 malades : dans la moitié des cas, l'épreuve au Métoclopramide a été pratiquée pour obtenir la réplétion d'un bulbe suspect et intolérant : chez 10 autres malades, c'est un doute sur l'intégrité de la petite courbure horizontale qui a motivé cette épreuve; enfin les 7 derniers cas visaient à étudier le cadre duodénal ou le pylore ou encore à vider rapidement l'estomac afin d'obtenir des images en « couche mince ».

Au niveau du bulbe, dans absolument tous les cas suspects, nous avons obtenu une atonie et une dilatation remarquable, avec des images voisines et parfois supérieures à celles qu'aurait donné l'épreuve à la morphine.

Au niveau de l'antra, nous certes, toujours obtenu une bonne réplétion, mais les contractions n'ont pas été satisfaisantes dans 2 cas sur 10 de sorte qu'on peut affirmer que, sur l'antra, l'effet hypercinétique existe mais est peu marqué.

L'injection massive du duodénum a toujours été obtenue, ainsi que nous avons pu le constater en scopie, mais elle a été fugace, et il a été souvent difficile d'obtenir sur un cliché une duodénographie valable.

La tolérance du médicament a toujours été parfaite, sauf dans un seul cas, où l'on a injecté au malade 2 ampoules de 10 mg; les malaises ressentis (vertiges, sudations, état lipothymique) ont d'ailleurs disparu spontanément au bout de quelques minutes de repos.

#### b) — **La voie orale**

Elle a été utilisée dans 32 cas :

19 de ces examens ont été faits pour étudier le bulbe

10 pour la petite courbure gastrique

les 3 derniers pour le pylore ou le duodénum post-bulbaire.

Les résultats obtenus sont rigoureusement identiques à ceux que nous avons décrits après injections intraveineuse, compte tenu de la différence d'horaire de prise des clichés.

Dans toutes les observations, l'action sur le bulbe a été constante.

Au niveau de l'antré, cette action a été médiocre dans 3 cas sur 10.

L'injection du duodénum a été, ici également, difficile à objectiver sur la plupart des clichés.

## 2) — *Le transit du grêle.*

Le Métoclopramide a été utilisé 5 fois (par voie intraveineuse, par voie orale) pour obtenir un transit accéléré du grêle. Ce chiffre est évidemment beaucoup trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions valables, mais les résultats obtenus ne sont pas moins très intéressants.

Sur le plan de la morphologie il semble que le Métoclopramide ne modifie pas les images obtenues : chez 4 malades, nous avons observé un aspect sensiblement normal, chez le 5<sup>e</sup>, la baryte s'est accumulée au cours de l'examen dans un magma d'anses situées au niveau de l'hypochondre gauche. Cette particularité a été confirmée quelques jours plus tard pour l'intervention chirurgicale qui a découvert, qu'il existait un processus malin infiltrant accolant plusieurs anses jéjunales.

Sur le plan pratique, il est bien évident que le Métoclopramide facilite considérablement l'examen morphologique du grêle ; le transit ne demandant qu'une heure trente ou deux heures, au lieu de 6 heures environ, l'examen peut être facilement terminé dans la matinée, évitant ainsi au malade des va-et-vient souvent pénibles ou désagréables.

## 3) — *Résultats globaux.*

Ainsi sur ces 73 dossiers qui à l'exception des 2 cas expérimentaux étaient, nous le répétons, douteux à l'examen standard, nous avons pu :

- affirmer 22 fois un diagnostic d'ulcus du bulbe
- éliminer dans 17 cas un diagnostic précédent, douteux ou erroné de lésions bulbaires
- découvrir au niveau de petite courbure gastrique 2 cannes à leur début et 5 ulcères
- reconnaître l'absence de toute lésion organique de cette même région dans 10 autres cas,
- mettre en évidence 2 sténoses pyloriques à leur début
- étudier dans les autres cas le cadre duodénal, les faces gastriques en couche mince ou la morphologie du grêle.

## VI. — CONCLUSIONS

Aux termes de cet exposé, voyons quel est le bilan de cette étude et de l'emploi du Métoclopramide comme modificateur de comportement en radio-diagnostic :

- quelle que soit la voie employée, le Métoclopramide est dans toutes nos observations, au moins aussi efficace que la morphine au niveau du bulbe et du pylore.
- Son action est moins prononcée au niveau de l'antré gastrique où l'hypercinésie est moins marquée mais dont on obtient toujours la réplétion (antrés intolérants sur le **standard**).

- L'injection massive du cadre duodénal est constante, ainsi que nous l'avons observé en scopie, mais sa fugacité ne nous a pas permis, le plus souvent de l'objectiver sur les clichés. Seul le radiocinéma, ou à la rigueur, l'utilisation d'un sélecteur permettant de passer très rapidement de scopie en graphie pourraient, croyons-nous en tirer partie.
- L'accélération du transit du grêle, qui permet de raccourcir considérablement la durée de l'examen sans modifier la morphologie, nous a paru également très intéressante.
- La tolérance du produit est remarquable et cette particularité le rend particulièrement facile à utiliser.

La voie intraveineuse a l'avantage de compléter de façon « ex temporanée » un examen douteux, sans obliger le malade à revenir quelques jours plus tard pour un complément d'examen.

La voie orale n'a pas ce privilège, mais elle est plus simple à utiliser chez les enfants, les malades aux veines difficiles à ponctionner ou qui appréhendent une injection intraveineuse.

Il nous a semblé que les indications du test au Métoclopramide étaient les suivantes :

- les antres mal injectés, à contours crénelés (où, systématiquement on ne peut pas faire une morphine)
- les bulbes toujours vides, scléreux ou ulcéreux
- l'étude du cadre, duodénal à condition de pouvoir disposer du radiocinéma ou d'un sélecteur, la mise en évidence de diverticules invisibles
- l'étude morphologique accélérée du transit du grêle.

Ainsi dans ces indications, le Métoclopramide nous a paru devoir prendre une place de choix parmi les modificateurs du comportement digestif.

## RÉSUMÉ

Etude d'un nouveau modificateur de comportement en radio-diagnostic digestif, le Métoclopramide ou Primperan. A propos de 73 observations d'examen radiologique, il est décrit une technique d'utilisation du « test au Primperan » pour le gastro-duodenum et pour le grêle.

La voie orale élégante, pratique et tout aussi efficace que la voie parentérale a particulièrement retenu l'attention.

Dans toute cette série le produit s'est révélé tout aussi efficace que la morphine pour le bulbe et le duodénum, que la prostigmine pour le grêle; sa bonne tolérance, sa constance et sa rapidité d'action ont été parfaites.

