UE 3 Hépato - Gastro

Pr Goujon

Mardi 23 octobre, 14h

Ronéotypeur : Yacine Touati (7)

Ronéolecteur : Yanis Touati (10)

**UE 3 Hépato - Gastro**

**Cours n°9 : Sémiologie : dysphagie, dyspepsie, nausées, vomissements**

**Plan du cours :**

**I ) Généralités**

**II) Maladie de l’œsophage**

1. Symptomatologie
2. La dysphagie
3. L’hernie hiatale
4. Les reflux gastro-oesophagiens

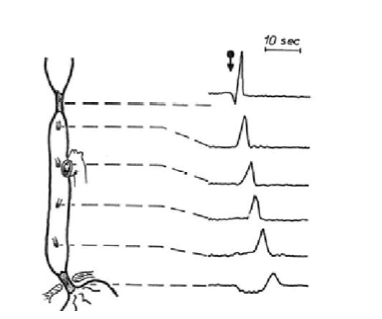
**III) Maladie gastro-duodénale**

1. Symptomatologie
2. Le syndrome ulcéreux
3. Le syndrome dyspeptique
4. La sténose pyloro-duodénale
5. Vomissements et syndromes occlusifs

**IV) Principales maladies gastro-duodénales**

1. Gastrite
2. Ulcère gastrique ou duodénale
3. Cancer de l’estomac
4. Syndrome de Zollinger Ellison
5. Les hémorragies digestives
6. **Généralités**

Tout d’abord l’aspect nutritionnel avec le poids du patient est très important. Dans certains cas comme par exemple la dysphagie on a certains patients qui n’arrivent plus à manger de façon normale par la bouche et donc qui perdent en 3 mois 10-15 Kg, parfois plus. Il est important d’évaluer le poids à 6 mois, le poids à 3 mois et le poids actuel lors d’une consultation. Cela permet d’obtenir la cinétique de la perte de poids entre le poids actuel et le poids ancien (cinétique évalué en pourcentage de perte de poids sur x mois). On utilise beaucoup en médecine et de façon générale l’indice de masse corporel (IMC) qui je vous le rappelle correspond à poids (en kg) / taille2 (en m2) (*mots exactes du prof qui nous prend vraiment pour des cons depuis 3 ans qu’on apprend cette formule :p*). On parle de **dénutrition quand cet IMC est inférieur à 18 Kg/m²**. Il faut extrêmement faire attention à bien différencier une anorexie d’une dysphagie. Une dysphagie correspond à une **sensation de gêne ou de blocage lors d’une déglutition** ainsi qu’une **perturbation du processus de déglutition** alors qu’une **anorexie est une perte d’appétit totale**. Il faut essayer de déterminer quels types d’aliments touchent cette anorexie, on sait notamment que dans les maladies cancéreuses les patients ont un dégout très prononcé de tout ce qui est viande.



Alors l’œsophage comment ça marche ? Au repos on observe aucune contraction, l’œsophage est fermé en haut et en bas par les sphincters. Lors de la déglutition, il y a un relâchement fugace du sphincter supérieur, propagation d’une onde péristaltique et relâchement du sphincter inférieur un peu avant l’arrivée de l’onde, puis contraction du sphincter inférieur pour empêcher le reflux.

1. **Maladie de l’œsophage**
2. Symptomatologie

A l’interrogatoire on va se demander quels sont les symptômes qui vont nous orienter vers une maladie de l’œsophage :

* La **régurgitation** est une remontée d’acides ou d’aliments **sans effort** et **sans nausées** préalables. Attention il ne faut surtout pas confondre une régurgitation avec un vomissement. Les vomissements sont **toujours** précédés de nausées au préalable et c’est un **effort de vomissement**. Les vomissements sont **très peu spécifiques** c'est-à-dire qu’on les retrouve dans de nombreuses maladies.
* Le mérycisme est plutôt observé chez les vaches car c’est un trouble des conduites alimentaires se caractérisant par des régurgitations et remastications des aliments (phénomène de rumination). 🡪 *le prof a précisé qu’on s’en foutait un peu*.
* **Le pyrosis est une brulure qui est traçante, ascendante, rétrosternale**.
* La **dysphagie** est une **impossibilité ou une sensation de gêne ou de blocage à la déglutition**. C’est différent d’une nausée ou d’une régurgitation. C’est un symptôme **très spécifique** !
* L’éructation c’est le fait d’avoir des rots.
* Les **brûlures épigastriques**, c’est un symptôme **pas très spécifique** (on le retrouve dans le reflux gastro-œsophagien ou dans les dyspepsies).
* Les hémorragies digestives extériorisées qui vont données des hématémèses (*cf définition plus loin*).
* Une anémie microcytaire qui en générale est par carence martiale. On peut la retrouver dans un cancer de l’estomac, une œsophagite…

Tous les symptômes cités doivent donc nous orienter vers une maladie de l’œsophage. On va avoir aussi des **symptômes extra-digestifs** :

* Une **douleur thoracique constrictive** qui peut être provoquée par des spasmes de l’œsophage (ce qu’on appelle des troubles moteurs).

* Une **toux chronique** (*la toussé :p*). Chez des patients qui n’ont pas de problèmes pulmonaires on va se rendre compte que cette toux se produit plutôt la nuit à cause de reflux.
* **Dyspnée asthmatiforme**.
* **Laryngites et pharyngites à répétitions** dues à des reflux gastro-œsophagiens.
* Enrouement, ce qui nous aide au diagnostic c’est que les symptômes sont post prandiaux et souvent nocturnes à cause de la position allongée.
* Symptômes posturaux

Ces **signes extra-digestifs** constituent les **formes atypiques** du reflux gastro-œsophagien. Soit on a une forme super typique avec brûlures épigastriques, pyrosis et remontées acides et la le diagnostic est pratiquement certains. Et parfois un pneumologue nous adresse un patient pour une toux chronique et donc on va devoir faire des examens complémentaires.

1. La dysphagie

La **dysphagie** c’est donc une **sensation de gène ou de blocage à la déglutition** des aliments (*s’il le dit pour la troisième fois je pense que ça veut dire que cette définition doit être sue sur le bout des doigts*). C’est différent de l’**anorexie** (**perte d’appétit**) malgré le fait qu’on puisse observer les deux par exemple dans le cancer de l’œsophage. La **dysphagie** est aussi différente de l’**odynophagie** (**douleur à la déglutition**) que l’on retrouve régulièrement dans l’œsophagite (inflammation de l’œsophage qui peut-être une complication du reflux gastro-œsophagien). Enfin il faut la distinguer de la striction cervicale qui est une maladie psychiatrique appelée aussi « globus hystericus » (*pas plus d’info désolé mais ce n’est pas un truc très important*).

Alors quand un patient présente une dysphagie il va être important d’évaluer le terrain avec l’**âge**, **l’éthylo-tabagisme chronique** (facteur de risque très important du carcinome épidermoïde de l’œsophage) et les **antécédents de reflux ou de prise de caustiques**. La deuxième chose importante va être de caractériser l’**électivité** de cette dysphagie c'est-à-dire si elle concerne plutôt les solides ou les liquides (par exemple la dysphagie organique est électives pour les solides, alors que les troubles moteurs de l’œsophage vont plutôt donner lieu à une dysphagie prépondérante pour les liquides). Ensuite l’**évolution** qui peut être **progressive** (le patient va bien puis 3 mois les aliments passent moins bien, puis encore 3 mois après ça passe encore moins bien) ou **capricieuse** (le patient va bien puis 1 semaine après plus rien ne passe puis une autre semaine après tout va bien ; cela évoque plutôt une maladie de l’œsophage). Ensuite on a le **mode d’apparition** qui peut être **brutal** (*BDS* :p) ou **progressif**. Ensuite on a les **symptômes associés** et notamment une **altération de l’état général** sachant que cette altération de l’état général s’observe plus souvent pour une dysphagie organique que dans un trouble moteur.

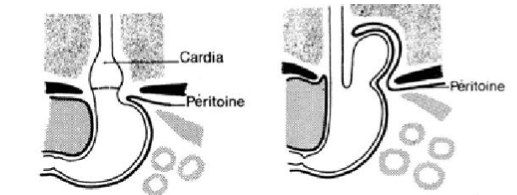
**La dysphagie organique** : On doit la différencier de ce qu’on appelle une **dysphagie fonctionnelle** (équivalent à trouble moteur). On a un **terrain évocateur** (alcoolo tabagisme +++), une **électivité pour les solides**, **une évolution qui est progressive** et très très régulièrement une **altération de l’état général**. Cela reflète une obstruction qui est organique, tumorale ou non. C’est très différent d’une dysphagie fonctionnelle où **l’électivité est sur les liquides** et où **l’évolution est capricieuse** et intermittente.

Ce qui est important c’est que dans tous les cas de dysphagie, il faut réaliser une **endoscopie digestive haute avec biopsies** d’une zone obstructive ou d’un œsophage normal. Cela doit être systématique dans notre future démarche médicale 🡪 **Dysphagie = endoscopie digestive haute avec biopsies** d’une zone obstructive ou d’un œsophage normal !

Si il n’y a pas de soucis et que l’endoscopie ne révèle rien d’anormal on va se demander si on a pas une anomalie du tuyau (*that’s what he said :p*). A ce moment là on va réaliser une **manométrie œsophagienne** qui est vraiment un examen de référence pour diagnostiquer et caractériser les **troubles moteurs de l’œsophage** (qui peuvent être primitifs ou secondaires). On réalise cette manométrie au repos et lors de phases de déglutition. On regarde si il n’y a pas d’anomalie au niveau des sphincters (il y a des sphincters qui sont hypertoniques, malgré la déglutition ils n’arrivent pas à se relâcher) et plus particulièrement au niveau du sphincter inférieur, et on recherche une anomalie du péristaltisme (parfois l’œsophage n’arrive pas à transmettre ses ondes péristaltiques).

Si on a des symptômes atypiques pouvant évoquer un reflux gastro-œsophagien lorsque l’endoscopie n’est pas contributive dans ce cas on réalise une **pH-métrie** et donc on va mesurer le pH au niveau de l’œsophage. On pose une électrode 5cm au dessus du sphincter inférieur de l’œsophage, le pH normal de l’œsophage doit être inférieur à 4 moins de 5% du temps sur 24h, c’est pour cela qu’une pH-métrie est réalisée sur 24h. Si ce n’est pas le cas, c’est justement qu’on a un reflux gastro-œsophagien, et ce qu’on essaie de voir avec le patient c’est les moments où il a l’impression d’être gêné.

1. L’hernie hiatale



Ici représentées 2 hernies hiatales. Il y a 2 types de hernies hiatales :

* L’hernie hiatale par glissement (à gauche) dans laquelle on observe le cardia qui remonte au dessus des limites du diaphragme, ce qui favorise les reflux.
* L’hernie hiatale par roulement (à droite) **assez rare** dans laquelle on a un petit morceau d’estomac issu de la grosse tubérosité qui va remonter toute seule (*That’s what he said bis*) au niveau des limites du diaphragme.

***Retenez juste qu’il existe 2 types de hernies hiatales et que la plus fréquente est celle par glissement.***

1. Les reflux gastro-oesophagiens

**Les signes typiques** sont le **pyrosis** et les **régurgitations acides** ainsi que le **caractère postural** (patient qui fait ses lacets par ex) et/ou post prandial.

**Les signes atypiques** sont la **dyspnée asthmatiforme**, la **toux chronique**, laryngite/pharyngite à répétition et **douleurs thoraciques**.

Donc la conduite à tenir (*à retenir +++*) :

* + Si patient < 50 ans, signes typiques, pas de signes d’alarmes (donc pas de dysphagie, pas d’altération de l’état général, pas d’anémie) : **PAS D’ENDOSCOPIE !!!**
  + Si patient > 50 ans, on va faire une endoscopie pour se rassurer.
  + Si signes atypiques : **ENDOSCOPIE SYSTEMATIQUE !!!** 🡪 Si cette endoscopie ne révèle pas d’inflammation de l’œsophage et donc pas d’œsophagite, on réalise une pH-métrie.

Ces reflux gastro-œsophagiens peuvent présenter des complications :

L’œsophagite est la complication la plus fréquente. C’est une altération de l’épithélium de l’œsophage secondaire aux remontées d’acide. Elle peut être très sévère et faire une destruction assez importante de la muqueuse, en plus en cicatrisant on peut avoir un rétrécissement de l’œsophage ce qui va donner une sténose peptique.

On peut aussi avoir un endobrachyoesophage, c’est une métaplasie gastrique du bas de l’œsophage en réponse aux fréquentes remontées acides. Le problème c’est qu’au bout d’un moment une dysplasie peut naître sur cette métaplasie gastrique, la dysplasie étant un état pré-cancéreux. On note aussi dans les complications un éventuel adénocarcinome, l’anneau fibreux de Schatzky est plus rare. Pour l’anneau de Schatzky en fait il y a certains patients qui au lieu de faire un endobrachyoesophage vont faire un petit anneau blanchâtre, fibreux qui va se positionner en bas de l’œsophage et cet anneau peut être responsable d’une dysphagie car il peut faire une « mini sténose ». En général cela ne pose pas de problème particulier car quand on va passer avec le fibroscope on va élargir cet anneau, et lorsque l’on va traiter les reflux avec des inhibiteurs de la pompes à protons cet anneau ne va plus se reconstituer.

1. **Maladie gastro-duodénale**
2. Symptomatologie :

Les symptômes orientant vers une **maladie gastro-duodénale** :

* La **douleur épigastrique**, il faut voir si c’est une crampe ou juste une brûlure succincte. Ce qui est très important à savoir c’est que ces douleurs ne sont **pas irradiantes.**
* L**’inconfort gastrique** ou une **sensation de plénitude**, ce qui est important de savoir c’est que c’est **post-prandial précoce** (juste après le repas). Ce sont des personnes qui vont présenter des dyspepsies (pas une maladie grave, juste une incommodité à la digestion).

* La **dysphagie** qui peut apparaitre si on a un obstacle logé dans le cardia, ainsi que des nausées et des vomissements.

* Les hémorragies (hématémèses, méléna), les anémies.
* Une **altération de l’état général**, avec notamment ce qu’on appelle l’adénopathie sus-claviculaire (**Troisier**). Un peu particulière car elle arrive au confluent de la lymphe du canal thoracique et donc ça draine tous les organes digestifs, ainsi si on est face à un cancer digestif ce sera un signe très révélateur vu que la tumeur sera drainé par le canal thoracique. (*je sais pas si c’est très clair mais le prof n’a pas été plus explicite que ça*).

1. Le syndrome ulcéreux :

Il se caractérise par une **douleur épigastrique**, **non irradiante,** à type de **crampe**. Elle peut être nocturne, **survient généralement en dehors des repas et cette douleur est calmée par l’alimentation et les anti-acides** (c’est un signe très caractéristique). Cette douleur évolue par périodes de durée et de fréquence variables dans l’année, entrecoupées de rémissions complètes. Tout syndrome ulcéreux impose la réalisation d’une **endoscopie digestive haute**. Le diagnostic d’ulcère se fait grâce à la fibroscopie.

**Ce qui est important à retenir c’est qu’au niveau du duodénum et du bulbe, un ulcère ne donnera jamais de cancer**. Alors qu’un ulcère suspect de l’estomac doit être biopsé car on a 10 à 15% des ulcères de l’estomac qui sont en réalité des cancers (on les appelle cancer ulcériforme)

1. Le syndrome dyspepsique :

La **dyspepsie** est une **sensation d’inconfort** **parfois douloureuse** (correspond plus généralement aux troubles de l’estomac). On peut avoir des brûlures épigastriques un peu comme on voit dans le reflux gastro-œsophagien. On peut parfois faire une fibroscopie mais cette fibroscopie est loin d’être indispensable si on a pas recueillit des éléments de gravité. Ce qui est caractéristiques c’est que c’est souvent **post prandial précoce** (juste après le repas). Pour parler de syndrome dyspeptique il faut au moins que les symptômes soient installés **depuis 4 semaines**. Ces symptômes peuvent être **intermittents ou permanents** et sont surtout **polymorphes** (Pesanteur ou ballonnement épigastrique, impression de plénitude gastrique, sensation de digestion prolongée, nausées). Le syndrome dyspepsique **n’impose pas forcément l’endoscopie digestive haute** chez le sujet de moins de 50 ans, sans antécédents personnels ou familiaux associés et sans autres symptômes associés. Evidemment s’il y a des signes atypiques on réalisera l’endoscopie.

1. Sténose pyloro-duodénale :

Elle est caractérisée par des **vomissements** quasiment **exclusivement alimentaires**, à répétition, souvent en jets (quantités importantes). Ces vomissements ne sont **jamais** **biliaires**, ils sont **post-prandiaux tardifs** (c'est-à-dire qu’ils surviennent 2h après le repas) voir très tardifs (3h après le repas). C’est assez logique qu’on ne trouve pas de bile dans les vomissements car la sténose étant au niveau du pylore, la bile ne peut pas remontée dans l’estomac. Ces patients peuvent se mettre en alcalose métabolique car comme ils vomissent de l’acide chlorhydrique, les bicarbonates vont prendre le pas sur l’acide chlorhydrique. Le contexte peut être pédiatrique avec des enfants qui vont faire une hypertrophie du pylore, cela doit se traiter chirurgicalement. Si on a une vraie altération de l’état général il faut se méfier d’une tumeur de l’estomac, en effet elle n’a pas besoin d’être très grosse pour bloquer le pylore. On peut aussi avoir un ulcère qui est à coté du pylore.

1. Vomissements et syndromes occlusifs :

Quand on a un syndrome occlusif, ce n’est pas des vomissements alimentaires c’est plutôt soit des vomissements de **bile**  (jaune, vert) soit des vomissements **fécaloïdes** (noirâtre). On observe un **arrêt des matières et des gaz** (+++). Pour le contexte on regarde si le patient a des antécédents d’opération de l’abdomen, ou alors s’il présente une altération de l’état général ou des rectorragies qui seraient des arguments en faveur d’une tumeur colique.

1. **Les principales maladies gastro-duodénales :**
2. Gastrite :

Ce n’est pas un syndrome en tant que tel. Elle se caractérise par des lésions histologiques.

La gastrite aigue peut être causée par une primo infection à l’hélicobacter pylori, la prise d’AINS (anti inflammatoire non stéroïdiens), la prise de caustiques, une défaillance multi viscérale et la prise d’alcool.

La gastrite chronique est une lésion inflammatoire et atrophique plus ou moins étendue. Elle peut aboutir à une atrophie gastrique et plutôt causée par l’hélicobacter pylori, la maladie de biermer, l’aspirine ou le reflux biliaire. Elle peut donner des symptômes assez variables.

1. Ulcère gastrique ou duodénal :

En macroscopie (c'est-à-dire ce que l’on voit directement sur l’écran pendant la fibroscopie) on observe une **perte de substance muqueuse** et **une mise à nu de la musculaire muqueuse**. Ce qu’il faut savoir sur la différence entre l’ulcère gastrique ou duodénal c’est que l’hélicobacter pylori est présent dans **95% des ulcères duodénaux** et dans **80°% des ulcères gastriques.** ***L’ulcère gastrique est moins fréquent que l’ulcère duodénal*** (1 ulcère gastrique pour 4 ulcères duodénaux). Il faut noter l’incidence de l’âge, du tabac, des AINS et de l’aspirine, c'est-à-dire que plus on consomme du tabac par exemple plus on a un risque de faire un ulcère, plus on prend des AINS ect…

Ces ulcères peuvent donner lieu à des complications telles que des anémies ferriprives (anémie par carence martiale), notamment les ulcères duodénaux où on peut avoir une perforation de l’ulcère et cette perforation va être responsable de ce qu’on appelle une péritonite aseptique. On peut aussi avoir des hémorragies digestives extériorisées, il y en a une qu’il faut connaitre particulièrement c’est **l’ulcère de la face postérieur du bulbe** par atteinte de l’artère gastro duodénale (le prof précise que c’est une hémorragie vraiment impressionnante en jet, *le sang sort :p*). Une autre complication c’est la sténose, où l’on a un cancer qui est juxta pylorique soit au niveau de l’antre soit au niveau du bulbe. Et le cancer pour l’ulcère uniquement car je vous rappelle qu’on n’a jamais de cancer pour l’ulcère duodénal.

1. Cancer de l’estomac :

A l’endoscopie on observe que 10 à 15% des formes sont bourgeonnantes ou ulcériforme, ceci est extrêmement piégeur et donc on doit toujours refaire une endoscopie pour vérifier la cicatrisation d’un ulcère gastrique. Si un ulcère gastrique ne cicatrise pas malgré un traitement médical bien conduit c’est un cancer jusqu’à preuve du contraire (en général ce sont des hommes d’environ 70 ans). Ce qu’il faut rechercher, c’est plutôt une altération de l’état général, avec perte de poids, le Troisier, une hépatomégalie tumorale, une anémie et une thrombose veineuse profonde (on cherche donc des signes de phlébites, le signe de Homans…).

1. Syndrome de Zollinger Ellison :

C’est une hypersécrétion tumorale de gastrine (la gastrine stimule la sécrétion d’acide et donc une hypersécrétion de gastrine provoque une hypersécrétion d’acide *CQFD :p*). Il faut évoquer ce syndrome quand on a des ulcères duodénaux qui sont multiples et de sièges inhabituels avec certaines complications à type de perforations. On observe des diarrhées très importantes car il y a production de 5 litres de sucs gastriques par jours au lieu de 1-2, ces diarrhées pouvant conduire à une déshydratation et une hypokaliémie. Pour le diagnostic on va donc étudier la sécrétion gastrique acide et la gastrinémie basale. On va aussi injecter une hormone appelée la sécrétine (hormone qui naturellement freine la sécrétion d’acide) sauf que comme ici on est en présence d’une tumeur et que donc c’est anarchique on va observer un taux de gastrine qui ne diminue pas et une sécrétion d’acide qui ne diminue pas voir qui augmente (*le prof dit que la tumeur, comprenant qu’on essaie de diminuer la sécrétion d’acide elle en rajoute une couche*). Et normalement on fait un scanner pour mettre en évidence la tumeur.

1. Les hémorragies digestives :

Alors tout d’abord du vocabulaire qu’il faut maitriser obligatoirement :

* **Hématémèse**: **vomissements** de sang rouge (à bien différencier de l’épistaxis qui correspond à des crachats de sang préalablement déglutis et à différencier de l’hémoptysie vu en pneumo correspondant à l’expectoration de sang provenant de l’arbre trachéo-bronchique).
* **Rectorragie**: issue de sang rouge par l’anus.
* **Méléna** : Issue de sang noir, digéré, nauséabond par l’anus. Saignement au delà de l’angle de Treiz.

Une fois qu’on a fait le diagnostic d’hémorragie digestive il va falloir évaluer la gravité initiale. Il faut regarder si le patient a ce qu’on appelle des **signes de choc**, c'est-à-dire des signes de défaillance multi viscérale tels qu’une hypotension, des marbrures, une confusion, une polypnéeect… Il faut aussi essayer d’évaluer, si on le peut, l’abondance de cette hémorragie car à l’interrogatoire les patients ont tendance à surévaluer la quantité de sang vomi. Une **NFS** doit être réalisé ainsi qu’un bilan pré-transfusionnel si les quantités de sang perdues sont très graves. Il faut savoir qui si un patient présente des réctorragies et des signes de choc le premier examen à effectuer est une endoscopie haute pour chercher un saignement massif du tube digestif haut.