

SÉMIOLOGIE EN GASTROENTÉROLOGIE

L'examen clé en gastroentérologie est la **fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD)**, qui se fait sous anesthésie locale/générale.

A. SÉMIOLOGIE OESOPHAGIENNE :

Il y a un important polymorphisme de l'expression clinique des maladies de l'appareil digestif, avec de nombreux signes cliniques, souvent communs à plusieurs affections. Les affections sont très nombreuses.

I. DYSPHAGIE :

Définition : sensation de gêne/obstacle à la progression du bol alimentaire, juste après son ingestion → difficulté à avaler.

- **Dysphagie oro-pharyngée** (pathologie haute)
- **Dysphagie oesophagienne** (pathologie purement oesophagienne).

Les dysphagies peuvent être **organiques = lésionnelles** (ex : cancer de l'oesophage) ; ou **fonctionnelles** (muqueuse d'aspect normal à l'endoscopie).

A distinguer de :

- **L'aphagie** = impossibilité à avaler = obstruction oesophagienne totale.
- **L'odynophagie** = douleur ressentie pendant la progression des aliments dans l'oesophage.
- **La phagophobie** = refus/peur d'avaler.
- **L'anorexie** = perte d'appétit.

1. L'interrogatoire :

Il permet de poser le diagnostic dans 80% des cas.

- **Antécédents** : ORL, digestif, éthylo-tabagisme (→ cancer de l'oesophage +++).
- **Localisation** rétrosternale de la gêne → siège de l'obstruction (en général).
- **Electivité** pour les solides ? Ou bien difficultés à avaler les liquides ? Dans les dysphagies causées par des obstacles, on ne peut tout d'abord avaler que des liquides, puis plus rien, au fur et à mesure de la croissance de l'obstacle ; alors que dans les dysphagies paradoxales (fonctionnelles) on peut avaler les solides mais pas les liquides.
- **Ancienneté et évolution** (une dysphagie très ancienne est en défaveur d'un cancer).
- **Symptômes associés** : amaigrissement, régurgitations, signes de RGO (pyrosis + régurgitations), fausses routes, douleurs thoraciques, signes ORL et/ou respiratoires.

2. L'examen clinique :

Assez peu contributif dans le cas des dysphagies.

On recherche systématiquement :

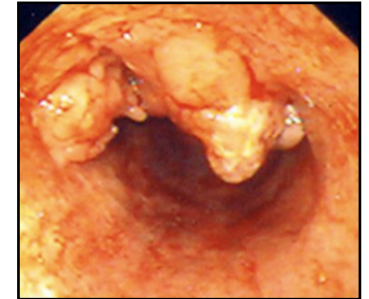
- Des **adénopathies cervicales** ou **sus-claviculaires gauche** = **ganglion de Troisier** : signe de métastases si elles sont dures et non douloureuses (douloureuses en cas d'infection).
- **Hépatomégalie** + signes de cirrhose.
- Des signes de paralysie bulbaire ou pseudo-bulbaire = **dysphonie, dysarthrie** (= difficulté à articuler) qui traduisent un envahissement cancéreux des **nerfs récurrents**.
- Examen systématique du cou, de la bouche et du pharynx.

3. Dysphagie oesophagienne : les examens complémentaires :

L'endoscopie ++++ : par **FOGD** : *examen maître*

On recherche :

- Un **cancer de l'oesophage** : cancer épidermoïde chez le fumeur, ou bien un cancer développé suite à un RGO, sur un endo-brachy oesophage.
Ci-contre : un cancer qui obture presque la moitié de l'oesophage.
- Une **oesophagite** (inflammation de l'oesophage due à un RGO, qui, si elle est sévère, peut être à l'origine d'une dysphagie), ou une **sténose**.
- Mais aussi une hernie hiatale (rarement à l'origine d'une dysphagie), un diverticule, un anneau de Schatzki (rétrécissement oesophagien), un corps étranger (coincé du fait d'une maladie motrice), une tumeur bénigne.



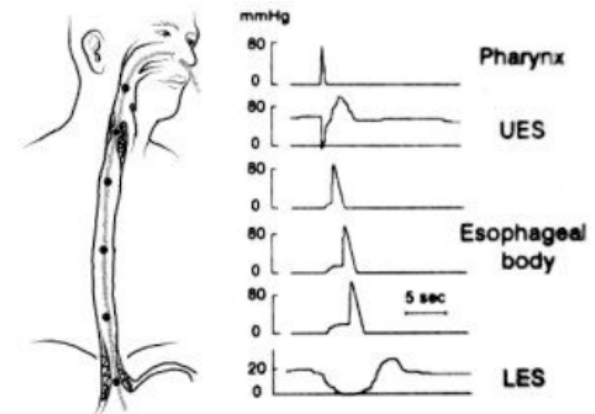
La manométrie oesophagienne : pour les dysphagies fonctionnelles

C'est une sonde en plastique remplie d'eau, que l'on va insérer dans un organe creux ; celui-ci va comprimer la

sonde et donc y créer une pression, qui sera retranscrite à l'écran. Ainsi on peut enregistrer la motricité sur la hauteur de l'oesophage.

Au niveau du **SSO**, à la déglutition, on observe un pic de pression puis un relâchement. Puis il y a propagation des ondes le long de l'oesophage et relaxation physiologique du **SIO** (il s'ouvre).

On va rechercher les **troubles moteurs oesophagiens +++**.



- Une **achalasie** = méga-oesophage idiopathique. Principale cause de dysphagie avec le cancer. L'oesophage est très dilaté, sa motricité est altérée, pas de relaxation du SIO, les ondes se propagent mal... Il y a un tracé caractéristique à la manométrie.
- La maladie des spasmes diffus.
- Des troubles moteurs secondaires à d'autres maladies (sclérodémie).

Transit Oeso Gastro Duodéal :

On le réalise pour le bilan pré-opératoire, il faut avaler du barite (radio-opaque) dont on observe la progression à la radio.

TDM thoracique :

Coupe de l'oesophage pour vérifier qu'une adénopathie ne le comprime pas.

Echo-endoscopie :

On peut évaluer l'épaisseur de la paroi oesophagienne et l'environnement de cet organe (pour éliminer une dysphagie liée à une affection de voisinage, de même que pour la TDM).

4. Dysphagie oro-pharyngée :

Elle se traduit par une impossibilité à initier la déglutition.

Signes associés fréquents : régurgitations nasales, toux, impaction alimentaire (colmatage par de la nourriture), infections pulmonaires à répétition (du fait des fausses routes).

Examens :

- **FOGD** : normale dans ce cas-là. C'est donc un mauvais examen pour évaluer la sphère ORL.
- Transit pharyngo-oesophagien = **TPO** : en faisant avaler du barite, on va pouvoir observer les mécanismes de la dysphagie pendant la déglutition.

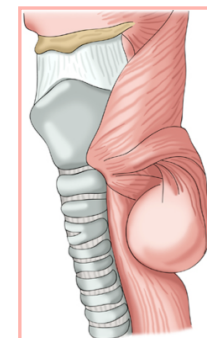
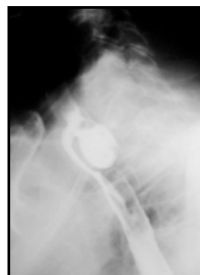
Principales causes / étiologies :

- > **Neuro-musculaires** :
 - > **AVC** : la principale complication de l'infarctus d'AVC est la dysphagie.
 - > **SLA** = Sclérose Latérale Amyotrophique (Maladie de Charcot) : neuropathie idiopathique où les neurones moteurs corticaux dégèrent.
 - > **SEP** = Sclérose en Plaque
 - > **Parkinson**
- > **Maladies musculaires** :
 - > Myasthénie = faiblesse et fatigabilité excessive des muscles.
 - > Myopathies
- > **Obstruction mécanique** :
 - > Tumeurs oro-pharyngées : ex : cancer lingual.

> **Diverticule de Zenker** : petite poche juste au-dessous du SSO qui provoque des difficultés à avaler, des régurgitations, une mauvaise haleine.

Traitements :

- Résection chirurgicale.
- Endoscopie de « haut vol », où on sectionne le diverticule presque comme en chirurgie (mais ici il ne disparaît pas tout à fait).



II. PYROSIS :

1. Présentation :

Définition : sensation de **brûlure rétro-sternale ascendante** ; elle débute dans la région rétro-xyphoïdienne et va vers le cou. C'est le symptôme caractéristique du RGO +++. **Ce symptôme est suffisant au diagnostic de RGO chez le jeune**.

C'est la conséquence du contact muqueuse / liquide de reflux gastrique.

Le **SIO** est supposé être la barrière anti-reflux, qui évite un pH trop bas dans l'oesophage. Le reflux a surtout lieu en PP (+ régurgitations acides dans la bouche) : l'alimentation provoque des ruptures physiologiques transitoires de la barrière anti-reflux. Il devient pathologique s'il est trop fréquent → apparition de symptômes.

Favorisé par les postures d'antéflexion et le décubitus.

Facteurs favorisants autres que la posture :

- ⇒ Repas copieux et arrosés
- ⇒ Facteurs provoquant une **hyperpression abdominale** : effort physique, vêtements serrés, toux, obésité.

2. Examens complémentaires :

Si on a les signes typiques, si le patient est jeune : pas d'exploration nécessaire. Les examens complémentaires se font si :

- Il a des signes d'alarme associés (hémorragies digestives, amaigrissement).
- L'âge est > à 50 ans (cancers possibles) et le RGO est chronique.
- Il y a une symptomatologie atypique.

III. OESOPHAGITE SÉVÈRE :

Si une oesophagite est sévère, on observe des lésions confluentes, circonférentielles et blanches ; elle pourra provoquer une dysphagie ou une odynophagie.

IV. DOULEURS THORACIQUES :

1. Odynophagie :

Définition : Douleur rétro-sternale déclenchée par la déglutition ; = dysphagie douloureuse.

Elle traduit l'existence de lésions inflammatoires et de pertes de substances +/- profondes de la muqueuse oesophagienne.

Interrogatoire +++ :

- Facteurs déclenchants
- Ingestion de caustiques (bases fortes → ulcères profonds de la muqueuse irréversibles) / médicaments

L'**endoscopie haute** est systématique : cartographie + évolution des lésions.

2. Douleurs thoraciques pseudo-angineuses :

Définition : sensation de compression / constriction dans la région rétrosternale, irradiant parfois vers le cou, le dos, la mandibule, les épaules.

Il faut toujours éliminer les causes cardiaques en 1er !!! → bilan cardio.

Durée : quelques minutes à plusieurs heures.

Déclenchement : effort ou émotions.

Associées à d'autres symptômes oesophagiens (pyrosis, régurgitations...).

B. SÉMIOLOGIE GASTRIQUE :

I. EPIGASTRALGIES :

Définition : douleurs se projetant au niveau de l'épigastre.

Origines nombreuses, digestives ou non. Il faut différencier les épigastralgies urgentes, des épigastralgies récidivantes (chroniques).

1. L'interrogatoire : précis et minutieux !!!

- **Localisation précise de la douleur + irradiations :**
 - vers l'arrière → **pancréas**
 - sur le côté → **voies biliaires** (coliques hépatiques)
- Mode de début, évolution
- **Type et intensité** de la douleur + relation avec les repas
- Facteurs déclenchant / soulageant la douleur.
- Signes digestifs associés / généraux.
- **Antécédents** personnels et familiaux.
- Prise de médicaments, tabagisme, alcool.

2. L'examen clinique : rigoureux !!!

L'inspection : mouvements respiratoires de l'abdomen, augmentation de volume, voussure anormale, recherche d'une CVC (circulation veineuse collatérale).

La palpation : reproduction de la douleur ; recherche d'une défense / contracture / masse ; recherche d'une hépato ou splénomégalie ; état des orifices herniaires.

La percussion : matité / tympanisme

L'auscultation : bruits hydro-aériques.

Touchers pelviens.

3. Epigastralgies aiguës :

Signes cliniques	Diagnostic évoqué	Examens utiles au diagnostic
Douleur intense, parfois syncopale, précédée de douleurs ulcéreuses. Contracture abdominale, douleur au TR → contexte d'urgence	Ulcère perforé	ASP (debout de face) : on voit le croissant gazeux (perforation) et donc de l'air dans le péritoine
2 causes : • l'alcool (fortes doses) • les calculs biliaires (lithiase), se bloquent dans le canal cholédoque et bouchent le canal pancréatique. Douleur transfixiante irradiant dans le dos, en coup de poignard.	Pancréatite aiguë <i>Inflammation aiguë du pancréas</i>	Hyperamylasémie lors de la prise de sang (augmentation de l'amylase et la lipase x5 = pancréatite) Echo abdo / TDM (pas d'ASP)
Douleur, vomissements, amaigrissement, arrêt des gaz et des selles.	Occlusion intestinale aiguë	ASP → observation des niveaux hydroaériques
Contexte terrain vasculaire (tabac, artériosclérose). Douleur abdominale diffuse (angor du TD). Signes de choc.	Infarctus mésentérique <i>Ischémie du tube digestif</i>	TDM abdominale, acidose
Douleur de l'hypochondre droit, progressive. Irradiation en hémi-ceinture et/ou vers l'épaule droite (en bretelle), <u>caractéristique des douleurs biliaires</u> . Signe de Murphy. Absence de fièvre.	Colique hépatique <i>Douleur sur le calcul = lithiase biliaire</i>	Echographie Bilan biologique NORMAL
Même douleur que la colique hépatique. Défense épigastrique ou de l'hypochondre droit + Fièvre → DOULEUR + FIEVRE	Cholecystite <i>Infection et inflammation de la vésicule biliaire sur le calcul</i>	Echo abdominale Bio : hyperleucocytose, pas ou peu de perturbation du bilan hépatique
→ DOULEUR + FIEVRE + ICTERE	Angiocholite <i>Calcul bloquant la voie biliaire principale → dilatation + douleur, ou une pancréatite.</i>	Echographie Bio : hyperleucocytose cytolyse et cholestase
Antécédents cardiaques. Douleur épigastrique isolée ou irradiant vers le thorax, possibles vomissements	Infarctus du myocarde	ECG Biologie : Enzymes cardiaques

4. Epigastralgies chroniques :

① **Eosophage** : RGO chez le jeune dans 80 % des cas

Les irradiations avec localisations uniquement épigastriques ne sont pas rares.
Eléments évocateurs : caractère postural, signes associés à un RGO : toux nocturnes, régurgitations, signes ORL.

② **Estomac / Duodénum** :

Douleurs rythmées, en rapport avec l'alimentation.
Signes associés : nausées, vomissements.
Prise de médicaments gastro-toxiques.

③ **Voies biliaires** :

Recherche d'irradiations évocatrices + **ictère** !!!!

④ **Pancréas** :

Douleur intense à irradiation postérieure.

Circonstances de survenue classiques : chez le jeune : consommation OH chronique ; chez le vieux : association à une AEG = Altération de l'Etat Général, ictère.

⑤ **Foie** :

Douleur généralement modérée +/- nausées, anorexie.
Rechercher une hépatomégalie, un ictère.

⑥ **Intestin grêle** :

On l'évoque souvent après avoir éliminé les autres étiologies.

Syndrome de Koëning : **épisodes sub-occlusifs cédant spontanément au bout de quelques h, avec sensation de levée d'obstacle.** On l'observe en cas de pathologies créant des obstacles dans le TD (surtout l'IG) : ex : maladie de Khron (responsables d'ulcérations de l'IG, qui peuvent sténoser le TD et y donner un obstacle. Quand le patient s'alimente, le péristaltisme de l'IG mobilisera l'obstacle : ce n'est donc pas une occlusion, qui elle serait permanente). Rare dans le colon, qui est plus gros. Ce syndrome réalise la symptomatologie la plus typique.

⑦ **Colon** :

Siège + circonstances de survenue de la douleur très variables (possible au niveau de l'épigastre, où passe le colon transverse).
Modification de la douleur avec l'évacuation des gaz et/ou selles ++
Association de la douleur à des troubles du transit.

II. LA PATHOLOGIE ULCÉREUSE :

Définition : maladie gastro-duodénale chronique caractérisée par un cratère ulcéreux amputant la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculuse, limité en

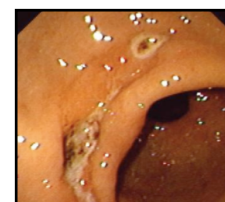
profondeur par une réaction inflammatoire, et évoluant par poussées.

Douleur typique : crampe de localisation épigastrique, sans irradiation, survenant 1 à 4h après les repas (stimulant la sécrétion acide), calmée par l'alimentation immédiate (tamponnement) et les anti-acides (ex : malox), périodique dans l'année.
Représente 40% des patients.



Autre manifestation possible : syndrome

dyseptique = sensation de digestion difficile au niveau épigastrique.



Formes asymptomatiques de l'ulcère : sujets âgés ou diabétiques, prenant des AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens) ou des antalgiques. Les AINS sont gastro-toxiques → ulcères, mais antalgiques : ils calment donc (parfois) les ulcères, qui peuvent alors n'être détectés que lors de la survenue de complications (hémorragies digestives, par exemple).

Explorations :

- **FOGD** en 1ère intention pour déterminer l'origine de la douleur et vérifier l'état de la muqueuse ; en cas de suspicion d'origine OGD.
- Echographie en cas de suspicion d'origine biliaire, hépatique ou pancréatique.
- Rarement : coloscopie si suspicion d'origine colique à l'interrogatoire.
- Si ces examens se révèlent négatifs, on explore l'IG : TDM, entéroscopie, transit du grêle, artériographie coelio-mésentérique, endoscopie à double ballon, vidéocapsule...

Les ulcères, même géants, peuvent cicatriser.

C. HÉMORRAGIES DIGESTIVES :

1. Généralités :

- Elles peuvent être :
 - Hautes et extérieures : hématomèse ;
 - Basses et extérieures : melaena, rectorragies ;
 - Non extérieures.
- Mortalité globale : 5 à 30%, très grave → urgence médico-chirurgicale nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé : ex : unité de soins intensifs si l'hémorragie est grave.

2. Différents types d'hémorragie :

- **Hématémèse** : sang rouge rejeté par la bouche avec efforts de vomissements, ≠ epistaxis dégluti, ≠ hémoptysie pulmonaire. Attention aux aliments colorants comme les betteraves, le café et le vin.
- **Melaena** : sang noir digéré, rejeté par l'anus
- **Rectorragie** : sang rouge non digéré, rejeté par l'anus.
- **Saignement occulte** : on ne le voit pas mais on peut le dépister (ex : hémocult → dépistage du cancer colo-rectal).
- **Saignement massif non extériorisé** : peut arriver au niveau du grêle.

3. Apprécier la gravité immédiate de l'hémorragie :

- L'abondance est souvent surestimée par le patient / l'entourage.
- L'hématémèse et la melaena sont de très grande abondance.
- **Signes généraux +++** : tachycardie, hypotension artérielle, pâleur (anémie), polypnée, lipothymie (traduisant l'hTA), état de choc.
- Facteurs aggravants : cirrhose, insuffisance coronarienne ou cardiaque (l'hémorragie peut provoquer un angor).
- Taux d'hémoglobine et hématocrite (hémocue et NFS), en générale sous-estimés.

4. Premiers gestes d'urgence :

- Hospitalisation en unité de soins intensifs (USI)
- Pose de 2 voies veineuses périphériques (VVP) de gros calibre, ou d'un cathéter central.
- Bilan sanguin : groupe Rhésus, RAI, NFS, RP, TCA, ionogramme sanguin avec la créatinine.
- Rétablir l'hémodynamique : macromolécules, transfusion : il faut remonter la TA au-dessus de 10 et descendre la fréquence cardiaque en-dessous de 110.
- O₂ + intubations si troubles de conscience.
- Surveillance des signes vitaux, de la diurèse.
- Sonde naso-gastrique.
- Faire le geste fibroscopique le plus tôt possible, mais pas avant d'avoir rétabli l'hémodynamique du patient !!! Il permet de trouver la cause, d'évaluer le risque évolutif, et de pratiquer l'hémostase.

I. HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE EXTÉRIORISÉE :

1. Démarche diagnostique :

- **Interrogatoire** : ATCD, médicaments, vomissements préalables, trauma, chirurgie digestive ou aortique.
- **Examen physique** : cirrhose, douleur épigastrique, cicatrice, tumeur, anévrisme.
- **FOGD** dès que possible pour trouver la cause, évaluer le risque évolutif, et pratiquer l'hémostase.
- **Artériographie** pour embolisation sélective.

2. Oesophagite :

Première cause d'hémorragie digestive. *Photo ci-contre.*

3. Syndrome de Mallory-Weiss :

Définition : déchirure linéaire longitudinale de la muqueuse du cardia (jonction oesophage/estomac), due à des efforts de vomissements répétés et prolongés, ce qui aboutit à une hémorragie digestive haute (les vomissements ulcèrent la zone qui se déchire et se met à saigner).

Traitement : IPP, anti-émétiques.

4. Ulcères gastro-duodénaux :

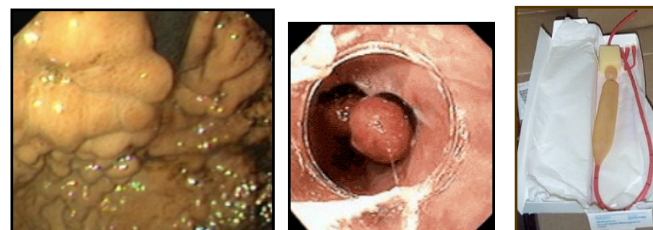
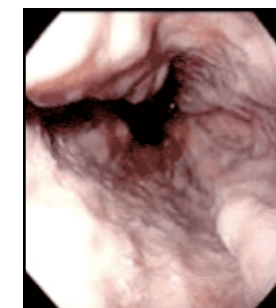
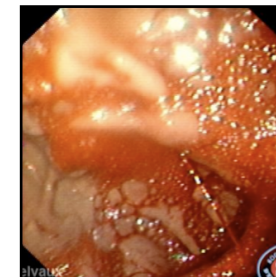
- 10 à 30% des HDH → cause importante.
- Favorisés par les **AINS** : ex : aspirine.
- Traitement par IPP (anti-sécrétion d'HCl) en continu : ex : Inexium, Oméprazole, Mopral... qui permettront la cicatrisation de l'ulcère au bout de 4 à 6 semaines. On fait une endoscopie (sclérose) pour arrêter le saignement, ou bien une chirurgie en cas d'échec.

Ci-contre : ulcère de Dieulafoy = ulcère punctiforme (en forme de point), avec jet artériel, donc perte de sang importante.

5. Rupture de varices oesophagiennes :

- Cause : **cirrhose hépatique** à 95 %
- Mortalité immédiate de 5 à 20% : grave
- Mortalité à 4 ans : 75%
- Traitement : sandostatine, antiobioprophylaxie.
- On fait une endoscopie pour contrôler l'hémorragie ; ou bien on met une sonde de Blackmore pour tamponner le saignement si on n'arrive pas à l'arrêter autrement.
- Pour prévenir la récurrence, on met le patient sous β -bloquants et on ligature la varice (on met un élastique autour → nécrose → elle tombe).

Ci-contre : varice oesophagienne. Ci-dessous, à gauche : varice cardio-tubérositaire ; à droite : ligature de varice.



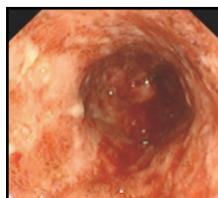
Ci-contre : sonde de tamponnement oesophagienne

6. Autres causes d'HDH :

- **Gastrite aiguë** : ulcérations multiples. Cause : AINS, alcool, (en réa, on observe des gastro-duodénite «de stress» : érosions).
- **Angiodysplasie** : malformation artério-veineuse : vaisseaux afférents à la surface. Localisation ubiquitaire dans le TD, peut provoquer des saignements.
- **Tumeurs**
- **Anévrisme aortique** fissuré en D3
- **Hémobilie** (présence de sang dans les voies biliaires)
- **Pseudokyste pancréatique** fistulisé dans le TD

II. HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE EXTÉRIORISÉE :**1. Démarche diagnostique :**

Ce sont des traumatismes du grêle, du colon, du rectum, de l'anus.
L'hémorragie est souvent modérée → exploration non urgente. Si elle est abondante, elle peut venir d'en haut → FOGD, sonde naso-gastrique +++
Mais les lésions sont le plus souvent ano-rectales : ulcération rectale thermométrique ; rectosigmoïdoscopie limitée...
L'examen clé sera alors la **coloscopie** à distance ; mais on peut également faire un scanner injecté, une artériographie si l'hémorragie est abondante, une chirurgie de sauvetage.
Ci-contre : recto-colite hémorragique.

**2. Causes d'HDB :**

- **Lésions anales** : hémorroïdes → saignements de faible abondance mais fréquents
- **Cancer colo-rectal** (ci-contre) : souvent associé à des rectorragies si le cancer est dans le colon terminal (gauche), ou a des melaenas s'il est dans le colon initial (droit).
- **Angiodysplasie** coliques et / ou grêles (peuvent être sur toute la hauteur du TD)
- **Diverticules du colon** (ci-contre) : assez fréquents, évolution spontanément favorable dans 80% des cas, mais parfois sévérité initiale et hémorragie digestive. Les diverticules rendent l'endoscopie dangereuse (risque de les percer). Les autres FdR de l'endoscopie sont le sexe féminin (colon sigmoïde plus fragile) et les antécédents chirurgicaux.
- **Ulcération thermométrique**
- **MICI** = Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales :
ex : maladie de Khron, rectocolite hémorragique..
- **Rectite radique** (= une radiothérapie donne des hémorragies).



- **Colite ischémique** : nécrose, muqueuse à l'aspect noir : très rare, mais possible chez le sujet âgé.
- **Causes grêles** : **très rares** (< 5%) : vascularites ; angiodysplasies ; malformations vasculaires ; diverticule de Meckel ; tumeurs ; entérites ischémiques, radiques, inflammatoires, infectieuses, médicamenteuses.

**III. ABSENCE D'HÉMORRAGIE EXTÉRIORISÉE :**

Le **saignement occulte** se voit sur le bilan sanguin, car il y a une anémie ferriprive par **carence «martiale»** (de fer). C'est un saignement minime et chronique, bien toléré.

Il faut chercher une cause digestive haute et basse (non hémorragique) à cette carence : ex : malabsorption.

Mais toutes les causes d'hémorragie digestives hautes et basses peuvent être à l'origine d'un saignement occulte. **Toujours rechercher un cancer colique après 50 ans, même si on a trouvé une autre cause à l'hémorragie.**

Il faut faire une coloscopie, une FOGD, un coloscanner, éliminer une cause gynécologique, pour réaliser le diagnostic.

D. VOMISSEMENTS :

Définition : Acte réflexe par lequel le contenu stomacal (voire intestinal) est éliminé par la bouche. C'est un mécanisme de défense lors de surcharges alimentaires, et lors d'ingestion de toxiques (alcools) ou de produits indigestes. Son origine peut être pathologique ou pharmacologique.

Le vomissement est précédé par une sensation de **nausée**, avec une inquiétude, une hypersalivation, un léchage rythmique des lèvres, plusieurs déglutitions.

Événements préparatoires au vomissement : perte du tonus gastrique, ↘ de la sécrétion d'HCl et ↗ de la sécrétion de mucus. Contractions antipéristaltiques du grêle avec reflux du contenu intestinal dans l'estomac : on a une distension du duodénum qui va être rempli par le contenu jéjunal → vomissement.

Avant le vomissement se produit le **haut-le-coeur** : c'est une contraction des muscles respiratoires (diaphragme, paroi costale, paroi abdominale) sans expulsion du contenu gastrique, qui génère le gradient de pression conduisant au vomissement.

Vomissement = éjection forcée du contenu gastrique, causée par de puissantes contractions de l'abdomen, la descente du diaphragme et l'ouverture forcée du cardia.

Régulation du vomissement : elle est digestive mais aussi nerveuse

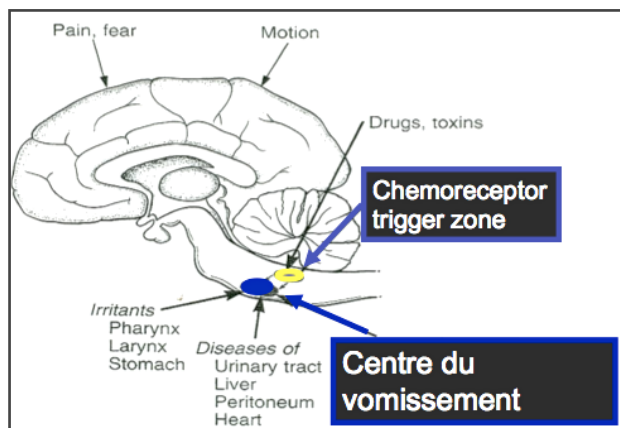
Il y a une coordination TD/cerveau grâce à des boucles réflexes cerveau-intestin.

Dans le cerveau existent 2 zones contrôlant la nausée et le vomissement :

⇒ Centre du vomissement

(bulbaire)

⇒ Zone chémosensible (CTZ = Chemoreceptor Trigger Zone, ou zone gâchette, sur laquelle agissent les médicaments anti-émétiques) : sur le plancher du 4^e ventricule (en dehors de la barrière hémato-encéphalique).



Causes du vomissement :

- **Médicamenteuses.**
- **Neurologiques** : maladies vestibulaires, migraine, méningite, hémorragie méningée, **hypertension intracrânienne**.
- **Métaboliques** : acidocétose diabétique, insuffisance rénale aiguë, hypercalcémie, insuffisance surrénale aiguë, hyponatrémie, hyperthyroïdie aiguë.
- **Autres** : **grossesse +++**, post-opératoire, mal des transports, glaucome aigu, infarctus du myocarde antérieur, radiothérapie, psychogène.
- **Abdominales** :
 - **Médicales** : gastro-entérite, TIAC, hépatite aiguë, sténose pylorique (ulcère), colique hépatique, néphrétique...
 - **Chirurgicales** : syndrome occlusif, péritonite, cholécystite aiguë, pancréatite aiguë ou poussée de PCC, infarctus mésentérique, torsion ovarienne, grossesse extra-utérine.

Ne pas oublier :

Le retentissement métabolique du vomissement : déshydratation, dénutrition, carences ioniques

Rechercher une grossesse, une hypertension intracrânienne, une cause métabolique ou médicamenteuse (intolérance, surdosage).

Explorations complémentaires non systématiques + traitement de la cause.

THE END.