

I/ Sémiologie oesophagienne

1° Généralités

- Affections nombreuses + Polymorphisme de l'expression clinique des maladies de l'appareil digestif
- Analyse sémiologique précise des symptômes → diagnostic étiologique / choix des explorations complémentaires
- Dysphagie = Sensation de gêne ou obstacle à la progression du bol alimentaire, survenant immédiatement après leur ingestion
- On distingue :
 - Dysphagie **oro-pharyngée**
 - Dysphagie **œsophagienne** : Dysphagie organique (ou lésionnelle)
Dysphagie fonctionnelle

2° Dysphagie à distinguer de

- Aphagie: obstruction œsophagienne complète
- Odynophagie: douleur ressentie lors de la progression des aliments dans l'œsophage
- Phagophobie: refus et peur d'avaler
- Anorexie: perte d'appétit

3° Interrogatoire +++

Diagnostic de présomption chez plus de 80% des malades

- ✍ ATCD : ORL, digestif, éthylo-tabagisme
- ✍ Localisation rétrosternale de la gêne, qui correspond en général au siège de l'obstruction
- ✍ L'électivité pour les solides +++, ou au contraire le caractère capricieux, provoqué par les liquides
- ✍ L'ancienneté et évolution
- ✍ Les symptômes associés: amaigrissement, régurgitations, signes de RGO, fausses routes, douleur thoracique, signes ORL et/ou respiratoires

4° Examen clinique

- Il est en général peu contributif pour le diagnostic étiologique
- On recherchera systématiquement:
 - Des ADP cervicales ou sus-claviculaires gauche (ganglion de Troisier), une hépatomégalie, des signes de cirrhose
 - Des signes de paralysie bulbaire ou pseudo-bulbaire (dysarthrie, dysphonie...)
 - Examen systématique du cou, de la bouche et du pharynx

5° Examens complémentaires de la Dysphagie oesophagienne

a) Endoscopie +++

- Rechercher : Cancer de l'œsophage, Œsophagite ou sténose
- Mais aussi : Hernie hiatale, Diverticule, Anneau de Schatzki, Corps étranger ou Tumeur bénigne

b) Manométrie oesophagienne

- Rechercher des **troubles moteurs œsophagiens +++**
 - Achalasie (= mégacœsophage idiopathique)
 - Maladie des spasmes diffus
 - Troubles moteurs secondaires (sclérodermie, achalasie secondaire ...)

c) TOGD (transit-oeso-gastro-duodénal) intéressant dans le cadre du bilan pré-opératoire

d) Autres examens morphologiques : TDM thoracique, écho-endo

- Pour éliminer une dysphagie liée à une affection de voisinage

6° Dysphagie oro-pharyngée

- Se traduit généralement par une impossibilité à initier la déglutition
- Les signes associés sont fréquents: régurgitations nasales, toux, impaction alimentaire, infections pulmonaires à répétition
- Examens:
 - FOGD (Fibroscopie oeso-gastro-duodénale) : normale
 - Transit pharyngo-oesophagien : précise les mécanismes de la dysphagie
- Les principales causes:
 - Neuro-musculaires : AVC, SLA, SEP ou Parkinson
 - Maladies musculaires : Myasthénie, Myopathies
 - Obstruction mécanique : Diverticule de Zenker, Tumeurs oro-pharyngées

7° Pyrosis

- Maître symptôme du RGO +++
- Sensation de **brûlure rétro-sternale ascendante**, qui débute dans la région rétro-xyphoïdienne puis remonte ± haut vers le thorax et le cou. Il est la conséquence du contact de la muqueuse œsophagienne avec le liquide de reflux
- Généralement en période post-prandiale, ± accompagné de régurgitation acide dans la bouche
- Caractère postural : antéflexion, décubitus
- Facteurs favorisants : repas copieux et « arrosés », facteurs augmentant la pression abdominale (effort physique, vêtements trop serrés, toux ...)
- Signes typiques / patient jeune : aucune exploration n'est nécessaire
- Examens complémentaires si :
 - Signes d'alarme associés +++ (ex : dysphagie)
 - Âge > 50 ans et RGO chronique
 - Symptomatologie atypique (ex : épigastralgie)

8° Douleurs thoraciques

- Odynophagie = Douleur rétro-sternale déclenchée par la déglutition (traduisant l'existence de lésions inflammatoires et de pertes de substance ± profondes de la muqueuse œsophagienne)
- Interrogatoire +++ : Facteurs déclenchants ?
Ingestion de caustiques / médicaments ?
- Endoscopie haute systématique
- Douleurs thoraciques pseudo-angineuses:
 - Typiquement : sensation de compression ou de constriction localisée dans la région rétrosternale et irradiant parfois vers le cou, le dos, la mandibule ou les épaules
 - Durée : quelques minutes à plusieurs heures
 - Déclenchement : effort, stress émotionnel
 - Association à d'autres symptômes œsophagiens
- Penser à éliminer une origine cardiaque ++

II/ Sémiologie gastrique

1° Épigastralgies

- Épigastralgies = douleurs se projetant au niveau de l'épigastre
- Origines nombreuses, digestives ou non
- Le diagnostic étiologique est conditionné par un interrogatoire précis et minutieux, et par un examen clinique rigoureux
- 2 cadres nosologiques ≠ : épigastralgies ds un **contexte d'urgence**, et épigastralgies **récurrentes**

2° Interrogatoire

- Localisation précise de la douleur, ses irradiations
- Mode de début, et évolution
- Type et intensité de la douleur, relation avec les repas
- Facteurs déclenchants / soulageant la douleur
- Signes digestifs associés / généraux
- ATCD personnels et familiaux
- Prises médicamenteuses, tabagisme / OH

3° Examen clinique

- 1° temps: **inspection**:
 - Apprécier les mouvements respiratoires de l'abdomen
 - Recherche d'une augmentation de volume, d'une voussure anormale
 - Recherche d'une CVC (Cathéters Veineux Centraux ?)...
- 2° temps: **palpation**:
 - Reproduction de la douleur
 - Recherche une défense / contracture, une masse
 - Recherche d'une hépatomégalie / splénomégalie
 - État des orifices herniaires
- 3° temps: **percussion** (matité / tympanisme)
- 4° temps: **auscultation** (bruits hydro-aériques)
- **Touchers pelviens**

4° Epigastralgies aiguës

Signes cliniques	Diagnostic évoqué	Examens utiles au diagnostic
Douleur intense, parfois syncopale, précédée de douleur ulcéreuse Contracture abdominale, douleur au TR	Ulcère perforé	ASP
Contexte: OH / lithiase Douleur transfixiante	Pancréatite aiguë	Hyperamylasémie Écho abdo / TDM
Douleur brutale Vomissements Amaigrissement	Occlusion intestinale aiguë	ASP
Contexte; terrain vasculaire Douleur abdominale diffuse Signes de choc	Infarctus mésentérique	TDM abdo Acidose
Douleur de l'HCDt, progressive Irradiation en hémi-ceinture et/ou vers l'épaule droite Signe de Murphy Absence de fièvre	Colique hépatique	Échographie Bilan biologique NORMAL
Même douleur que la colique hépatique Défense épigastrique ou de l'HCDt Fièvre	cholécystite	Écho abdo Bio: hyperleucocytose, pas ou peu de perturbation du bilan hépatique
ATCD de lithiase vésiculaire Triade: douleur, fièvre, ictère Absence de défense	angiocholite	Échographie Bio: hyperleucocytose, cytolyse, et cholestase++
ATCD cardiaques Douleur épigastrique isolée ou irradiant vers le thorax, ou avec vomissements	Infarctus myocardique	ECG Bio: enzymes cardiaques

5° Epigastralgies chroniques

<u>Œsophage</u>	Les irradiations avec localisation exclusivement épigastrique ne sont pas rares Éléments évocateurs: caractère postural, signes associés : toux nocturne, régurgitati°, signes ORL
<u>Estomac / Duodénum</u>	Rythme de la douleur, et rapport avec l'alimentation Signes associés: nausées, vomissements / Prise de médicaments gastrotoxiques ?
<u>Voies biliaires</u>	Recherche d'une irradiation évocatrice Recherche d'un ictère +++
<u>Pancréas</u>	Douleur souvent intense, avec irradiation postérieure. Circonstances de survenue classique: Sujet jeune (OH chronique)/ Sujet âgé: assoc à une AEG, ictère
<u>Foie</u>	Douleur généralement modérée, pouvant s'accompagner de nausées, anorexie ... Rechercher une hépatomégalie, un ictère
<u>Colon</u>	Le siège et les circonstances de survenue de la douleur sont très variables. La modification de la douleur lors de l'évacuation des gaz et/ou selles est plus évocatrice L'association de la douleur à des troubles du transit est également un élément d'orientation
<u>IG</u>	Souvent évoqué après avoir éliminé les autres étiologies Syndrome de Koëinig (épisodes sub-occlusifs cédant spontanément au bout de quelques heures avec une sensation de levée d'obstacle) réalise la symptomatologie la plus typique

6°) Pathologies ulcéreuses

- La maladie ulcéreuse gastro-duodénale est une affection chronique évoluant par poussées, caractérisée par un cratère ulcéreux amputant la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculature, et limitée en profondeur par une réaction inflammatoire
- Douleur typique = crampes de localisation épigastrique, sans irradiation, survenant 1 à 4h après les repas, calmée par l'alimentation et les anti-acides, et périodique dans l'année : 40% des patients
- Autres manifestations: syndrome dyspeptique...
- Formes asymptomatiques (sujets âgés, ou diabétiques)

7°) Explorations

- FOGD: en première intention si
 - Suspicion d'une origine œsophagienne, gastrique, ou duodénale
 - Pas d'orientation précise
- Échographie: en première intention si
 - Suspicion d'une origine biliaire, hépatique, ou pancréatique
 - Si examen normal, mais perturbation du bilan biologique => poursuite des explorations, centrée sur ces organes
- Coloscopie: en première intention si:
 - Suspicion d'une origine colique à l'interrogatoire
 - En pratique, rarement un examen de « première ligne »
- Explorations du grêle:
 - Examens précédents négatifs
 - TDM, entéroskopie, transit du grêle, artériographie cœlio-mésentérique, endoscopie à double ballon, vidéocapsule

III/ Syndrome diarrhéique

1°) Définition

- Augmentation anormale du poids des selles supérieure à **300 grammes / 24 heures**
- Due en général à une hyper-hydratation des selles (syndrome cholériforme)
- Parfois, diarrhée glairo-sanglante (irritation de la muqueuse rectale ou colique) : \$ dysentérioriforme
- En pratique: nombre de selles liquides ou molles supérieur à 3 / jour
- Diarrhée chronique: évolution de plus de 3 semaines.

2°) Interrogatoire : 10 questions obligatoires

1. Date d'apparition et mode de début
2. Facteurs favorisants (stress, alimentation, médicaments +++, voyage, ATCD)
3. Évolution continue ou intermittente
4. Fréquence et consistance des selles
5. Caractère impérieux, incontinence
6. Horaire +++ (post-prandial, nocturne)
7. Aspect des selles (sang, glaires, graisses, aliments non digérés)
8. Douleur associée
9. Efficacité des ralentisseurs du transit (loperamide)
10. Signes associés (arthralgies, signes cutanés..)

3°) Examen clinique trivial mais...

- Retentissement sur :
 - Pouls, TA, température
 - Plis cutanés
 - AEG ...
- Étiologique:
 - Palpation abdominale
 - Toucher rectal +++
 - Examen clinique complet

4° Signes associés

Signes cliniques	Diagnostic évoqué
AEG, fièvre	Cancer, MICI, hyperthyroïdie, malabsorption
Tumeur abdominale, ADP	Cancer, lymphome
arthrites	MICI, maladie de Whipple, colite microscopique
Ulcère gastro-duodéal	Syndrome de Zollinger-Ellison
Œdèmes	Entéropathie exsudative, malabsorption
Flush	Tumeur carcinoïdienne
Érythèmes noueux, pyoderma gangrenosum	MICI = Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque
Goître thyroïdien	Hyperthyroïdie, cancer médullaire thyroïdien
Infections répétées	VIH, déficit en Ig
Neuropathie, dysautonomie	Diabète, amylose

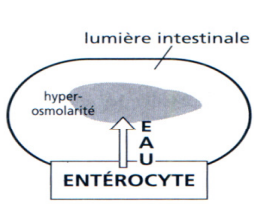
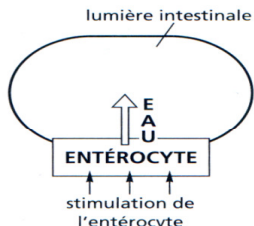
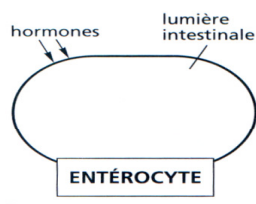
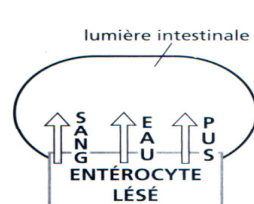
5° Diarrhée et douleur

Symptômes	Diagnostic évoqué
Douleur ulcéreuse	Syndrome de Zollinger-Ellison
Syndrome de Koëinig	Lésion intestinale sténosante (tumorale ou inflammatoire)
Douleur péri-ombilicale, post-prandiale tardive (souvent associée à un amaigrissement et une maladie athéromateuse)	Angor mésentérique
Douleurs abdominales bi-polaires, augmentées par le stress, rarement nocturnes, souvent associées à des ballonnements	Syndrome de l'intestin irritable

6° Conduite à tenir

- Évaluer le retentissement
- Coprocultures +++
- Examens parasitologique des selles
- En cas de symptômes persistants: Endoscopies et biopsies

7° Classification des diarrhées chroniques

Type de diarrhée	Osmotique	Sécrétoire	Motrice	Exsudative
<i>Physiopathologie</i>	Augmentation de l'osmolarité dans la lumière intestinale.	Augmentation des sécrétions digestives.	Accélération de la vitesse du transit intestinal.	Lésion de la muqueuse intestinale.
<i>Schéma explicatif</i>				
<i>Clinique</i>	- Volume < 1 L/24 h; - suppression par le jeûne; - osmolarité fécale supérieure à osmolarité théorique.	- Volume > 500 mL/24 h; - non supprimée par le jeûne; - osmolarité fécale égale à osmolarité théorique.	- Volume = 500 mL/24 h; - supprimée par : - jeûne; - décubitus (nuit); - osmolarité fécale égale à osmolarité théorique; - temps de transit diminué (rouge carmin); - efficacité des ralentisseurs du transit tels que le loperamide (<i>Imodium</i>).	Présence de : - glaires; - sang; - pus.
<i>Étiologies</i>	Présence intraluminaire de substances non absorbées : - ions polyvalents; - hydrates de carbone.	- Infections intestinales; - hypersécrétions hormonales (gastrine, VIP); - laxatifs irritants.	- Troubles fonctionnels; - endocriniennes; - neurologiques; - chirurgicales.	Maladies inflammatoires du côlon et/ou du grêle.

8° Malabsorption et maldigestion

- Stéatorrhée = présence de graisses dans les selles (> 5 grammes / jour)
- Amaigrissement et AEG
- Carences biologiques (hypoprotidémie, anémie, troubles de la coagulation)
- Etiologies :
 - Malabsorption:
 - Résections intestinales (anamnèse)
 - Atrophie villositaire (maladie cœliaque)
 - Lésions intestinales étendues (radicales ou inflammatoires)
 - Pullulation microbienne
 - Maldigestion:
 - Résection gastrique et/ou pancréatique
 - Pancréatite chronique

9° Fausse diarrhées

Diagnostic	Signes cliniques
Fausse diarrhée du constipé	Selles dures au sein de selles liquides Toucher rectal
Incontinence anale	Interrogatoire Toucher rectal Manométrie ano-rectale
Tumeur villositaire rectale	Émission de mucus +++ Toucher rectal Rectoscopie
Tumeur maligne rectale	Toucher rectal Rectoscopie

IV/ Constipation chronique ++ (le prof est chargé de projet)

1° Généralités

- Pathologie très fréquente (7 à 35%) avec prise en charge difficile
- Altération de qualité de vie (corrélée aux symptômes)
- Recours aux soins important et sous estimé
- Littérature très (...trop) abondante
- Réalité du terrain : l'automédication ! avec 70 pharmacies (77% voie orale, 23% voie rectale) et utilisation appropriée 57%

2° Définition imprécise ... vers une définition concertée

- Association symptomatique, perception subjective des malades
 - Insatisfaction lors de la défécation
 - Selles peu fréquentes (< 3 selles semaine)
 - Difficultés à exonérer
 - Depuis au moins 6 mois
- Clarifier la définition avec le malade
 - Fréquence, consistance
 - Symptôme invalidant
 - Carnets de bords
- Impact sur la qualité de vie
 - Amélioration sous laxatifs

3° Explorations de 1^{ère} intention

- Identifier une cause
 - Organique, médicaments
 - Situations particulières (sujet âgé, grossesse..)
- Recherche de signes d'alarmes
 - Persistance sous traitement

- Biologie : *Grade C* : Ionogramme / Hémogramme CRP / TSH
- Coloscopie : *Grade A* : Pas nécessaire pour tous !

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'HAS :

A preuve scientifique établie
 B présomption scientifique
 C faible niveau de preuve

4°) Classer pour mieux traiter

- Temps de transit aux marqueurs (TTC) : *Grade B*
 - Permet de confirmer la réalité de la constipation
 - Variabilité individuelle
 - Caractère arbitraire de la sectorisation
 - Ne permet pas de différencier la constipation distale de celle de transit
- Manométrie ano-rectale (MAR) : *Grade B*
 - Intérêt diagnostic : Hypertonie
 Anisme (contraction paradoxale ou absence de relaxation des muscles péri-anaux lors d'un effort de défécation)
 Mégarectum (maladie de la fonction de réservoir du rectum avec possibilité de se laisser encombrer par un volume excessif de caca)
 Hirschsprung (anomalie de fonctionnement de la partie tale de l'IG)
 - Intérêt pronostic : Bilan préopératoire (rectocèle...)
- Test d'expulsion au ballonnet
 - Eliminer un obstacle terminal : VPN : valeur prédictive négative = 87 à 97%

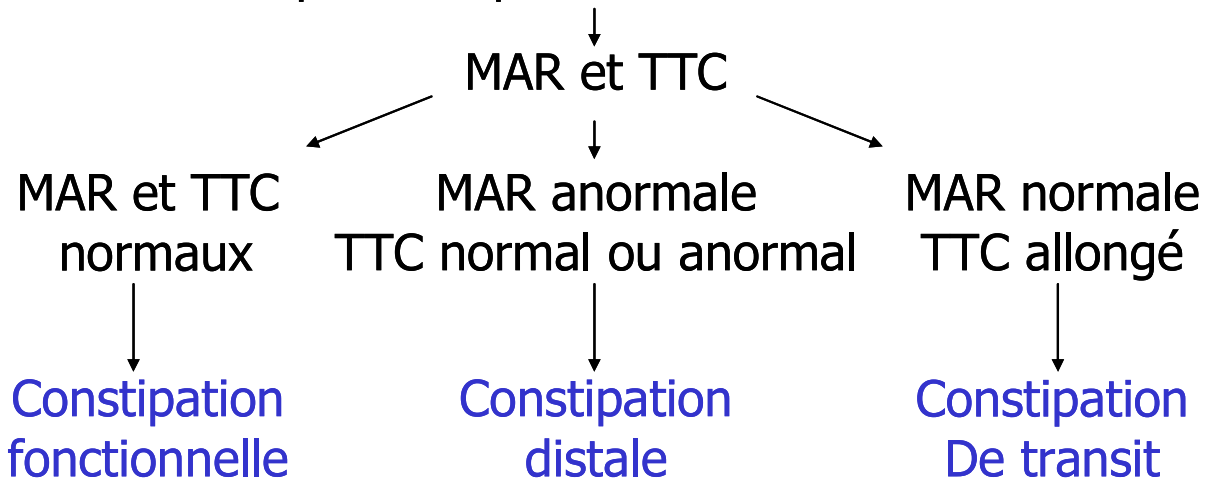
5°) Répondre à des questions précises

- Défécographie
 - Rectocèle, Intussusception
 - Elytrocèle, Descente périnéale
- IRM fonctionnelle/dynamique
 - Muscles élévateurs de l'anus
 - Entéroécèles

Mauvaise corrélation anatomo-clinique
 25-90% examen anormal chez les constipés
 25-90% normal chez le sujet sain

6°) Classer n'est pas jouer : *Grade B*

Constipation chronique sans cause organique
 Ne répondant pas au traitement initial



Il existe un chevauchement entre les différents types de constipation

7°) Objectifs thérapeutiques

- Soulager les symptômes
- Améliorer la qualité de vie
- Prévenir les complications
 - Maladie Hémorroïdaire, Prolapsus
 - Fécalomes (sujet âgé)
 - Incontinence anale
- « Accepter et Combattre » automédication et inobservance
- Un suivi personnalisé...

8°) Mesures hygiéno-diététiques : Grade B

- Conseils défécatoires : Répondre au besoin, intimité, position assise...
- Augmentation de la ration hydrique ?
- Exercice physique ? : Sujet âgé, effet positif
- Fibres augmentent fréquence et consistance des selles

L'effet reste modeste mais quelques études suggèrent une « économie » liée à la baisse de la consommation des laxatifs

9°) Laxatifs de 1^{ère} intention

- Laxatifs osmotiques
 - Polyéthylène glycol, Sucres non absorbés *Grade B*
 - Sels de magnésium *Grade C*
- Laxatifs de lest (mucilages) : Psyllium, ispaghule, sterculia *Grade B*
- Laxatifs émoullissants (lubrifiants) : Huiles de paraffine *Grade C*
- Laxatifs par voie rectale : Sujets âgés, atteintes neurologiques... *Grade C*

10°) Laxatifs de 2^{nde} ligne : Grade C

- L'utilisation de laxatifs stimulants est recommandée sous contrôle médical et lorsque les traitements de première ligne sont en échec
- Anthraquinoniques, polyphénoliques
 - Efficacité inférieure aux osmotiques
 - Pas d'effet carcinogène colique
 - Risques d'abus
 - Effets secondaires graves : Hépatite, I Rénale...

11°) Rééducation périnéale : Grade B

- Pas de critère de sélection précis des patients avec une constipation distale pouvant bénéficier du biofeedback (exercices de relâchement volontaire des muscles du plancher pelvien au cours d'efforts d'exonération que le malade peut visualiser afin d'apprendre à corriger des dysfonctionnements (anisme, poussée insuffisante))
- Le succès du biofeedback repose sur la motivation des malades et sur la formation, l'expérience et l'implication du thérapeute

