

## Dysphagie

- **Déf** : sensation de gêne immédiate après la déglutition
- **DA**
  - « Boule dans la gorge » : lors de la déglutition, avec d'autres symptômes (dyspnée, palpitations, tétanie, etc.)
  - Anorexie
- **Diagnostic étiologique**
  - **Interrogatoire**
    - **ATCD** : digestifs, tabac/OH, mdts, toxiques (javel, ...)
    - **Caractères de la dysphagie**
      - **Sténose œsophagienne organique**  
*Prog, d'abord pour grosses bouchées solides, puis ne laisse plus passer que les liquides*
      - **Trouble moteur œsophagien**  
*Liquides et solides, déclenchée par émotions et repas rapides, ↗ par froid, ↘ dégluti° répétées*
      - **Diverticule pharyngé**  
*Ressentie haut, disparaît après régurgita° ou rota° du cou*
    - **Symptômes associés**
      - **Pyrosis/régurgita°** position<sup>nelles</sup> acides ⇔ RGO
      - **Odynophagie** ⇔ lésions inflammatoires de l'œsophage
      - **Coliques œsophagiennes** si troubles moteurs
      - **DI médiastinales** permanentes, noct ++, post ⇔ Envahissement néoplasique
      - **Toux positionnelle et/ou nocturne** ⇔ RGO voire méga-œsophage
      - **Toux à la dégluti°** ⇔ fistules œso-trachéales
    - **Signes généraux : amaigrissement**
      - Associé à anorexie ? (cancers)
      - 2ndr à la dysphagie ? (sténose bénigne)
      - Absent qd troubles moteurs œsophagiens
  - **Examen physique**
    - **Etat général et nutritionnel**
    - Recherche **anomalies du cou, adénopathies cervicales, HMG, anomalies neuro, anomalies thoraciques**
  - **Examens complémentaires (indispensables)**
    - 1ère intention : **endoscopie**
    - **Examen manométrique** si suspicion de pathologie motrice
- **Etiologie**
  - **Dysphagies lésionnelles**
    - **K œsophage**
    - **Œsophagite par reflux** (« peptique »)
    - **Œsophagite caustique et radique**
    - **CE œsophagien**
  - **Dysphagies non lésionnelles**
    - **Maladies atteignant hypopharynx et œsophage cervical**
      - Maladies du muscle strié : complications des ttt des K ORL
      - Neuropathies : maladie de Parkinson
      - Diverticule cervical (de Zenker)
    - **Maladies du muscle lisse œsophagien**
      - Achalasie cardiale
      - Maladie des spasmes étagés de l'œsophage
      - Sclérodémie

## Traitements

- **Etiologique**
- **Des complications**
  - **Fausse routes** : surélévation tête du lit, évacuation des résidus œsophagiens
  - **Dénutrition** : alimentation liquides ou semi-liquides hypercaloriques, voire alimentation entérale ou parentérale

## RGO

- **Déf** : passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement
- **Clinique**
  - **RGO physiologique** : chez tout le monde, après le repas, Ø symptôme, Ø lésion muqueuse œsophagienne
  - **RGO pathologique** : œsophagite, RGO anormalement fréquent et/ou prolongé, acidité variable f(individus, temps)
  - **Signes spécif<sup>q</sup>** : **pyrosis et régurgitations acides**, surtout s'ils sont posturaux/post-prandiaux/nocturnes
  - **Signes non spécif<sup>q</sup>** : **dl épigastriques, nausées, éructations, manifestations extra-digestives** : pulmonaires (toux/asthme), ORL (laryngite post), cardiaques (dl d'angor)
- **Examens complémentaires**
  - **Endoscopie œso-gastro-duodénale**
    - D'emblée si >50 ans ou signes d'alarme (perte de poids, dysphagie, anémie)
    - Ø lésion ou montre hernie hiatale, œsophagite, endo-brachy-œsophage
  - **Autres**
    - **pHmétrie œsophagienne des 24h** si FOGD nle
    - **Manométrie œsophagienne** pour identifier des facteurs favorisant ou aggravant (*hypotonie SIO, troubles du péristaltisme œsophagien*)
- **Complications**
  - **Œsophagite sévère**, exposant à
    - **Hémorragie dig.** (*anémie ferriprive, hématémèse, méléna*)
    - **Sténose œsophagienne** (*dysphagie, AEG*)
    - **EBO** (*Ø symptôme spé mais risque d'ulcère et d'adénocarcinome œsophagien*)
- **Traitement**
  - **Médical**
    - Inhibition de la sécrétion gastrique acide (**IPP**)
    - Protection de la muqueuse œsophagienne (**alginates**)
    - Stimulation de la motricité œso-gastrique (**prokinétiques**)
  - **Chirurgical (rare)**
    - **Montage anti-reflux**

## Vomissements

- **Déf** : expulsion active du contenu gastro-intestinal par la bouche
- Nausée** = sensation du besoin de vomir suivie ou non de vomissements
- **DA**
  - **Régurgitation** (*passive, Ø effort*), **rumination**
  - **Aspiration gastrique non-compensée** a les mêmes conséquences métaboliques que le vomissement
  - Suspecter vomissements devant troubles hydro-électrolyt<sup>q</sup> chez comateux ou dissimulant

## • Clinique

- Succession **nausées, hypersalivation, polypnée sf, vomissements, sueurs froides, TdR, lipothymies** voire défécation après

## • Complications

### ○ Mécaniques

- **Fausse routes** → arrêt respiratoire, pneumopathies de déglutition
- **Œsophagite** par reflux
- **Ulcérations cardiales** → hémorragies digestives (*Sd de Mallory-Weiss*), rupture de l'œsophage (*Sd de Boerhave*)
- **Hydro-électrolytiques** *qd vomissements abondants et/ou répétés*
  - **Déshydratation extracellulaire** → insuffisance rénale fonctionnelle, hypoNa voire collapsus
  - **Alcalose métabolique avec hypoK et hypoCl** → tétanie, TdR, asthénie pf

## • Diagnostic étiologique

### ○ Interrogatoire

- ATCD perso+famille dig, mdts, OH, toxiques
- Horaire, contexte, symptômes associés, aspect du liquide

### ○ Examen physique

- /!\ examens **neuro, cardio-vascul<sup>r</sup>, abdomino-pelvien** /!\

### ○ Examens complémentaires

- **ASP, RTx, FOGD**
- **Hémogramme, urée-créat, glycémie, ionogrammes sanguin et urinaire, amylasémie, transaminases, BU-ECBU**
- **FO et TDM/IRM encéphal<sup>r</sup>** si suspicion d'HTIC tumorale
- **PL** si suspicion de méningite ou hémorragie méningée

## • Etiologie

### ○ Causes neuro

- **Migraine**  
*Crises antérieures, ATCD familiaux, facteurs déclenchants stéréotypés, exam neuro nl en dehors des crises, exams complément<sup>r</sup> nx*

- **Tumeur encéphalique débutante**  
*v. matinaux, faciles, en jet, avec céphalées → TDM/IRM ++*

### ○ Cause psychologiques et psychiatriques

- **Vomissements « fonctionnels » ou « psychogènes »**  
*♀ jeune, pdt ou juste après les repas, tj aux toilettes, Ø nausée, contexte = situation conflictuelle ou carence affective majeure*
- **Accès boulimiques suivi de vomissements**  
*Adolescente ou ♀ jeune, associés à alternant avec : anorexie mentale/prise de laxatifs ou diurétiques*

### ○ Causes endocrino-métaboliques

- **Grossesse**  
*1<sup>er</sup> trimestre : nx, 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> trimestre : organicité probable*
- **Autres = IRénales, Diabète, ISRénales** (/!\URGENCES/!\)

### ○ Causes cardiaques

- **IDM** → ECG

### ○ Coliques néphrétiques et pyélonéphrites aiguës

### ○ Causes médicamenteuses

- Prévisibles (**chimiothérapies anti-K**)
- Possiblement signe de toxicité sévère (**digitaliques**)

### ○ Causes digestives

- **Colites aiguës**
- **Gastro-entérites infectieuses**

- **Sténoses pyloro-duodénales, gastroparésies, sténoses du grêle proximal** (Crohn, K)

*Asymptomatique au réveil, nausées ↗ avec prises alimentaires, soulagement par vomissements alimentaires*

- **Stéatose hépatique aiguë gravidique**

*Rare, grave, 3<sup>e</sup> trimestre*

## • Traitement

### ○ Correction des troubles hydro-électrolytiques

- **Si collapsus** : expansion volémique rapide

- **Sinon** :

- Compenser les pertes passées :  
Sérum salé isoton<sup>r</sup> (9g/L), puis G5% avec NaCl et KCl
- Compenser les pertes persistantes  
G5% avec NaCl et KCl et vitB<sub>1</sub> parentérale

### ○ Antiémétiques si Ø ttt étiologique disponible

- **Antiémétiques périphériques** *habituellement*
- Parfois inhibiteurs de la 5-hydroxytryptamine

## Hématémèse

**/!\ Toute hématémèse peut mettre en jeu le pronostic vital /!\**

- **Déf** : expulsion, au cours d'efforts de vomissements, de sang rouge et noir non aéré, souvent mêlé de caillots et de débris alimentaires
- **Diagnostic**
  - Facile si l'on assiste à l'hématémèse : cf. définition
  - Malade ininterrogeable : **pâleur, collapsus cardio-vasculaire** → recherche d'une hémorragie par TR et pose de sonde gastr<sup>r</sup>
  - **Rétrospectif** qd anémie ou complication d'une maladie
- **DA = hémoptysies** (aéré), **épistaxis dégluties** (diag + difficile)
- **Gestes d'urgence**
  - **Prélever du sang**  
*Groupe sanguin, hématocrite, hémostase, urée-créat, ionogramme sanguin, test hépatiques (bilirubine, ASAT, etc.)*
  - **VVP et commander du sang**
  - **Sonde gastrique par voie nasale**  
*Lavage de l'estomac jusqu'à obtention d'un liquide clair*
  - **Surveillance régulière**
    - **Clinique** : FC, PA, T°, FR, diurèse, aspect du liquide de lavage gastrique, aspect des selles, apports transfusionnels
    - **Biologique** : hématocrite, autres paramètres si besoin
- **Appréciation de l'abondance du saignement**
  - Sur **retentissement général** plutôt que sur vol. extériorisé
  - **PA, FC**
    - FC > 120, PAS < 100 (ou ↘ de plus de 40), hypoTA de plus de 15
  - **Hématocrite**
    - Normal juste après le saignement
    - Minimum entre 24<sup>e</sup> et 72<sup>e</sup> h
  - **Saignement persistant ou récidivant** si FC et PA non corrigés ou aggravés après la transfusion
- **Diagnostic étiologique**
  - **Interrogatoire**
    - **ATCD** (*hémorragie dig, ulcère gastroduodénal, cirrhose, maladies associées*), **mdts** (*anti-inflammatoires et anticoagulants*), **OH**, **symptômes** récents ou anciens de pathologie digestives (*douleur, ictère,...*), **autres types d'hémorragie** (*purpura, épistaxis, hématurie*)
  - **Clinique**
    - Signes de cirrhose, HTP, tumeur maligne étendue, lésions cut-muq (*télangiectasies, angiomes*), patho cardiaque

## ○ Examens complémentaires

- **Biologie**  
→ dépister une anomalie majeure de l'hémostase et des éléments en faveur d'une cirrhose
- **FOGD**  
Précocement, si hémodynam<sup>q</sup> bonne et stable, conscience nle

## ● Etiologie

### ○ Chez patients cirrhotiques

- **Diagnostic svt évident**  
Palpation (foie dur, lisse, bord ant-inf tranchant), signes d'IH, d'HTP, biologiques (Taux de Quick ↓, albuminémie et ammoniémie ↑)
- **Cause de l'hémorragie → FOGD**  
Rupture de varices œsophagiennes ou cardiales +++, + rarement ulcérations aiguës gastriques, Sd de M-W, ulcère chronique gastrique ou duodéal
- **Complications possibles**  
Encéphalopathie hépatique, ascite, infections, IRénale)

### ○ HTP non cirrhotiques

- Signes d'HTP sans signe de cirrhose
- Causes = **blocs intra-hépatiques non cirrhotiques** (bilharziose, fibrose congénitale, sclérose, sarcoidose), **sous-hépatiques** (thrombose portale, pyléphlébite, trouble de l'hémostase), **sus-hépatiques** (Budd-Chiari, maladie veino-occlusive)

### ○ En dehors de l'HTP

- **Ulcère gastriques, duodénaux et anastomotiques**  
Cause la + fréquente d'hématémèse (50%)  
Diagnostic par endoscopie, 2<sup>e</sup> endoscopie pour biopsie si ulcère gastrique
- **Ulcérations aiguës gastro-duodénales**  
Quand HTP, mdts gastrototoxiques, ou encore stress divers
- **Œsophagite par reflux** (sujet âgés et alités ++)
- **Hématémèse du Sd de Mallory-Weiss**  
Succèdent à des vomissements non sanglants  
Diagnostic par endoscopie = ulcération longitudinale
- **Tumeurs malignes œsogastriques** rare
- **Hémobilies**  
Complication de traumatisme, biopsie ou abcès hépatique, d'un CHC, d'une lithiase biliaire ou d'un anévrysme de l'artère hépatique ou cystique
- **Wirsungorragies**  
Dues à faux kyste hémorrag<sup>q</sup> en communication avec Wirsung ou à rupture d'anévrysme de l'a. splénique dans Wirsung
- **Lésions vasculaires**  
Ectasies vasculaires, rupture d'anévrysme aorte/a. digestives
- **Syndromes hémorragiques**  
Purpura thrombopénique, CIVD, hémophilie, anti-coagulants

## ● Traitement

### ○ Symptomatique

- **Si collapsus** : expansion volémique rapide
- **Transfusion de sang** lorsque
  - Spoliation sanguine, anémie mal tolérée, hypoxie dangereuse → **concentrés globul<sup>f</sup>** (obj = 30% < Ht < 35%)  
**VitK<sub>1</sub> IV + plasma frais congelé** si hypocoagulabilité excessive sous AVK

## ○ Etiologique

- **Rupture de varices œsophagiennes**
    - **Hémostase** en g<sup>al</sup> spontanée, sinon :  
Analogues de la somatostatine ou de la vasopressine IV, ligature élastiques ou sclérose des varices, tamponnement œso-cardial  
Si pas efficace → dérivation porto-systémique d'hémostase
    - **Prévention des récurrences hémorragiques**  
Propranolol, ligature ou sclérose endoscopique des varices œsophagiennes, si pas efficace → dérivation porto-systém<sup>q</sup>
  - **Ulcères gastroduodénaux**
    - IPP
    - **Injection hémostatique endoscopique** (adrénaline)  
Si vx visible ou hémorragie ulcéreuse active
    - Si persistance ou récurrence → **ttt chirurgical**
  - **Ulcérations aiguës gastro-duodénales de stress**
    - Ttt du **facteur déclenchant + antisécrétoires**
- ### ○ Hématémèses cataclysmiques
- Qd liquide gastr<sup>q</sup> tj sanglant, état hémodynam<sup>q</sup> précaire
  - **Tentative de FOGD** pour savoir s'il existe des VO
  - **Si étiologie d'HTP certaine ou probable**
    - **Sonde de tamponnement** œsophagien + **ttt endoscop<sup>q</sup>**
    - Si échec : **dérivation porto-systémique**
  - **Si Ø HTP**
    - **Laparotomie** (retrotrouvant le + svt un saignement artériel au niveau d'un ulcère chronique) + **ttt**

## Méléna

- **Déf** : émission de sang par l'anus de sang digéré par les enzymes digestives et les bactéries coliques  
Origine = tout le TD sauf sigmoïde/rectum/anus
- **Clinique**
  - Selles noires, poisseuses, très nauséabondes (odeur ≠ des selles nles)
  - Si peu abondant : selles simplement striées de noir
- **Diagnostic étiologique**
  - **Interrogatoire**
    - **ATCD** maladie ulcéreuse, hématémèse, mdts gastrototoxiques (anti-inflammatoires, aspirine, anti-coagulants)
  - **Examen physique**
    - **Signes de chocs** : tachycardie, hypoTA, sueurs, pâleur, froideur des extrémités, marbrure, oligurie, soif
    - **Signes d'anémie** : pâleur, asthénie, vertiges, phosphènes, tachycardie, souffle cardiaque
- **Gestes en urgence**
  - **Groupe sanguin** (ABO et Rhésus), **dosage Hb**
  - Recherche étiologique
    - **FOGD**
    - **Coloscopie** si pas de cause digestive retrouvée
    - **Vidécapsule ou entéroscopie** si 2 premiers examens négatifs

## Rectorragie

- **Déf** : émission de sang rouge par l'anus, qq soit l'organe qui saigne  
= hématochésie si aigu et abondant
- **Rectorragies massives** rares
  - **Pronostic vital en jeu**
  - **Examen** : recherche de signes de choc, cf hématémèse
  - **Diagnostic étiologique** par endoscopie dig (FOGD + colo voire artério)

- **Rectorragies associées à un syndrome dysentérique ou rectal**

Cf. chapitre troubles du transit

- **Rectorragies minimales isolées** cas le + fréquent

- **Interrogatoire**

- **Contexte** (prise de T° rectale, CE, suppositoires...), **chronologie du saignement par rapport aux selles, état digestif habituel** (transit, appétit,...), **signes associés** (dl, AEG)

- **Examen physique**

TR, examen de la marge anale, anoscopie, rectoscopie permettent de trouver la cause :

- **Saignement hémorroïdaire**

Rectorragie minimale

Suit les selles (éclabousse cuvette ou tache le pq)

Cède en qq minutes

En g<sup>al</sup> indolore, parfois gêne anale

- **Fissure anale**

Rectorragie minimale, inconstante

Tache le papier

**Sd fissuraire = douleur en 3 temps** : dl au passage de la selle – disparition – réapparition

Svt associée à constipation et hypertonie du sphincter anal

- **Polype ou cancer**

Sang mélangé à la selle ou la strie juste

Possiblement en dehors de la selle (Sd rectal)

Diagnostic par coloscopie

Rq : chez sujet >40 ans, **coloscopie au moindre doute**