

## Dysphagie, RGO, vomissements, hémorragies digestives

### A - Définitions :

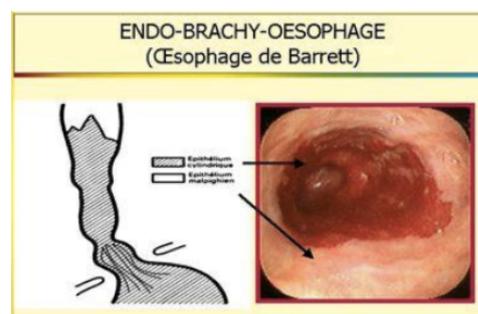
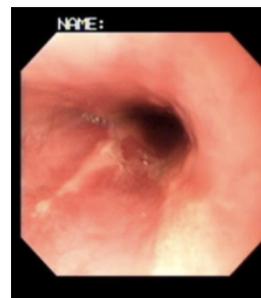
- **Dysphagie** : sensation de gêne ou d'obstacle à la déglutition du bol alimentaire.
  - Oropharyngée : avant la propulsion du bol alimentaire dans l'œsophage
  - Œsophagienne : blocage ou gêne rétrosternale au moment de la progression du bol alimentaire dans le corps de l'œsophage ou le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)
- **Odynophagie** : douleur pharyngée ou œsophagienne, lors de la déglutition, qui peut être due à des lésions dans l'œsophage, lors de la progression du bol alimentaire mais sans sensation de blocage.
- **Pyrosis** : sensation de brûlure traçante ascendante rétrosternale dont le point de départ est épigastrique.
- **Régurgitation** : remontée passive, sans nausée ni effort de vomissement, du contenu gastrique ou œsophagien jusqu'au pharynx.
  
- **Nausée** : sensation subjective désagréable non douloureuse de besoin de vomir ou de vomissement imminent.
- **Vomissement** : expulsion active rapide par la bouche du contenu de l'estomac par contraction douloureuse des muscles abdominaux et du diaphragme.
  
- *Diagnostiques différentiels des nausées et vomissements : régurgitation et mérycisme ou rumination (remontée volontaire dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite mastiqués puis déglutis)*

### B - Dysphagie

- Interrogatoire :
  - Contexte (aliment, CE, toxique, médicament)
  - Terrain (alcoolo-tabagisme, immuno-dépression)
  - Caractères de la dysphagie, dysphagie mécanique (aggravation progressive) ? dysphagie fonctionnelle (capricieuse, autant liquides que solides) ?
  - Retentissement nutritionnel
  - Signes associés (fausses routes, dysphonie, hoquet)
  
- Examen clinique : pauvre le plus souvent
  
- **Endoscopie oeso-gastro-duodénale ++++++**
  
- Causes :
  - **Lésions organiques œsophagiennes** :
    - Cancer
    - Sténoses peptiques
    - Divers : CE, caustiques, diverticule de Zenker
    - Œsophagites infectieuses (fungiques (Candida), virales (CMV, herpès), chez ID ++)
  - **Pathologies fonctionnelles de l'œsophage** :
    - Achalasie
    - Maladie des spasmes étagés

## C - Reflux gastro-œsophagien (RGO)

- Passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage
- Peut être un phénomène physiologique ou bien pathologique (10% population, s'il est symptomatique, fréquent, compliqué. Il est le + souvent acide)
- Signes cliniques :
  - Spécifiques :
    - **Pyrosis et régurgitations acides**
    - **Surtout si posturaux, post-prandiaux, nocturnes**
  - Non spécifiques :
    - Douleurs épigastriques, nausées, éructations
    - Laryngite postérieure, toux chronique, asthme
- Exploration : **endoscopie oeso-gastro-duodénale (= gastroscopie)** :
  - **Nécessaire d'emblée si > 50ans, signes d'alarme** (perte de poids, dysphagie, anémie)
  - Résultats : aucune lésion, hernie hiatale (protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax, condition favorisant le RGO), œsophagite, endo-brachy-œsophage (EBO)
- Autres explorations œsophagiennes : pHmétrie, manométrie œsophagienne
- Complications du RGO : œsophage de Barrett (endo-brachy-œsophage = remplacement de la muqueuse œsophagienne par une muqueuse intestinale), œsophagite (Photo noire)



## D - Vomissements

- Interrogatoire : contexte (grossesse, chimiothérapie, TIAC), retentissement nutritionnel, signes associés (fausses routes, dysphonie, hoquet), caractère des vomissements (post-prandiaux/tardifs répétés -> obstacle ; cycliques/per-prandiaux -> cause psychologique)
- Examen clinique : abdominal, neurologique
- Examens complémentaires : selon le **contexte** ++
  - Biologie : glycémie, ionogramme, calcémie, urée, créatinine, BH
  - ASP (CI : grossesse), TDM, endoscopie OGD
- Causes :
  - **Digestives** :
    - Urgences abdominales (occlusion++, etc)
    - Gastro-entérite aigüe
    - Sténose digestive haute (hypochlorémie, alcalose)
  - **Neurologique** :
    - Migraine
    - Vertiges vrais
    - HTIC
    - Méningite, hémorragie méningée
  - **Métabolique** :
    - Insuffisance rénale, surrénalienne aigüe
    - Hypercalcémie, acidocétose diabétique
  - **Autres** :
    - Médicaments (ATB, morphine, chimiothérapie)
    - Grossesse

- Mal des transports
- Causes psychiatriques ou psychologiques

## **E - Hémorragies digestives**

- **Hématémèse** : vomissement de sang rouge ou noir, parfois mêlé à des aliments
  - Origine : en **amont** de l'angle duodéno-jéjunal
  - Presque toujours suivie d'un mélaena : émission par l'anus de sang digéré, noir et fétide
- **Rectorragie** : émission par l'anus de sang rouge non digéré
- **Melena** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide
  
- **Hémorragie digestive haute** :
  - Origine en **amont** de l'angle duodéno-jéjunal
  - Peut s'exprimer par : hématémèse seule ou associée à méléna, méléna seul, rectorragie si très abondante
  
- **Hémorragie digestive basse** :
  - Origine en **aval** de l'angle duodéno-jéjunal
  - Peut s'exprimer par : méléna seul, rectorragie seule, rectorragie + méléna
- Conduite pratique :
  - Apprécier la gravité (pouls, PA, pâleur), poser un accès veineux et prélever (groupe, Hb, iono)
  - Oxygène, remplissage, (transfusion)
  - Interrogatoire :
    - Terrain : ulcère, cirrhose, Rendu-Osler hépatite virale
    - Prises récentes d'AINS, de salicylés, d'anticoagulants
  - Examen clinique
  - Pose d'une sonde gastrique :
    - Sang pur : hémorragie digestive haute active
    - « Vieux » sang, caillots : hémorragie digestive haute interrompue
    - Clair : origine post-pylorique
  - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale**
    - Chez un malade en état hémodynamique stable
    - Diagnostique
    - Parfois thérapeutique : ligature de VO, injection hémostatique d'ulcères GD
  - Coloscopie : si endoscopie négative (d'emblée si rectorragie peu abondante), importance de la préparation colique (PEG)
  - Angio-scanner ou artériographie : si possibles, hémorragie sévère et examens endoscopiques négatifs, but : localiser l'hémorragie
  
- Causes d'hémorragies hautes :
  - *Œsophage* : rupture de VO, syndrome de Mallory-Weiss, tumeur
  - *Estomac* : ulcères, ulcérations, rarement (cancers, lymphomes), duodénum (**ulcères** +++, très rarement : wirsungorragie, hémobilie)
  
- Causes d'hémorragies basses :
  - *Intestin grêle* : très rare : diverticule de Meckel, tumeurs, angiomes (parfois dans le cadre d'une maladie de Rendu-Osler)
  - *Côlon* :
    - Hémorragies parfois massives : angiodysplasies (côlon droit) diverticules (surtout côlon sigmoïde), ulcérations thermométriques rectales
    - Hémorragies plutôt minimales et répétées : colites (RCH, colites ischémiques, infectieuses), cancers et gros adénomes