

Sémiologie gastro- entérologique

D. LABAYLE

J. VITAUX

Actualisation :

J.-C. DELCHIER

Dysphagie

POUR COMPRENDRE

L'œsophage est un conduit qui s'étend du pharynx (bouche de Killian) à l'estomac (cardia). Au repos, il est isolé de ces deux organes par un sphincter supérieur et un sphincter inférieur qui empêchent toute contamination de l'œsophage. Lors de la déglutition, le sphincter supérieur s'ouvre, le bol alimentaire ou la salive dégluties sont propulsés vers le bas par des contractions propagées le long du corps de l'œsophage, puis le sphincter inférieur s'ouvre, autorisant le passage dans l'estomac.

Normalement, après le début de la déglutition, le sujet n'a pas conscience du passage du bol alimentaire dans l'œsophage jusqu'à l'estomac. La dysphagie est la sensation de l'existence d'une gêne au passage des aliments : elle traduit l'existence d'une maladie œsophagienne (obstruction ou trouble de la motricité).

La sémiologie de la dysphagie

La dysphagie est une sensation d'arrêt sur le trajet de l'œsophage lors d'une déglutition.

Le siège de la dysphagie est **thoracique, rétrosternal**, variable suivant le siège du trouble causal : la sensation d'arrêt peut siéger de la partie basse du cou à la région épigastrique. Il n'y a pas de coïncidence parfaite entre le siège de la sensation d'arrêt et le siège de la lésion œsophagienne.

Trois grands tableaux correspondant à des causes différentes peuvent être réalisés en fonction des caractères propres de la dysphagie et de ses signes d'accompagnement :

- **dysphagie du cancer** : celle-ci est progressive, survenant d'abord pour les aliments solides (viande, pain) puis elle devient de plus en plus importante, touchant les aliments liquides et même la salive ; elle est généralement indolore et peut s'accompagner à un stade tardif d'une toux à la prise de liquide, traduisant l'existence d'une fistule dans les voies aériennes ; elle s'accompagne d'un amaigrissement progressif intense ;

- **dysphagie de l'œsophagite** : elle est généralement intermittente et surtout s'accompagne de signes de reflux gastro-œsophagien qui souvent précèdent la

dysphagie en cas d'œsophagite peptique ; en cas d'œsophagite infectieuse et en particulier d'œsophagite mycotique, la dysphagie est souvent douloureuse (odynophagie) ;

- **dysphagie des troubles moteurs de l'œsophage** : lorsque la dysphagie est liée à une achalasie (absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage), elle est souvent capricieuse dans son évolution ; elle est souvent paradoxale, plus marquée pour les liquides que pour les solides ; elle cède volontiers à certaines postures bien connues du patient ; elle s'accompagne également volontiers de douleurs rétrosternales.

Lorsqu'elle est due à un diverticule de Zenker (diverticule développé aux dépens de la paroi postérieure du pharynx), elle est localisée au niveau du cou, s'accompagne de régurgitations et même de ruminations et, enfin, cède volontiers à la pression du cou.

Signes d'accompagnement non spécifiques : un certain nombre de signes traduisent la stase œsophagienne quelle qu'en soit la cause : régurgitations alimentaires, hypersialorrhée, toux (en particulier nocturne).

Le hoquet peut traduire une irritation du nerf phrénique par une pathologie œsophagienne.

Le diagnostic différentiel de la dysphagie

Il est parfois difficile de distinguer la dysphagie d'une simple anorexie.

Les sensations, très fréquentes, de « boule œsophagienne », sans rapport avec la déglutition, ne correspondent pas habituellement à des lésions pharyngo-œsophagiennes, mais sont des troubles fonctionnels sans anomalie morphologique décelable et sont déclenchées par l'angoisse.

Les angines s'accompagnent souvent d'une gêne à la déglutition, qui est douloureuse : c'est la traduction d'une inflammation pharyngée. Bien que la terminologie habituellement employée soit celle d'angine « dysphagique », il n'y a pas de dysphagie vraie.

Les causes de la dysphagie

La cause la plus fréquente de la dysphagie est le cancer de l'œsophage qui survient typiquement chez un sujet d'âge moyen, alcoololo-tabagique.

Les autres causes non exceptionnelles sont :

- l'œsophagite peptique sténosante ;
- la sténose survenant dans les suites d'une œsophagite caustique (eau de Javel, soude...) ;
- l'œsophagite infectieuse (le plus souvent mycotique, plus rarement virale) ;
- l'achalasie (hypertonie et absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage).

Les causes plus rares sont :

- les compressions extrinsèques par un arc aortique anormal, par une médiastinite carcinomateuse, par une adénopathie tuberculeuse... ;
- le diverticule de Zenker.

Que faire devant une dysphagie ?

Il ne faut jamais négliger une dysphagie.

L'examen de référence est la fibroscopie œsophagienne. Elle va permettre le diagnostic des lésions muqueuses (cancer, œsophagites, diverticules...).

En cas de fibroscopie normale, le transit œsophagien baryté peut être utile pour mettre en évidence une compression extrinsèque ou des signes évocateurs d'achalasie (mégacœsophage).

Dans le cas où la fibroscopie ne montre pas de lésion muqueuse et où les symptômes sont évocateurs de pathologie motrice de l'œsophage, une manométrie œsophagienne est indiquée car elle seule pourra authentifier l'hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage avec absence (ou insuffisance) de relaxation lors de la déglutition, qui sont les signes typiques d'achalasie.

Reflux gastro-œsophagien

POUR COMPRENDRE

La muqueuse gastrique a la double propriété de sécréter de l'acide chlorhydrique et de bien tolérer cet acide car elle est recouverte d'un épithélium fait de cellules à mucus. En revanche, la muqueuse œsophagienne, qui est recouverte d'un épithélium épidermoïde malpighien, tolère mal l'effet de l'acide. Physiologiquement, le sphincter inférieur de l'œsophage situé au niveau du cardia maintient une pression élevée qui s'oppose au reflux de l'acide de l'estomac vers l'œsophage. En fait, même chez le sujet normal, il existe de brefs reflux d'acide qui sont rapidement éliminés du fait de la vidange œsophagienne et de la neutralisation par la salive.

L'issue de liquide acide dans l'œsophage à partir de l'estomac déclenche une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien. La condition qui entraîne le reflux gastro-œsophagien est une incontinence du sphincter inférieur de l'œsophage, dont la cause la plus fréquente est la hernie hiatale (ascension de l'estomac à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans le thorax).

La sémilogie du reflux gastro-œsophagien

1. Le pyrosis

C'est l'expression la plus complète du syndrome de reflux gastro-œsophagien clinique.

C'est une douleur à type de brûlure, de siège épigastrique, à irradiation rétrosternale ascendante et traçante.

L'horaire de la douleur est habituellement post-prandial.

Le pyrosis est déclenché par les **changements de position** : le décubitus (en particulier le primo-décubitus, lorsque le patient se couche), l'antéflexion du tronc (réalisée notamment lors du

laçage des chaussures ou « signe du lacet »). Le caractère postural est un argument très important en faveur du syndrome de reflux gastro-œsophagien.

2. Les manifestations plus frustes

Très souvent, les manifestations du reflux gastro-œsophagien sont plus frustes :

- brûlures de siège épigastrique ou rétrosternal ;
- brûlures rétrosternales ou thoraciques sans pyrosis vrai ;
- rarement, association à des douleurs à type de striction modérée, à des éructations.

Le caractère postural de ces symptômes permet d'évoquer un syndrome de reflux gastro-œsophagien.

3. Les manifestations atypiques

Il faut savoir penser à un reflux gastro-œsophagien devant une toux ou une dyspnée nocturne, devant une sensation de dysesthésie pharyngée, devant une douleur rétrosternale pseudo-angineuse.

4. L'association à une dysphagie

Elle doit, même modérée, faire suspecter une complication : l'œsophagite peptique sténosante.

Les causes du reflux gastro-œsophagien

La cause la plus fréquente de reflux gastro-œsophagien est la **hernie hiatale**. Elle est liée habituellement à une déhiscence musculaire du diaphragme et des moyens de fixité du hiatus cardinal. On distingue deux types de hernies : les hernies par glissement, où le cardia est sus-diaphragmatique, et les hernies par roulement, où le cardia reste en place. En fait, cette dernière forme est rarement isolée et s'associe souvent à une hernie par glissement.

Le reflux gastro-œsophagien peut souvent survenir alors que le cardia est en place ; c'est un **reflux gastro-œsophagien isolé**.

Une malposition cardio-tubérositaire peut être la cause du reflux.

Que faire devant un reflux gastro-œsophagien ?

Rechercher une œsophagite peptique en faisant une fibroscopie, qui est l'examen le plus sensible pour détecter cette complication du reflux.

Une fibroscopie normale ne permet pas d'exclure le reflux gastro-œsophagien comme cause de douleur, en particulier de pyrosis typique. Dans ce cas, ainsi que lorsqu'un reflux gastro-œsophagien est suspecté devant des manifestations atypiques, il faut pratiquer une pHmétrie œsophagienne (cf. plus loin) qui permettra d'identifier le reflux gastro-œsophagien anormal.

Les explorations fonctionnelles œsophagiennes

A - La pHmétrie œsophagienne

Elle consiste à enregistrer le pH œsophagien pendant plusieurs heures à l'aide d'une électrode. Elle permet ainsi d'authentifier le reflux anormal d'acide d'origine gastrique dans l'œsophage.

B - La manométrie œsophagienne

Elle consiste à enregistrer les contractions de l'œsophage à l'aide de cathéters placés en position œsophagienne et reliés à des capteurs de pression.

Elle peut ainsi mettre en évidence une achalasie, c'est-à-dire une hypertonie permanente du sphincter inférieur de l'œsophage, associée à une relaxation incomplète ou absente de celui-ci lors de la déglutition.

Cet examen est également précieux pour rapporter à un spasme œsophagien des douleurs thoraciques rétrosternales atypiques.

Diagnostic d'une douleur abdominale

Le diagnostic d'une douleur abdominale est un des problèmes les plus fréquemment rencontrés en pratique gastro-entérologique quotidienne. Il est possible de déterminer cliniquement l'origine de la douleur et de suspecter sa cause sur le seul interrogatoire dans de nombreux cas : à partir des indications fournies par l'interrogatoire du malade, on peut choisir le ou les examens complémentaires qui permettront d'affirmer un diagnostic.

L'interrogatoire doit être précis, complet et clair, pour préciser les caractères sémiologiques des douleurs abdominales :

- type de la douleur,
- siège,
- irradiations,
- intensité, durée,
- facteurs déclenchants possibles (repas, positions, médicaments, émotions, modifications thermiques),
- heures de survenue,
- évolution dans la journée,
- évolution dans l'année (tous les jours, ou épisodiquement),
- signes d'accompagnement.

Nous envisagerons successivement, suivant ce plan précis et schématique, les douleurs de reflux gastro-œsophagien, d'ulcère, de lithiase biliaire, de pancréatite, les douleurs coliques, la colique néphrétique et les douleurs gynécologiques.

Le diagnostic d'un syndrome de reflux gastro-œsophagien

1. La douleur

- Siège : épigastrique.
- Type : brûlures.
- Irradiation : rétrosternale, jusqu'à la base du cou ; si l'irradiation est traçante, c'est le pyrosis.
- Intensité : variable, habituellement modérée.
- Durée : quelques secondes ou minutes.

- Facteurs déclenchants : antéflexion, décubitus (notamment primo-décubitus).
- Horaire : variable, mais souvent post-prandial.
- Périodicité : sans.
- Signes d'accompagnement : régurgitations acides, éructations.

2. Au total

Les principaux caractères de la douleur de reflux gastro-œsophagien sont :

- l'irradiation rétrosternale,
- le déclenchement postural.

Le diagnostic d'une douleur gastrique ou duodénale

Les principaux caractères des douleurs d'origine gastro-duodénale, sans préjuger de l'étiologie (la douleur de l'ulcère sera détaillée plus loin), sont indiqués ci-dessous.

1. La douleur

- Siège : épigastrique.
- Type : crampe ou torsion.
- Irradiation : habituellement sans irradiation.
- Intensité : variable, parfois très intense.
- Durée : spontanément de trente minutes à deux heures.
- Horaire : post-prandial (de une à quatre heures après les repas) et fixe chez un même malade. Les douleurs post-prandiales tardives sont souvent nocturnes, réveillant le malade.
- Calmée par : les aliments et les alcalins, sans position antalgique.

2. Au total

Les principaux caractères cliniques des douleurs gastro-duodénales sont :

- le siège épigastrique,
- le caractère post-prandial,

- la sédation ou l'atténuation après absorption d'aliments.

La douleur ulcéreuse typique est décrite au chapitre du syndrome ulcéreux.

Le diagnostic d'une douleur d'origine biliaire (colique hépatique)

1. La douleur

- Siège : hypocondre droit typiquement, épigastre dans un tiers des cas environ.
- Type : torsion, crampe ou broiement.
- Irradiation : vers l'épaule droite, l'omoplate droite, dans le dos.
- Intensité : douleur intense, souvent insupportable.
- Durée : prolongée (plusieurs heures).
- Facteurs déclenchants : aucun.
- Calmée par : aucune position antalgique.
- Aggravée par : l'inspiration ; l'inhibition respiratoire est caractéristique de la douleur biliaire.
- Horaire : sans horaire particulier.
- Périodicité : sans périodicité nette.
- Signes d'accompagnement : vomissements assez fréquents.

2. Au total

Les principaux caractères de la douleur biliaire sont :

- les irradiations scapulaires et dorsales,
- l'inhibition respiratoire.

Le diagnostic d'une douleur pancréatique

1. La douleur

- Siège : épigastrique, sus-ombilical, souvent à gauche de la ligne médiane, parfois dans l'hypocondre gauche.

- Type : crampe.

- Irradiation : dorsale, transfixiante (impression ressentie par le patient d'une douleur qui le traverse de part en part).

- Intensité : douleur intense.

- Durée : variable, souvent prolongée.

- Facteurs déclenchants : prise d'alcool et d'aliments assez souvent.

- Calmée par : l'antéflexion (position penchée en avant).

- Horaire : le plus souvent sans horaire précis.

- Périodicité : pas de périodicité vraie, mais les douleurs de pancréatite surviennent souvent pendant plusieurs jours ou semaines consécutifs.

- Signes d'accompagnement : diarrhée, amaigrissement rapide.

2. Au total

Les principaux caractères de la douleur pancréatique sont :

- l'irradiation dorsale (douleur transfixiante),
- la position antalgique (antéflexion).

Le diagnostic d'une douleur colique

1. La douleur

- Siège : souvent épigastrique, en fait en cadre, dessinant le côlon, ressentie dans les deux fosses iliaques, parfois hypogastrique.

- Type : colique ; c'est une douleur paroxystique à début brutal (crampe ou distension), brève et à sédation rapide par l'émission de gaz ou de selles.

- Irradiation : descendant le long du cadre colique.

- Intensité : très variable.

- Durée : de quelques minutes à quelques heures.

- Facteurs déclenchants : multiples.

- Calmée par : l'émission de gaz ou de selles.

- Horaire : variable, parfois post-prandial immédiat, s'il existe une diarrhée motrice associée.

- Périodicité : sans.

- Signes d'accompagnement : gargouillis abdominaux, ballonnement, troubles du transit (diarrhée, constipation).

2. Au total

Les principaux caractères de la douleur colique sont :

- ses irradiations vers les fosses iliaques,
- la sédation par l'émission de gaz ou de selles.

Le diagnostic d'une douleur d'origine rénale

1. La douleur

- Siège : lombaire.
- Type : striction.
- Irradiation : descendante vers l'aîne, les organes génitaux.
- Intensité : importante, génératrice d'agitation.
- Horaire : souvent nocturne.
- Durée : plusieurs heures.
- Calmée : uniquement par les antispasmodiques.
- Signes d'accompagnement : dysurie, pollakiurie.

2. Au total

Les principaux caractères de la douleur rénale sont :

- le siège lombaire,
- les irradiations descendantes,
- les signes urinaires d'accompagnement.

Le diagnostic d'une douleur gynécologique

1. La douleur

- Siège : hypogastrique.
- Type : variable (pesanteur, torsion, coup de poignard...).

- Irradiations : parfois lombaires ou rectales et membres inférieurs.

- Intensité : variable.

- Horaire : sans.

- Périodicité : parfois en rapport avec la menstruation.

- Durée : variable.

- Facteurs déclenchants : touchers pelviens, rapports sexuels, dispositif intra-utérin...

- Non calmée par une position antalgique.

- Signes d'accompagnement : leucorrhées, troubles des règles, signes urinaires ou rectaux.

2. Au total

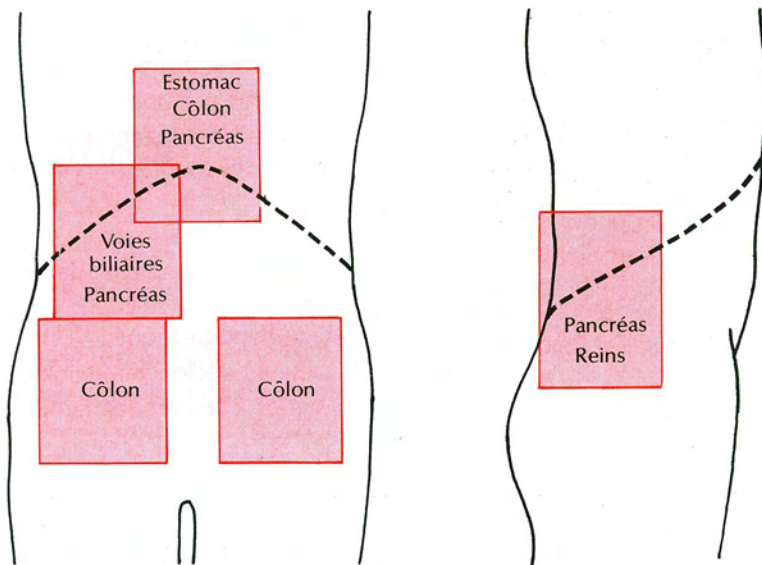
Les principaux caractères de la douleur gynécologique sont :

- le siège hypogastrique,
- les facteurs déclenchants lorsqu'ils sont retrouvés,
- les signes d'accompagnement, en particulier les leucorrhées.

En conclusion

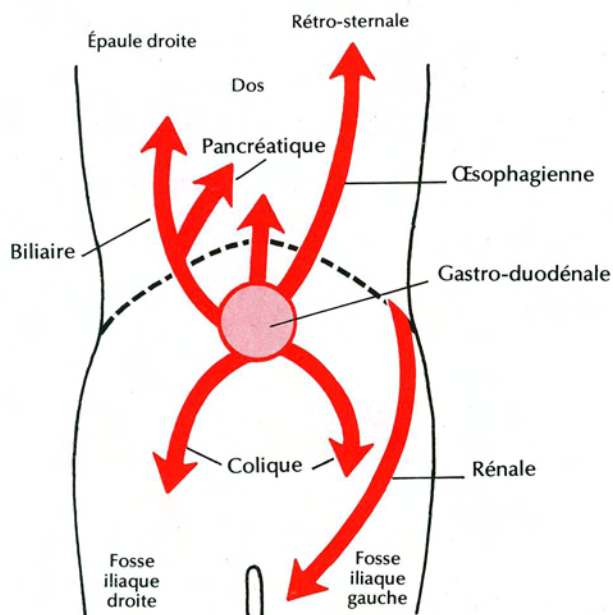
1. Orientation diagnostique en fonction du siège

(fig. 1)

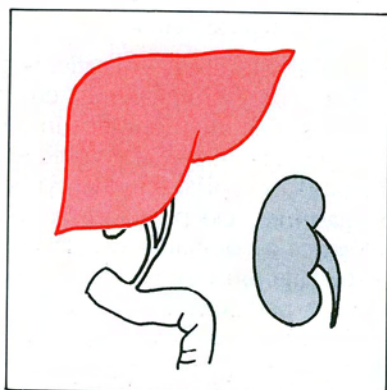


2. Orientation diagnostique en fonction des irradiations

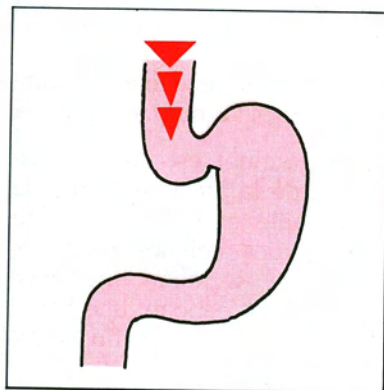
(fig. 2)



3. Orientation diagnostique
en fonction des éléments calmant la douleur
(fig. 3)



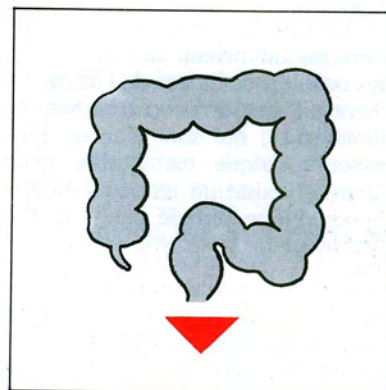
RIEN
sauf antispasmodiques :
voies biliaires, rein



Alimentation :
estomac ou duodénum



Antéflexion :
pancréas



Élimination de gaz
et de selles :
côlon

Exploration fonctionnelle de l'estomac

L'étude de la sécrétion gastrique acide

POUR COMPRENDRE

L'estomac sécrète de l'acide chlorhydrique et du pepsinogène activé secondairement en pepsine. La sécrétion acide est déclenchée par les repas, par l'intermédiaire de la stimulation du nerf pneumogastrique et la libération de gastrine. De plus, l'estomac sécrète du **facteur intrinsèque**, indispensable à l'absorption iléale de la vitamine B₁₂.

La **gastrine** est une hormone polypeptidique sécrétée par les cellules G de l'antré. Elle agit dans la muqueuse fundique au niveau des cellules pariétales, c'est-à-dire des cellules sécrétrices de l'acide. Les stimuli qui déclenchent la libération de gastrine sont avant tout les protéines alimentaires, qui sont d'autant plus stimulantes que le milieu gastrique est alcalin, enfin, la distension de l'antré. Il existe un rétrocontrôle de la sécrétion d'acide chlorhydrique stimulé par la gastrine. En effet, l'acidité antrale inhibe la sécrétion de gastrine.

Le **nerf pneumogastrique** participe également à la stimulation de la sécrétion acide. Il est stimulé par l'hypoglycémie, par la prise alimentaire (phase céphalique de la sécrétion déclenchée par la faim, l'odeur et le goût des aliments). Il est également stimulé par la distension de la partie haute de l'estomac. Il existe une interaction étroite entre pneumogastrique et gastrine.

L'étude du **tubage gastrique** a eu un intérêt physiopathologique pour montrer que l'ulcère duodénal était plutôt lié à une hyperacidité gastrique alors qu'en cas d'ulcère gastrique, il existe une normo voire une hypoacidité de l'estomac. Il a permis de montrer également qu'en cas de maladie de Biermer, il existait une achlorhydrie avec absence de sécrétion de facteur intrinsèque.

1. Les indications du tubage gastrique

Le tubage gastrique n'a pas d'intérêt pour faire le diagnostic d'ulcère gastrique ou d'ulcère duodénal chez un patient donné. En revanche, il paraît

indispensable chez les patients pour lesquels une intervention chirurgicale est envisagée. Il permettra dans ce cas de dépister un éventuel syndrome de Zollinger-Ellison (hypersécrétion gastrique non freinable, secondaire à une hypersécrétion tumorale de gastrine). De plus, son résultat constituera une référence à comparer aux résultats post-opératoires, permettant ainsi de vérifier l'efficacité de l'intervention, en particulier des vagotomies, sur la sécrétion acide. Enfin, le tubage gastrique avec dosage du facteur intrinsèque permettra de rechercher une achlorhydrie avec absence de facteur intrinsèque qui sont caractéristiques de la maladie de Biermer.

2. La méthode du tubage gastrique

Le malade est à jeun. Une sonde gastrique est mise en place dans l'estomac après intubation nasogastrique. Le liquide présent dans l'estomac à jeun est aspiré et jeté.

La sécrétion gastrique basale est recueillie pendant une heure (prélèvements toutes les quinze minutes).

La pentagastrine (ou la gastrine) est injectée par voie sous-cutanée à la fin de la première heure de prélèvements (t=60 mn). Elle mobilise la totalité de la capacité sécrétoire des cellules pariétales gastriques. On recueille la sécrétion maximale stimulée tous les quarts d'heure pendant une heure dans quatre flacons numérotés en fonction du temps.

Le recueil de la sécrétion après repas fictif, c'est-à-dire repas mâché puis recraché, permet l'appréciation de la sécrétion acide stimulée par le nerf pneumogastrique.

3. Les résultats du tubage gastrique

Pour chaque échantillon de suc gastrique recueilli, on dose l'acidité libre, c'est-à-dire la concentration en ions H⁺ dans le liquide. Cette concentration d'ions H⁺ est déduite de la quantité de soude nécessaire pour ramener le pH de la solution à 7. Il s'agit donc d'une méthode de titration de l'acide.

La sécrétion basale est étudiée par la mesure du **débit acide horaire basal** obtenu en additionnant les débits d'acidité libre dans chacun des quatre prélèvements effectués sans stimulation. La normale

du débit acide horaire basal varie de 2 à 6 mEq/h (ou millimoles/heure).

La sécrétion stimulée est appréciée par l'étude du **pic acide horaire** : celui-ci est calculé en prenant la somme des deux prélèvements contigus **les plus élevés** en débit d'acide libre et en multipliant cette somme par deux (pour rapporter la sécrétion maximale à une heure). Le pic acide horaire varie de 15 à 45 mEq/h. La sécrétion est plus élevée chez l'homme que chez la femme et diminue avec l'âge.

La sécrétion stimulée par le repas fictif est égale en règle à plus de 10 % du pic acide horaire obtenu après stimulation maximale par la pentagastrine. Après vagotomie, si elle est supérieure à cette valeur, cela indique le caractère incomplet de la vagotomie.

4. Le dosage de la gastrine

Il peut, par radio-immunologie, être associé au tubage gastrique. L'interprétation de l'hypergastrinémie est fonction des résultats de l'étude sécrétoire. Le taux normal de la gastrinémie est de 50 picogrammes/100 ml.

L'étude de la motricité gastrique

L'autre fonction de l'estomac est une fonction motrice : réservoir des aliments déglutis, l'estomac les brasse, puis les propulse dans l'intestin après passage du pylore.

1. La gêne à l'évacuation gastrique

La gêne à l'évacuation gastrique des aliments par le pylore est appréciée par la fibroscopie ou par la radiologie qui mettent en évidence la persistance, plusieurs heures après les repas, de résidus alimentaires solides dans l'estomac.

2. Le reflux gastro-œsophagien

Il est au mieux mis en évidence par la pHmétrie œsophagienne (cf. plus haut).

Sémiologie radiologique digestive

POUR COMPRENDRE

Le tube digestif est un organe creux ; la structure anatomique du tube digestif est la même, quel que soit l'étage considéré (muqueuse, sous-muqueuse, musculuse, séreuse). Le tube digestif n'est pas spontanément radio-opaque ; sa tonalité est celle de l'eau. Pour visualiser les différents segments du tube digestif, il faut donc utiliser un produit de contraste qui moule la cavité et permet son étude radiologique.

Le produit de contraste radio-opaque donne une **image en négatif** du tube digestif : une **perte de substance** se traduit par une image en **relief**, et inversement une **lésion saillante** se traduit par un **défect baryté**.

Différents produits de contraste sont utilisables.

Le plus souvent utilisé est le sulfate de baryum, ou baryte, qui donne le meilleur contraste et la meilleure adhérence à la paroi du tube digestif. En cas de suspicion de perforation digestive, la baryte est formellement contre-indiquée car elle réagit avec le péritoine pour former une péritonite engageante « chimique » de très mauvais pronostic.

Les produits de contraste hydrosolubles sont utilisés en cas de suspicion de fistules et de perforations ; ce sont la Gastrografine® et l'Hytrast® (en cas de fistules œsobronchiques). Ils donnent de moins bonnes images (tonalité moindre, dilution), mais leur issue en dehors du tube digestif n'a pas de conséquence en soi.

Les images d'addition

1. La niche

La niche est la traduction radiologique d'une perte de substance. Elle correspond au moule de cette perte de substance par le produit de contraste.

Suivant l'organe considéré et le siège de l'ulcération, la niche sera vue de face (tache barytée) ou de profil (image d'addition par rapport au plan virtuel de la muqueuse).

La présence d'une niche permet d'affirmer l'existence d'une lésion ulcérée mais pas sa bénignité. Seule la réalisation d'une endoscopie avec biopsie permet de trancher.

2. Les diverticules

La définition anatomique d'un diverticule est la saillie de la muqueuse à l'extérieur du plan de la paroi de l'organe : les diverticules s'observent à tous les étages du tube digestif.

Le diverticule est une image d'addition arrondie, régulière, bien limitée, située en dehors du plan idéal de la muqueuse, reliée à la paroi par un collet : l'aspect du diverticule est variable suivant le plan et l'incidence radiologique (fig. 4) :

- de face, tache barytée ;
- de profil, image d'addition raccordée par un collet à la paroi.

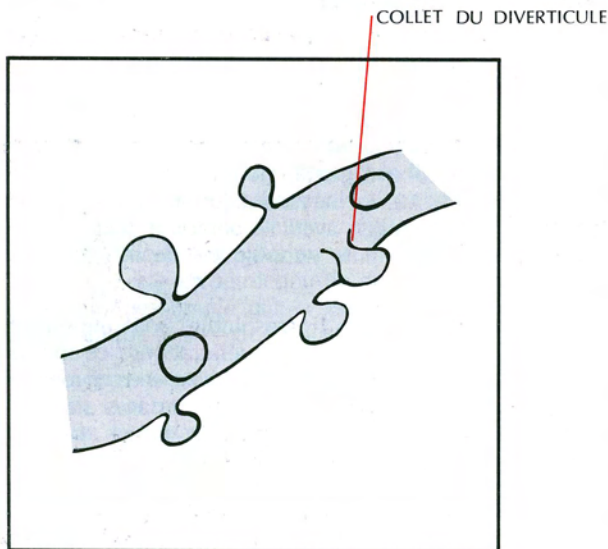


Figure 4. — Schéma de diverticules coliques.

Les raideurs

La raideur est caractérisée par l'absence de modification d'un segment du tube digestif lors de l'examen, et notamment lors du passage des ondes péristaltiques.

Cette raideur peut être localisée au pourtour d'une lésion (image d'addition, ménisque) et évoque

souvent un néoplasme. Elle peut être diffuse et rendre inextensible un organe tout entier : c'est le cas de certaines infiltrations néoplasiques sous-muqueuses gastriques, appelées linites.

La raideur est un signe inquiétant qui impose une **fibroscopie** pour **biopsier**.

Les images de soustraction

1. Les lacunes et les ménisques

La **lacune** est la traduction radiologique d'une tumeur intraluminal, quelles qu'en soient l'origine et la nature : cette image doit être fixe et constante sur plusieurs clichés pour la différencier notamment des résidus alimentaires ou fécaux qui sont des images intraluminales lacunaires mais qui ne font pas corps avec la paroi et sont mobiles.

L'interprétation sémiologique d'une lacune dépend :

- de **sa base d'implantation** (sessile ou faisant corps par une base large avec la muqueuse, ou pédiculée, reliée par un pédicule fin à la muqueuse),
- de **son angle de raccordement** avec la muqueuse normale (aigu ou obtus),
- de **sa taille**,
- de **l'existence ou non d'une ulcération**,
- de son caractère **limité** à une face ou **circonférentiel**.

Les lacunes sont observées quel que soit l'étage du tube digestif.

a) **Les lacunes d'allure bénigne** (correspondant le plus souvent à des tumeurs bénignes) sont typiquement :

- non ulcérées,
- raccordées à angle aigu avec la muqueuse adjacente,
- bien limitées,
- reliées à une muqueuse normale non enraidie.

L'aspect typique est celui des **polypes** observés au niveau colique (fig. 5).

b) **Les lacunes d'allure néoplasique** réalisent au maximum l'image de **ménisque** (fig. 6) : il s'agit de la combinaison d'une image lacunaire tumorale à base large, raccordée avec la paroi à angle obtus et

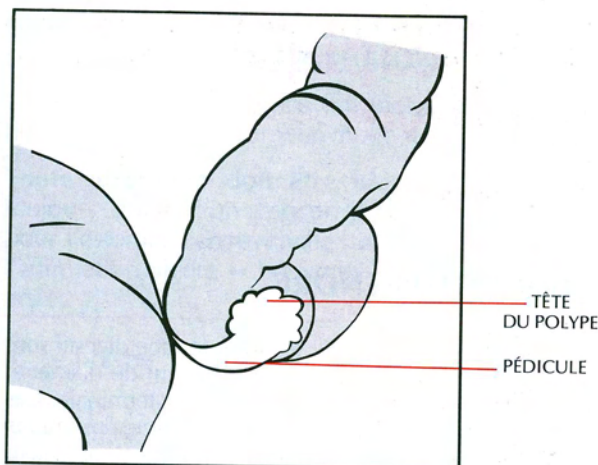


Figure 5. — Schéma d'un polype du sigmoïde.

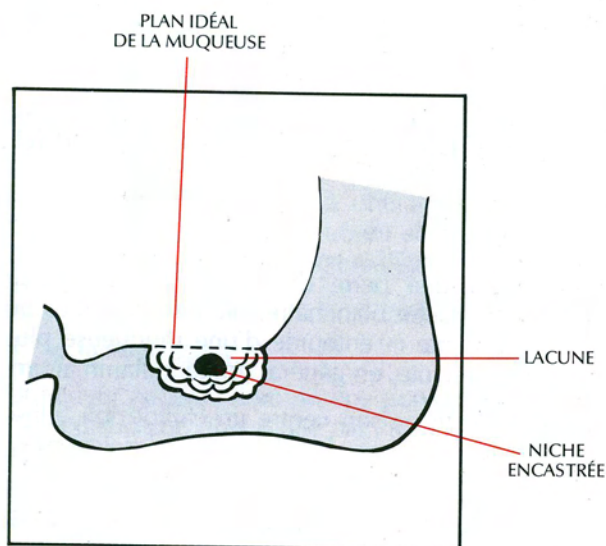


Figure 6. — Schéma d'un ménisque de la petite courbure gastrique.

centrée par une image d'addition correspondant à une ulcération. Elles peuvent s'observer sur tout le tube digestif.

Cet aspect est quasi pathognomonique de cancer. Il faut cependant toujours faire des biopsies sous endoscopie.

Quand le tube digestif est de moindre calibre (œsophage, côlon), cet aspect est plus rarement réalisé ; on observe plutôt une sténose correspondant à une tumeur circonférentielle.

2. Les sténoses

La sténose est le rétrécissement de la lumière digestive : elle se traduit par une image lacunaire réduisant la lumière de part et d'autre du conduit digestif, par rapport au plan idéal de la muqueuse.

L'étude d'une sténose fait appel à :

- son étendue, sa longueur,
- le calibre du rétrécissement,
- le caractère centré ou excentré de la sténose (mauvais critère d'interprétation),
- l'existence d'ulcération,
- le raccordement avec la muqueuse adjacente.

a) **Les caractères d'une sténose néoplasique** (œsophage, côlon, plus rarement estomac) sont (fig. 7) :

- l'existence d'une ulcération centrale,
- le raccordement à angle aigu avec la muqueuse adjacente, avec invagination de la muqueuse normale autour de la sténose,
- le caractère irrégulier (et accessoirement excentré) du rétrécissement.

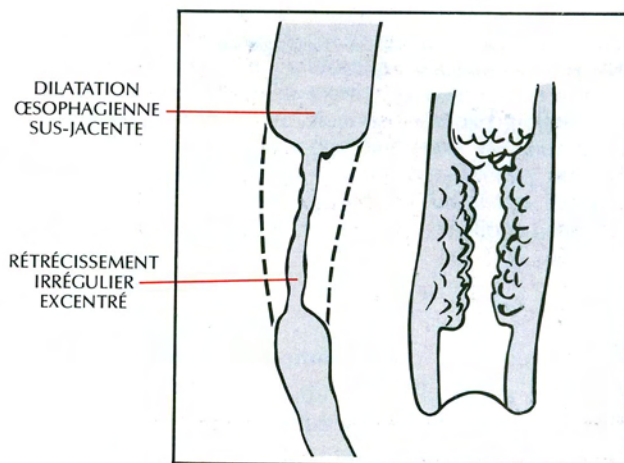


Figure 7. — Schémas d'un cancer de l'œsophage.

b) **Les caractères d'une sténose sans signe de malignité** sont :

- le raccordement progressif avec la muqueuse normale,
- l'absence de raideur,
- le caractère régulier (et/ou centré) du rétrécissement.

L'existence d'une ulcération n'est pas forcément un critère de malignité (fig. 8) (par exemple, œsophagites ulcérées).

Les caractères d'une telle sténose ne sont nullement spécifiques d'une cause : ils peuvent correspondre à une atteinte muqueuse ou à une **compression extrinsèque**.

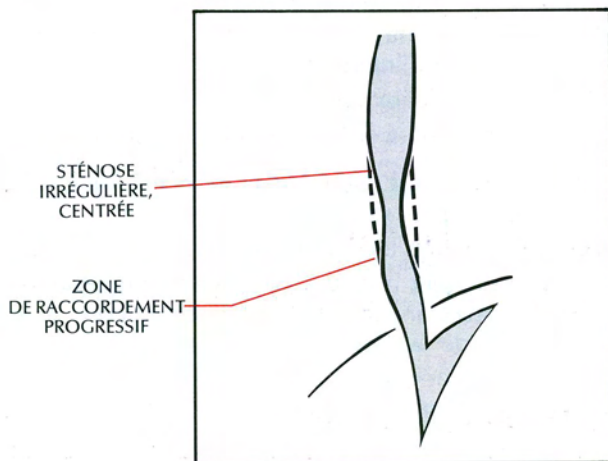


Figure 8. — Schéma d'une sténose œsophagienne « bénigne » (œsophagite peptique).

Sémiologie endoscopique digestive

POUR COMPRENDRE

Les endoscopes utilisés pour explorer le tube digestif sont des tubes souples, mesurant de 9 à 15 mm de diamètre, pluri-directionnels, pourvus d'une optique terminale. Ces appareils permettent d'avoir une vision directe des lésions œso-gastro-duodénales et coliques. Un canal opérateur est inclus dans la gaine de l'endoscope : on peut y introduire une pince à biopsie ou un cathéter pour lavage. Un dispositif d'insufflation permet de distendre les cavités digestives et d'examiner toutes les faces. La sémiologie est identique quel que soit l'organe.

La sémiologie endoscopique

1. L'ulcère

L'ulcère est une perte de substance. Il apparaît comme une tache blanchâtre, bien limitée, plus ou moins creusante et entourée d'une muqueuse plus ou moins saillante, en général rouge, inflammatoire.

Lorsqu'il existe en son centre un caillot noir adhérent, on peut affirmer l'existence d'un saignement récent.

On distingue l'ulcère chronique creusant, souvent unique, des ulcérations superficielles, peu creusantes, souvent multiples (gastrite érosive, duodénite érosive, rectocolite hémorragique).

2. Le cancer

Le cancer apparaît typiquement comme l'association d'une tumeur et d'une ulcération.

La tumeur est une masse bourgeonnante, saillante (en « lobe d'oreille » au niveau de l'estomac) :

- hétérochrome (blanchâtre par endroits, ailleurs érythémateuse) ;
- parfois fragile, saignant au contact de l'endoscope ;
- centrée par une ulcération (creusante, irrégulière, souvent nécrotique, à fond blanchâtre).

La muqueuse adjacente est souvent raide, ne laissant pas passer normalement le péristaltisme.

La consistance des lésions est anormale à la palpation et à la biopsie (tumeur molle ou très dure).

Toute ulcération doit être biopsiée, car il peut toujours s'agir d'un cancer. Cela est surtout vrai pour l'estomac ; en revanche, au niveau duodénal, l'affirmation ulcère = bénignité est presque toujours vraie.

3. Le polype

Le polype se présente comme une tumeur arrondie, bien limitée, rattachée à la paroi soit par une base d'implantation large (polype sessile), soit par une zone rétrécie plus ou moins longue (polype pédiculé).

La muqueuse qui recouvre le polype est souvent normale, parfois inflammatoire. La taille peut être un argument en faveur d'une cancérisation (polype supérieur à 2 cm de diamètre).

Tout polype doit être enlevé en totalité, au cours de l'examen endoscopique, par électrocoagulation à l'anse diathermique, et non pas seulement biopsié, car il correspond souvent à une lésion pré-cancéreuse. La simple biopsie peut, en effet, méconnaître une zone de dégénérescence maligne et être faussement rassurante.

4. La raideur

La raideur apparaît comme une zone non modifiée par la distension provoquée par l'insufflation prolongée et qui ne se contracte pas normalement sous l'influence des ondes péristaltiques. **Toute zone raide doit être biopsiée.**

5. Le diverticule

Le diverticule apparaît en endoscopie comme un orifice habituellement arrondi, régulier, bien limité ou inflammatoire.

6. Les varices

Elles apparaissent comme des cordons bleutés, saillant dans la lumière du tube digestif.

En conclusion, l'endoscopie est un examen indispensable dans de nombreuses situations et toute zone anormale doit être biopsiée. Le seul problème est de confier l'endoscopie à un endoscopiste entraîné, pour que l'examen soit aussi fiable et rentable que possible.

La sémiologie écho-endoscopique

POUR COMPRENDRE

L'écho-endoscopie est une nouvelle technique d'imagerie. L'appareil est composé d'une sonde d'échographie disposée à l'extrémité d'un endoscope. La sonde peut être placée au contact de la paroi digestive en un endroit choisi en fonction des données endoscopiques. Elle permet une analyse fine des différentes couches de la paroi (muqueuse, sous-muqueuse, musculuse, séreuse) et la visualisation des organes de voisinage sur une profondeur de quelques centimètres (ganglions lymphatiques, vaisseaux).

Les indications de l'examen sont :

- la caractérisation des tumeurs digestives bénignes en particulier des tumeurs sous-muqueuses ;
- le bilan d'extension des tumeurs malignes œsophagiennes, gastriques, pancréatiques, rectales ;
- la pathologie du carrefour bilio-pancréatique.

Syndrome ulcéreux

POUR COMPRENDRE

L'ulcère gastrique ou duodénal est une perte de substance muqueuse profonde amputant plus ou moins la musculuse et limitée en son fond par une réaction inflammatoire. La maladie ulcéreuse est caractéristique par son évolution : les ulcères ont souvent une évolution cyclique : ulcère, puis guérison plus ou moins rapide de l'ulcère (avec ou sans traitement), puis récurrence de l'ulcère au même siège ou en un autre endroit sur le duodénum ou l'estomac.

La cause de l'ulcère est une rupture de l'équilibre entre les défenses de la paroi et l'attaque de la muqueuse par la sécrétion chlorhydro-peptique de l'estomac.

Le facteur le plus souvent admis de la cause de la douleur ulcéreuse, en cas d'ulcère évolutif gastrique ou duodénal, est le contact de la muqueuse ulcérée avec l'acidité du liquide gastrique : c'est ce qui explique le caractère post-prandial des douleurs et la sédation des douleurs par les aliments, les anti-acides et les alcalins (qui respectivement tamponnent et neutralisent l'acidité gastrique).

La sémiologie de la douleur ulcéreuse

La douleur ulcéreuse est le signe clinique essentiel mais non constant de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale : certains ulcères sont latents, non douloureux et sont seulement révélés par des complications (hémorragies) ou des examens systématiques.

Il n'existe aucun signe clinique permettant de différencier sémiologiquement les douleurs de l'**ulcère gastrique** de celles de l'**ulcère duodénal** : le diagnostic clinique de douleur ulcéreuse ne préjuge pas de la localisation gastrique ou duodénale de l'ulcère.

1. La douleur ulcéreuse typique

La douleur ulcéreuse typique siège à l'épigastre et n'irradie pas habituellement.

Elle est à type de crampe ou de torsion.

Son intensité est très variable : parfois simple gêne épigastrique, habituellement crampes d'intensité

moyenne, parfois douleurs abdominales très violentes, évoquant un syndrome chirurgical ou une complication (perforation) dans les cas d'ulcères hyperalgiques.

L'horaire de la douleur est **post-prandial** : la douleur ulcéreuse est rythmée par les repas, survient de une à quatre heures après les repas : l'horaire de survenue de la douleur ne permet pas de différencier l'ulcère gastrique de l'ulcère duodénal. L'horaire des douleurs reste habituellement constant pour un même patient.

La durée de la douleur est spontanément de trente minutes à deux heures.

Les douleurs nocturnes sont fréquentes, réveillant le patient, le caractère nocturne d'une douleur épigastrique étant un argument en faveur de son caractère ulcéreux.

Les douleurs post-prandiales tardives surviennent souvent immédiatement avant le repas suivant, réalisant une sensation de « faim douloureuse ».

Les douleurs sont **calmées par les aliments** : c'est un argument sémiologique très important. Elles sont également calmées par les alcalins et les médicaments anti-acides.

Ces douleurs surviennent dans l'année de façon **périodique**. Les douleurs durent de quatre à six semaines, surviennent tous les jours sans interruption et se calment progressivement pour disparaître complètement entre les poussées douloureuses. L'espacement des poussées douloureuses est très variable, de quelques semaines à plusieurs années. Les poussées sont souvent plus rapprochées en cas d'ulcère duodénal et se manifestent à dates fixes (dates « anniversaires », poussées printanières ou automnales).

2. Les douleurs ulcéreuses atypiques

Les douleurs ulcéreuses atypiques sont très fréquentes :

- par leur siège inhabituel : le plus souvent hypocondre droit ;

- par des irradiations, surtout dorsales (si ces irradiations sont très importantes dans le dos, elles doivent faire suspecter une complication : l'ulcère perforé-bouché dans le pancréas).

Les vomissements post-prandiaux doivent faire évoquer une gêne à l'évacuation pylorique.

Des brûlures épigastriques ou rétrosternales peuvent être associées à un syndrome de reflux gastro-œsophagien.

En cas de première crise douloureuse ulcéreuse, la périodicité manque. Dans ces cas, la notion d'antécédents familiaux d'ulcères duodénaux a une valeur diagnostique supplémentaire.

Les douleurs peuvent manquer totalement : l'ulcère est alors latent, révélé par une complication (hémorragie, perforation) ou par un examen radiologique ou endoscopique de l'estomac.

En cas de douleurs ulcéreuses atypiques, trois signes ont une valeur importante :

- la sédation des douleurs par les aliments,
- la rythmicité post-prandiale,
- la périodicité.

Les causes du syndrome ulcéreux

La cause habituelle du syndrome ulcéreux est l'ulcère chronique, qu'il soit gastrique ou duodéal.

D'autres causes peuvent donner une symptomatologie ulcéreuse typique ou le plus souvent atypique :

- ulcérations aiguës gastriques ou duodénales ;
- gastrite ou duodénite érosives ;
- cancer gastrique : c'est pourquoi tout ulcère gastrique diagnostiqué impose de façon formelle des biopsies sous endoscopie.

Que faire devant un syndrome ulcéreux ?

La fibroscopie œso-gastro-duodénale est l'examen le mieux adapté au diagnostic d'ulcère. Elle permettra de préciser le siège, la forme, la taille de l'ulcère ainsi que de faire des biopsies, ce qui est indispensable en cas d'ulcère gastrique. En revanche, les biopsies sont inutiles en cas d'ulcère bulbaire.

Sténose du pylore

POUR COMPRENDRE

La sténose du pylore est la gêne à l'évacuation gastrique. Si l'estomac se vide mal, il va se distendre progressivement et contenir, à distance des repas, des résidus alimentaires : quand la stase gastrique est importante, apparaissent des vomissements alimentaires dont la caractéristique est de survenir loin des repas et notamment à jeun. On distingue classiquement deux phases aux sténoses pyloriques :

- une phase de lutte, où les contractions péristaltiques augmentent,
- une phase atone, où l'estomac est très distendu et rempli de liquide en grande abondance et où peuvent coexister des signes généraux (déshydratation).

Les signes de la sténose pylorique sont les mêmes, quelle que soit la cause de la sténose.

La sémiologie du syndrome de sténose du pylore

Les **vomissements** sont le principal symptôme :

- ils surviennent à distance des repas (post-prandial tardif) et, typiquement, à jeun ;
- ils sont alimentaires ;
- ils sont abondants ;
- ils soulagent les douleurs épigastriques (si elles existent) ;
- ils sont d'abord intermittents, puis surviennent après chaque repas ;
- ils augmentent progressivement de volume.

Des **douleurs épigastriques** sont souvent associées : il est très difficile de faire la part de ce qui revient à la cause de la sténose et à la distension gastrique ; il peut s'agir d'un syndrome ulcéreux typique, ou de douleurs plus sourdes quasi permanentes ; **le caractère le plus souvent évocateur** d'une sténose pylorique est la sédation des douleurs abdominales ou leur soulagement par les vomissements.

L'examen clinique peut mettre en évidence :

- des signes de déshydratation (baisse de la diurèse, pli cutané) ;

- un amaigrissement ;
- un syndrome de lutte au niveau de l'épigastre : visualisation anormale des ondulations péristaltiques au niveau de l'épigastre (visibles surtout chez le sujet dénutri, amaigri) ;
- rarement un clapotage à la palpation de l'estomac, qui n'a de valeur qu'à jeun.

Ces signes sont assez tardifs par rapport aux vomissements.

Sur le transit baryté, on observera :

- la présence de liquide de stase en grande quantité dans lequel la baryte tombe en flocons ;
- la distension de l'estomac avec refoulement de la région pylorique vers la droite ;
- l'absence ou l'existence de rares passages duodénaux.

La fibroscopie ne sera réalisable qu'après aspiration gastrique. Le franchissement de la région antro-pylorique peut être impossible du fait de la sténose. Celle-ci peut masquer la lésion causale.

Les causes des sténoses du pylore

Le syndrome de sténose du pylore traduit l'existence d'une gêne à l'évacuation du contenu gastrique,

qui peut siéger au niveau pylorique, mais aussi au niveau duodénal ou antral.

Chez l'adulte, il existe deux causes principales :

- l'ulcère pylorique ou duodénal, *(dénosé contracté de l'ulcère)*
- le cancer antral ou antro-pylorique.

Deux examens sont indiqués : radiographie oeso-gastro-duodénale, qui précisera les caractères de la sténose ; la fibroscopie peut montrer directement la cause si elle franchit la sténose.

Chez l'enfant, la cause la plus fréquente est l'hyper-trophie du sphincter pylorique. La sémiologie est différente :

- entre le quinzième jour et le troisième mois de la vie,
- après un intervalle libre de parfaite santé,
- chez les garçons premiers-nés le plus souvent,
- surviennent des vomissements en jet après chaque biberon ou tétée, abondants,
- avec un amaigrissement ou une stabilisation de la croissance pondérale,
- sans anorexie,
- avec une constipation habituelle.

L'examen montre :

- des ondulations péristaltiques,
- une olive pylorique, petite tumeur dure épigastrique droite, inconstante mais pathognomonique,
- souvent seulement un clapotage à jeun.

La radiographie s'impose avant l'intervention.

Diagnostic d'une hémorragie digestive

Le diagnostic et le traitement d'urgence d'une hémorragie digestive sont indissociables, car il s'agit d'une **urgence médicale** pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'hémorragie digestive impose un diagnostic précis et un traitement symptomatique, effectués le plus rapidement possible. La découverte d'une hémorragie digestive impose (à l'exception des rectorragies minimales ou peu abondantes) une **hospitalisation d'urgence**.

Le diagnostic d'hémorragie digestive

Il existe deux grands types d'hémorragies digestives : les hématoméses et les hémorragies par voie basse.

1. L'hématomèse

L'hématomèse est l'extériorisation de sang rouge (ou noir, digéré par l'acidité gastrique) à l'occasion d'efforts de vomissements. Ce saignement peut être mêlé à des débris alimentaires si l'estomac est plein lors de la survenue de l'hémorragie.

Il faut différencier l'hématomèse :

- d'une hémoptysie abondante (qui survient à l'occasion d'efforts de toux et qui est aérée ou mélangée à des crachats) ; le diagnostic différentiel est souvent très facile ;
- d'une épistaxis déglutie, ce qui est facile en cas d'épistaxis abondante extériorisée mais peut être difficile en cas d'épistaxis postérieure déglutie non extériorisée (intérêt secondaire à distance d'un examen ORL, en l'absence de cause digestive évidente).

L'hématomèse signe l'origine œsophagienne, gastrique ou duodénale d'un saignement digestif. La pose d'une sonde gastrique affirme la présence de sang rouge ou noir dans l'estomac.

2. L'hémorragie par voie basse

L'hémorragie par voie basse est l'émission par l'anus de sang rouge ou de sang noir digéré (melæna) ; on l'objective par le toucher rectal.

Le melæna est fait de selles liquides, noires, poisseuses, particulièrement malodorantes ; il peut suivre une hématomèse ou être isolé.

Toutes les selles noires ne correspondent pas à un melæna : certains médicaments en particulier peuvent être à l'origine de selles noires :

- le fer,
- le charbon.

L'émission de sang rouge par l'anus est habituellement significative d'une lésion recto-sigmoïdienne si l'hémorragie est de faible abondance ; en cas d'hémorragie de sang rouge par l'anus, de grande abondance, toute lésion digestive peut être en cause, quel que soit son niveau : c'est le cas, en particulier, d'hémorragies abondantes (artérielles) des ulcères du bulbe duodénal compliqués ; c'est pourquoi le terme d'hémorragies par voie basse de sang rouge est préférable à celui de rectorragies, car il ne préjuge pas du siège de l'hémorragie.

La conduite d'urgence face à une hémorragie digestive

L'hémorragie digestive abondante entraîne des signes d'anémie aiguë (pâleur, dyspnée) et un état de choc hypovolémique (extrémités froides, pouls filant, hypotension).

Il faut préciser l'importance de la déglobulisation sur :

- la couleur des conjonctives,
- le pouls (accélééré),
- la pression artérielle (normale ou basse).

Il faut transporter le malade à l'hôpital le plus rapidement possible et le perfuser dès ce moment si l'hémorragie est mal tolérée.

À l'hôpital, il faut :

- poser un abord veineux suffisant (cathéter de gros calibre) ;
- poser une perfusion avec du glucosé ou des solutés macromoléculaires (hémorragies graves) ;

- déterminer en urgence le groupe sanguin, l'hématocrite (ou le chiffre de l'hémoglobine sanguine) ;
- après groupage, transfuser si l'hémorragie est grave, ou en fonction de l'hématocrite ou du chiffre de l'hémoglobine, si elle est bien tolérée ;
- poser une sonde gastrique qui aura pour intérêt de mettre en évidence la persistance de l'hémorragie lorsqu'elle est déjà certaine, et permettra de rapporter à une cause digestive haute un melæna en ramenant du sang digéré ;
- entreprendre une oxygénothérapie par sonde nasale (pour lutter contre l'hypoxie) chez les sujets âgés ;
- rechercher la cause, en commençant par une fibroscopie œso-gastro-duodénale en cas d'hématémèse ou de melæna.

Les causes des hémorragies digestives d'origine œso-gastro-duodénale

Les hémorragies d'origine œso-gastro-duodénale sont responsables :

- de toutes les hématémèses,
- de la majorité des melænas,
- plus rarement d'hémorragies par voie basse de sang rouge de grande abondance.

L'interrogatoire précise :

- les antécédents d'ulcères gastro-duodénaux ;
- l'existence d'un syndrome ulcéreux ;
- l'existence d'un éthylisme chronique ;
- la prise de médicaments gastro-toxiques (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens quel qu'en soit le type, corticoïdes) ;
- médicaments anticoagulants susceptibles de déclencher une hémorragie en cas de surcharge entraînant une hypocoagulabilité, elle-même responsable d'hématomes pariétaux, et, de toutes façons, susceptibles de faciliter le saignement d'une lésion ulcérée préexistante.

L'examen recherche l'existence d'une cirrhose du foie (gros foie dur à bord inférieur mince, circulation veineuse collatérale, angiomes stellaires, ascite, ictère, astérisis, etc.).

Pour préciser la cause, un examen complémentaire est actuellement utilisé en routine : la fibroscopie œso-gastro-duodénale d'urgence.

La fibroscopie œso-gastro-duodénale en urgence est l'examen qui est susceptible de rapporter à sa cause un saignement d'origine haute.

Il est indispensable que cet examen soit fait dans de bonnes conditions : malade réanimé, en situation hémodynamique stable, estomac débarrassé au maximum de ses résidus hématiques par lavage gastrique intensif avant l'examen. Cela signifie que tout malade devant subir une fibroscopie doit avoir préalablement une sonde gastrique mise en place.

Faite dans de bonnes conditions, elle va permettre de montrer la lésion responsable du saignement. En cas de saignement persistant, elle va permettre de préciser s'il s'agit d'un saignement artériel, en jet, ou d'un saignement en nappe. En cas d'arrêt du saignement, elle va rechercher les signes évocateurs d'un risque élevé de récurrence, c'est-à-dire la présence d'un vaisseau visible au fond du cratère ulcéreux et d'un caillot adhérent.

1. Les trois grandes causes

Il existe trois grandes causes d'hémorragies digestives œso-gastro-duodénales :

a) **l'hémorragie par ulcère gastrique ou duodénal**, liée à un saignement en périphérie de l'ulcère ou à une érosion artérielle ;

b) **les hémorragies par lésion aiguë de la muqueuse gastrique ou duodénale**, dont les causes sont variables : prise de médicaments gastro-agressifs, situations de stress (insuffisance respiratoire aiguë, lésion neurologique grave, insuffisance rénale, infection profonde), cirrhose (près d'un saignement sur deux, chez le cirrhotique, est lié à une lésion aiguë de la muqueuse) ;

c) **la rupture de varices œsophagiennes** compliquant une hypertension portale, habituellement secondaire à une cirrhose. Le traitement est compressif par pose d'une sonde à ballonnets œsophagiens (sonde de Blakemore). Il faut savoir que, chez le cirrhotique, les causes de saignement sont souvent multiples : rupture de varices œsophagiennes, lésions aiguës de la muqueuse et ulcères gastro-duodénaux.

2. Les autres causes d'hématémèse sont :

a) le syndrome de Mallory-Weiss, qui est une

ulcération linéaire du cardia consécutive aux traumatismes locaux engendrés par des efforts de vomissements violents ; il est assez fréquent ; il est suggéré lorsqu'on retrouve à l'interrogatoire la notion de vomissements d'abord alimentaires, puis d'une hématomatose ;

b) le cancer gastrique ;

c) l'œsophagite peptique ou caustique.

Les causes des hémorragies digestives d'origine intestinale

Le diagnostic précis des hémorragies intestinales est souvent difficile, car elles peuvent provenir de n'importe quel endroit situé après le genu superius. Les hémorragies coliques sont de loin les plus fréquentes ; plusieurs moyens d'exploration sont possibles pour les mettre en évidence :

- lavement baryté pouvant être réalisé en première intention ;
- coloscopie ;
- artériographie mésentérique ;
- scintigraphie aux hématies marquées au technétium.

Schématiquement :

- **si le saignement est très abondant**, l'artériographie est indiquée ;
- **si le saignement est moyennement abondant** mais suffisamment intense pour empêcher la réalisation d'une coloscopie, la scintigraphie aux hématies marquées au technétium peut permettre de localiser le saignement ;
- **s'il est peu abondant ou arrêté**, la coloscopie est pratiquée après préparation colique ; lorsqu'on est à distance du saignement, un lavement baryté peut être réalisé en première intention.

1. Deux causes coliques essentielles de melæna sont retrouvées :

- a) **les tumeurs du côlon** : il s'agit surtout des cancers du côlon ; les polypes non dégénérés sont plus rarement à l'origine d'hémorragies abondantes ;
- b) **les angiodysplasies coliques** : elles sont surtout fréquentes chez les sujets de plus de 60 ans et

plus particulièrement chez les malades ayant des valvulopathies aortiques ; leur siège est habituellement colique droit ; elles peuvent être retrouvées à la coloscopie sous la forme de petites plages rouges angiomateuses, mais peuvent passer inaperçues en endoscopie, l'artériographie étant alors indispensable pour le diagnostic ;

c) **les hémorragies du grêle** : l'intestin grêle est rarement à l'origine d'un saignement abondant ; l'origine en est soit la présence d'une tumeur ulcérée, soit, chez le sujet jeune et en particulier l'enfant, un diverticule de Meckel, soit enfin, en cas de surcharge en anticoagulants ou en cas d'hémophilie, un hématome pariétal du grêle.

2. Les trois grandes causes d'hémorragies de sang rouge par voie basse sont :

a) **l'ulcération thermométrique** de diagnostic endoscopique facile : existence d'une ulcération sur la face antérieure du rectum ; elle guérit rapidement, ce qui justifie la rectoscopie en urgence ;

b) **les hémorroïdes** : la pathologie hémorroïdaire, typiquement, se manifeste par des rectorragies survenant en fin de selles, peu abondantes, enrobant les selles, de sang rouge, rutilant, tachant le papier.

c) Rapporter une hémorragie intestinale de sang rouge à des hémorroïdes (même prouvées au toucher rectal et en rectoscopie) est un diagnostic de facilité : **il faut rechercher une autre cause de saignement** et tout particulièrement le **cancer recto-sigmoïdien** par lavement baryté et/ou coloscopie.

d) Enfin, citons les colites soit ischémiques soit inflammatoires. Dans le cas de la **colite ischémique**, la rectorragie survient dans le cadre de douleurs abdominales apparues brutalement et prédominant souvent au niveau de l'hypocondre gauche, chez un sujet de plus de 50 ans. Dans le cas des **colites inflammatoires**, la rectorragie n'est qu'un élément au sein d'un syndrome dysentérique avec émission de selles nombreuses afécales, glairo-sanglantes, accompagnées de douleurs abdominales plus ou moins diffuses, souvent d'un syndrome fébrile. La maladie en cause est le plus souvent la **rectocolite hémorragique**, la **maladie de Crohn** se compliquant beaucoup plus rarement de saignement. Le diagnostic est endoscopique : rectoscopie, coloscopie.

La surveillance de l'hémorragie digestive

Une fois l'hémorragie digestive traitée et sa cause affirmée, il faut savoir si l'hémorragie se poursuit ou est arrêtée, sur des éléments cliniques et biologiques.

1. Les deux éléments cliniques essentiels sont :

- le pouls,
- la pression artérielle.

Les autres éléments cliniques sont :

- la couleur des conjonctives,
- l'étude du liquide gastrique (couleur du liquide de lavage gastrique) ; elle peut être utile mais n'est pas obligatoire, car la sonde peut traumatiser la muqueuse et créer des lésions susceptibles elles-mêmes de saigner.

Si l'hémorragie est arrêtée :

- le pouls se stabilise ;
- la pression artérielle reste stable ;
- le liquide gastrique est clair.

Si l'hémorragie persiste :

- le pouls s'accélère ;
- la pression artérielle baisse.

2. Les éléments biologiques sont :

- l'hématocrite,
- le taux d'hémoglobine.

Il faut préciser le nombre de flacons de sang nécessaires pour maintenir la pression artérielle.

Le melæna est un mauvais moyen d'appréciation de la poursuite d'une hémorragie digestive haute, car, après sédation de l'hémorragie, l'intestin continue à évacuer le sang qui y séjourne : le melæna peut se poursuivre 12 à 48 heures après la fin de l'hémorragie.

En cas d'hémorragie digestive, conduites diagnostique et thérapeutique sont indissociables.

Diagnostic d'une diarrhée

Définition

La définition d'une diarrhée vraie est une augmentation anormale du poids des selles des 24 heures (au-dessus de 300 g/24 heures). Cette augmentation est, en règle, généralement liée à une augmentation de l'hydratation des selles ; cette hyperhydratation des selles peut être elle-même secondaire à la présence de constituants anormaux dans les selles (acides gras en abondance, sels biliaires en quantité anormale...). En fait, certains patients consultant pour diarrhée n'ont pas un poids de selles des 24 heures augmenté. Il s'agit dans ce cas généralement de patients ayant un syndrome dysentérique expliqué par une irritation de la muqueuse rectale quelle qu'en soit sa cause et se manifestant par : des selles très fréquentes, généralement afécales, contenant du sang et des glaires, accompagnées de ténesme (sensation douloureuse de corps étranger intrarectal) voire d'épreintes (douleurs coliques violentes avant l'exonération).

POUR COMPRENDRE

1. Physiopathologie de la diarrhée vraie

A l'état normal, le tube digestif se caractérise par ses capacités exceptionnelles d'absorption de l'eau et des électrolytes. En effet, chaque jour, l'intestin grêle supérieur reçoit 8 à 10 litres d'eau dont l'origine est en partie alimentaire mais également digestive (sécrétion gastrique, pancréatobiliaire). Au niveau de la valvule de Bauhin, c'est-à-dire à l'extrémité distale de l'intestin grêle, il n'arrive normalement que 1 à 2 litres d'eau par jour, ce qui illustre bien les capacités d'absorption d'eau de l'intestin grêle. Enfin, dans les selles, on retrouve 150 à 180 ml d'eau, ce qui montre que le côlon a également une grosse capacité de réabsorption de l'eau.

En cas de diarrhée, différents mécanismes peuvent être en cause :

- accélération du transit qui est normalement de 24 à 72 heures, dont 2 à 8 heures pour le transit oro-coecal et le reste du temps pour le transit colique ; ce mécanisme est rarement isolé, les diarrhées purement motrices étant exceptionnelles ;

- sécrétion d'eau au niveau de l'intestin grêle : certaines toxines bactériennes (choléra, colibacilles, salmonelloses), virales... peuvent entraîner une inversion des mouvements d'eau au niveau de l'intestin grêle, aboutissant à une sécrétion d'eau importante ; dans ces conditions, le côlon est insuffisant pour réabsorber les liquides qui lui sont proposés et on observe donc une diarrhée hydrique ; dans d'autres cas, la sécrétion d'eau peut être liée à la présence anormale dans la lumière de nutriments non absorbés qui exercent un pouvoir osmotique ;

- sécrétion d'eau au niveau du côlon : toute atteinte de la paroi colique, quelle que soit sa cause, infectieuse, inflammatoire, peut avoir pour conséquence une diminution de capacité d'absorption du côlon aboutissant à l'émission de selles trop abondantes.

2. Physiopathologie du syndrome dysentérique

Dans ce cas, la diarrhée dont se plaignent les patients est liée non à une perturbation des mouvements hydro-électrolytiques le long du tube digestif, mais aux lésions pariétales du rectum et du côlon, aboutissant à l'exsudation dans la lumière de plasma, de sang et de débris muqueux.

3. Physiopathologie de la malabsorption

On entend par malabsorption les maladies de l'intestin grêle ou du pancréas qui entraînent une élimination anormale de nutriments dans les selles. Pour comprendre la démarche diagnostique au cours d'un syndrome de malabsorption, il faut se rappeler que la première étape de l'absorption des aliments est la digestion par les enzymes pancréatiques (lipase, amylase, trypsine, chymotrypsine). La deuxième étape est l'absorption par la paroi du grêle des nutriments préalablement digérés par les enzymes pancréatiques. La majorité des nutriments (fer, glucides, protides, lipides, calcium, phosphore, vitamines A, D, E, K) est absorbée au niveau du duodéno-jéjunum. Au niveau de l'iléon terminal sont absorbés la vitamine B₁₂ et les sels biliaires.

- le début brutal ou progressif, l'évolution continue ou intermittente ;

- l'efficacité d'éventuels traitements.

b) Il doit préciser aussi **les caractères de la diarrhée** :

- le nombre de selles par 24 heures ;

- le caractère impérieux de leur émission ;

- l'horaire matinal, post-prandial ou nocturne, l'aspect des selles ;

- la présence d'éléments anormaux (glaires, pus, sang, graisse) ;

- les facteurs favorisant alimentaires, émotionnels ou thermiques.

c) Il doit préciser enfin **le retentissement de la diarrhée** sur l'état général et les signes associés : douleurs, arthralgies, manifestations cutanées.

2. L'examen clinique

Un examen clinique complet avec la pratique systématique d'un **toucher rectal** est nécessaire.

3. La distinction diarrhées aiguës - diarrhées chroniques

Il est utile de distinguer schématiquement les diarrhées aiguës des diarrhées chroniques.

Dans le premier cas, deux examens ne doivent pas être oubliés : la recherche des parasites dans les selles et parfois la coproculture. Dans le second cas, l'exploration doit débuter par une rectoscopie et un lavement baryté, voire une coloscopie puisque plus de 98 % des diarrhées chroniques sont d'origine colique.

Comment faire le diagnostic d'une diarrhée ?

1. L'interrogatoire

L'interrogatoire est fondamental.

a) Il doit préciser **l'évolution générale de la diarrhée** :

- sa date d'apparition ;

Les étiologies des diarrhées chroniques

A - Les diarrhées chroniques d'origine colique

La très grande majorité des diarrhées chroniques est d'origine colique.

1. Les troubles fonctionnels intestinaux

Les troubles fonctionnels intestinaux (côlon irritable) représentent 30 à 70 % des troubles observés dans les consultations de gastro-entérologie.

La diarrhée est :

- en général ancienne,
- typiquement matinale,
- faite de 3 à 4 selles,
- émise de façon impérieuse ; la première selle est souvent moulée, les suivantes sont liquides ou pâteuses.

Dans 70 % des cas, il s'y associe des douleurs abdominales, qui s'atténuent avec l'émission des selles.

La diarrhée peut alterner avec des épisodes de constipation.

Elle n'a en général aucun retentissement sur l'état général et disparaît pendant les périodes de vacances.

Les seuls examens à pratiquer sont : la **rectoscopie**, la **coloscopie** ou le **lavement baryté**.

La muqueuse recto-sigmoïdienne apparaît normale, parfois hypersécrétante en rectoscopie.

Le lavement baryté peut montrer une augmentation du nombre des haustrations coliques.

2. Les causes organiques

Les causes organiques sont principalement : le cancer colo-rectal, la diverticulose colique, les colites inflammatoires chroniques.

a) Le **diagnostic de cancer colo-rectal** est systématiquement évoqué devant l'apparition récente d'une diarrhée, chez un malade de plus de 50 ans ayant auparavant un transit normal. Il peut s'y associer des rectorragies, des faux besoins.

La diarrhée s'accompagne souvent d'une altération de l'état général.

En cas de tumeur de l'ampoule rectale, le toucher rectal suffit au diagnostic.

La confirmation est apportée par la rectoscopie et les biopsies.

En cas de cancer plus haut situé, le lavement baryté objective une image lacunaire ou une sténose irrégulière, excentrée, à début et fin brusques. La

coloscopie lorsqu'elle aura été préférée au lavement baryté, montrera la tumeur elle-même sous la forme d'une saillie dans la lumière, plus ou moins obstructive et ulcérée. Les biopsies confirmeront le diagnostic.

b) La **diverticulose sigmoïdienne** est le plus souvent asymptomatique ; elle se révèle, en cas d'infection des diverticules, par de la diarrhée, des douleurs de la fosse iliaque gauche et de la fièvre. Le diagnostic doit être confirmé par le lavement baryté. Les symptômes régressent rapidement sous antibiotiques. En l'absence d'infection, les troubles du transit dus à la diverticulose régressent sous régime riche en fibres.

c) Les **colites inflammatoires chroniques** sont beaucoup plus rares. Il s'agit essentiellement de la **rectocolite hémorragique** (RCH) et de la **maladie de Crohn**.

B - Les diarrhées chroniques d'origine pancréatique

Elles sont rares et ne sont observées qu'en cas d'insuffisance pancréatique majeure, c'est-à-dire destruction des capacités fonctionnelles de la glande pancréatique de plus de 90 %.

La diarrhée de l'**insuffisance pancréatique** est une **stéatorrhée** (élimination de graisses fécales supérieure à 7 g/jour). Celle-ci sera suspectée devant l'émission de selles plus volumineuses que d'habitude, qui sont généralement molles et qui ont la particularité de paraître huileuses, de coller à la cuvette des cabinets, de donner un aspect de bouillon-cube lorsqu'elles sont dans l'eau. Ces selles sont relativement peu nombreuses, généralement inférieures à 6 par jour, ne s'accompagnent pas de douleur lors de leur émission.

La stéatorrhée est généralement aisément diagnostiquée par le recueil des selles des 24 heures et le dosage des graisses dans les selles. Elle est rapportée à une origine pancréatique, en particulier à une **pancréatite chronique**, sur les arguments suivants : notion d'éthylisme chronique, notion de douleurs pancréatiques dans les antécédents, présence à l'abdomen sans préparation et à l'échographie de calcifications pancréatiques. De plus, l'échographie et éventuellement la tomodensitométrie pourront mettre en évidence des anomalies (dilatation du canal de Wirsung, augmentation de volume du pancréas, présence de faux kystes du pancréas).

confirmant l'origine pancréatique de la stéatorrhée. Dans les cas rares où la stéatorrhée ne peut être attribuée avec certitude à l'insuffisance pancréatique, celle-ci pourra être directement mesurée soit par le recueil duodénal de liquide pancréatique avec dosage enzymatique, soit par la pratique d'un test indirect de l'activité chymotrypsine (le test PABA).

C - Les diarrhées chroniques d'origine jéuno-iléale

Elles sont exceptionnelles. Rappelons que l'exploration de l'intestin grêle ne s'entend :

- qu'après s'être assuré de l'absence de lésion colique par le lavement baryté et la rectoscopie, de l'absence de parasites dans les selles ;
- qu'en présence d'arguments cliniques et/ou biologiques évoquant une **malabsorption intestinale**.

Ces arguments cliniques sont :

- l'amaigrissement ;
- le retard staturo-pondéral ;
- la pâleur (malabsorption du fer, de l'acide folique et de la vitamine B₁₂) ;
- les douleurs osseuses (malabsorption du calcium et de la vitamine D) ;
- les hématomes spontanés (malabsorption de la vitamine K) ;
- les œdèmes des membres inférieurs (malabsorption protidique) ;
- enfin, un poids élevé des selles de 24 heures dont l'aspect est grisâtre, grasseux.

Les principales anomalies biologiques sont l'anémie normo ou macrocytaire, la baisse du fer sérique et de la saturation de la sidérophiline, l'hypoalbuminémie, l'hypocholestérolémie, surtout l'hypocalciurie plus nette que l'hypocalcémie et l'augmentation du débit fécal des graisses par 24 heures.

La suspicion d'un syndrome de malabsorption nécessite l'hospitalisation en milieu spécialisé, où seront pratiqués, entre autres :

- un test au **D-xylose** (glucide non utilisé par l'organisme), permettant d'apprécier l'absorption au niveau du **jéjunum** ;

- un test de **Schilling** à la vitamine B₁₂ marquée, en présence du facteur intrinsèque, permettant de juger de l'absorption au niveau de l'**iléon terminal** ;

- un transit baryté de l'intestin grêle, en insistant sur l'importance des premiers clichés (pour mesurer avec précision la taille des plis et des espaces interplis) et des clichés tardifs, centrés sur la dernière anse iléale ;

- des biopsies étagées du duodéno-jéjunum sous fibroscopie, voire, plus exceptionnellement, grâce à la capsule de Debray.

Les étiologies sont les suivantes :

1. L'atrophie villositaire primitive

L'atrophie villositaire primitive, ou maladie coeliaque de l'adulte, est la plus fréquente et la plus caractéristique des maladies intestinales s'accompagnant d'une malabsorption.

La sprue tropicale réalise un syndrome de malabsorption avec atrophie villositaire semblable à la maladie coeliaque, mais les symptômes régressent sous antibiotiques.

2. Les pullulations microbiennes du grêle

La diarrhée est liée à la présence en quantité anormale de bactéries dans l'intestin grêle. Cette diarrhée est très souvent stéatorrhéique. Les causes les plus habituelles des pullulations microbiennes du grêle sont des causes mécaniques entraînant une stase du grêle telles que diverticules multiples du grêle, anse borgne secondaire à un montage chirurgical, et rétrécissement incomplet du grêle quelle qu'en soit l'origine.

3. Les malabsorptions après résection chirurgicale

Les malabsorptions après résection du grêle sont relativement fréquentes. Elles concernent essentiellement les résections de l'iléon terminal, qui entraînent une malabsorption de la vitamine B₁₂ et des sels biliaires. La carence en sels biliaires peut avoir pour conséquence l'apparition d'une malabsorption des graisses avec stéatorrhée.

Constipation

Définition

La constipation est la diminution de la fréquence des selles (normalement 1 à 2 selles par 24 heures).

Cette diminution de fréquence va en règle de pair avec une diminution de l'hydratation des selles, ce qui les rend dures, peu volumineuses et de faible poids.

Le mécanisme

La constipation est due à deux phénomènes, qui peuvent s'intriquer :

- le ralentissement du transit colique, en rapport soit avec un obstacle organique, soit avec un trouble du péristaltisme intestinal ;
- une diminution ou une disparition des phénomènes d'exonération (dyschésie) due à une insensibilité rectale au phénomène de distension.

L'étiologie

1. La constipation organique

Une cause principale : **le cancer colique ou rectal**. La constipation est d'apparition ou d'aggravation récente. Elle peut alterner avec des périodes de diarrhée. Elle s'accompagne très souvent d'une altération de l'état général.

2. La constipation fonctionnelle

a) Les troubles fonctionnels intestinaux sont de loin la cause la plus fréquente des constipations.

Le plus souvent ancienne, la constipation est bien tolérée sur le plan de l'état général. Il s'y associe fréquemment des douleurs abdominales qui sont calmées par l'émission de gaz ou de selles.

b) Le mégacôlon.

c) Les constipations d'origine médicamenteuse sont fréquentes : gel d'alumine, ganglioplégiques, opiacés, etc.

La clinique

1. L'interrogatoire

précise :

- la fréquence des selles (< 1/24 heures) ;
- l'aspect des selles : dures, difficiles à exonérer ;
- surtout, la **date d'apparition**, récente ou ancienne ;
- les autres manifestations digestives associées : périodes de diarrhée entre les périodes de constipation, douleurs abdominales, rectorragies, dont l'existence doit faire évoquer un cancer ;
- le retentissement sur l'état général.

2. L'examen clinique

comporte :

- la palpation de l'abdomen,
- surtout le **toucher rectal**.

3. Les examens complémentaires

Les examens complémentaires sont la rectoscopie, la coloscopie ou le lavement baryté à la recherche d'une cause organique.