



GASTRO- ENTÉROLOGIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : variés, adultes de tout âge, ratio H/F égal, autonomes ou état grave en fonction de l'unité

Service : *Heure d'arrivée 8h30-9h*

Hospit de jour -> consult principalement sur RDV, patients atteints de MICI venant pour le suivi et les traitements, ponctions d'ascite

Hospitalisation traditionnelle -> patients hospitalisés pour 3-4 J en moyenne

Service soins intensifs -> ressemble en terme de patients au service tradi, mais nécessitant des soins, actes, surveillances intenses du fait de la gravité

Bloc/endoscopies



LEXIQUE

AP = alimentation parentérale	rétrograde endoscopique	gauche	chronique calcifiante
ASDI = abdomen souple dépressible et indolore	DOA = décompensation oedémato-ascitique	ISLA = infection spontanée du liquide d'ascite	RCH = recto colite hémorragique
ADK = adénocarcinome	EE = echo-endoscopie	LVO = ligature des varices oesophagiennes	SHR = syndrome hépato-rénal
BHA = bruits hydroaériques	EH : encéphalopathie hépatique	MC = maladie de Crohn	VB = voies biliaires
BU = bandelette urinaire	HP = helicobacter pilori	MICI = Maladie Inflammatoire Chronique de l'intestin	VO = varices oesophagiennes
CHC = carcinome hépatocellulaire	HSMG = hépatosplénomégalie	PA = pancréatite aigue	VBP = voie biliaire principale
CPRE = cholangio-pancréatographie	HCD/G = hypocondre droit/	PCC = pancréatite	





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

L'abdomen est divisé en 9 cadrans -> hypochondre D/G, épigastre, flanc D/G, région ombilicale, fosse iliaque D/G, hypogastre

Tube digestif : oesophage (*cervical, thoracique, abdominal* ; souvent envahi en cas de cancer) - *cardia* - estomac - *pylore* - intestin grêle = duodénum, jéjunum et iléon - *valvule de Bauhin* - côlon droit, transverse et gauche - rectum

Foie et voies biliaires : très vascularisé , divisé en lobe ou en segments selon les repères. Rôle détoxification, synthèse facteurs coagulation, synthèse bile

Veine porte -> veine mésentérique sup + tronc spléno-mésaraïque (= *veine mésentérique inf + veine splénique*) // Vésicule biliaire -> stocke la bile

Pancréas : tête/corps/queue. Rôle endocrine (*insuline, glucagon*) et exocrine (*lipase pancréatique*) dans le canal de Wirsung -> canal cholédoque -> ampoule de Vater -> duodénum (D2)



PRINCIPALES PATHOLOGIES

MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, auto-immune, s'attaquant au rectum (RCH) ou à tout le tube digestif (MC). Alternance rémission et poussées inflammatoires (*douleurs abdominales, asthénie, diarrhées +/- sanglantes et des atteintes anales comme fissures/abcès*)

Cancers : du pancréas -> mauvais pronostic, diagnostic souvent tardif
du colon/rectum et CHC -> sont résecables, meilleur pronostic

Pancréatite : aiguë = inflammation soudaine et très douloureuse du pancréas (*étiologies : abus d'alcool ou lithiase biliaire*) VS chronique = inflammation continue du pancréas, souvent PCC (*étiologies : alcool +++, auto-immun*)

Hépatites = inflammation du foie (*étiologies : alcool, stéatose, virale, auto-immune, iatrogène*). Attention si forme fulminante +/- évolution cirrrose ou CHC.

Cirrhoses = dégénérescence irréversible gradée par un score « CHILD »
Peut se décompenser -> rupture de VO, ascite, encéphalopathie, SHR et ictère et/ou se compliquer -> CHC

Démarche diagnostique devant un ictère (= excès de bilirubine)

1) Bilirubine libre (hémolytique +++) ou conjuguée (pb digestif) ?

Si conjuguée -> échographie des voies biliaires.

2) Voies dilatées = pb extra-hépatique (*mécanique : obstruction par calcul de la vésicule biliaire*)

voies non dilatées = pb hépatique (*vascu, viral, iatrogène, alcool, autoimmun...*)





EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Antécédents personnels et familiaux de pathologies digestives (*Cancer colon ++*) et **traitements**, voyages récents, statut vaccinal, allergies

Mode de vie : habitudes alimentaires, alcool (OH) -> à *quantifier en nombre de verres par jour*, tabac ...

État général : fièvre, poids (*perte récente ?*)

Signes spécifiques : douleur abdominale -> siège de la douleur à faire montrer par le patient, recherche de facteurs aggravants ou calmants (*alimentaires ou repos, position, médicaments...*), caractérisation, évolution...

Transit et gaz -> si transit présent, aspect des selles (sang ?) et si transit absent -> depuis combien de temps ? présence de gaz ?

EXAMEN PHYSIQUE

Toujours quadrant par quadrant, de la zone la - douloureuse à la + douloureuse

Aspect : voussure, asymétrie, hernie, distension, cicatrices

Auscultation : BHA ? -> des BHA non entendus (*négatifs*) signent une pathologie aiguë comme une occlusion, ou une ischémie aiguë

Palpation : recherche douleur, masses, défense ou contracture -> URGENCE, circulation veineuse collatérale, signes d'insuffisance hépatocellulaire (angiome stellaire), ictère, masses

Défense = contraction involontaire des muscles abdo à la palpation

Contracture = rigidité permanente, involontaire, non dépressible des muscles péritonéaux («*ventre de bois*») -> péritonite ou hémopéritoine

Percussion : son tympanique (*présence d'air*), matité (*présence de liquide*)

Matité hypochondre D (foie) et alternance de zones mate/tympanique : normal
Palpation et percussion des orifices herniaires, et selon le contexte : toucher-rectal et recherche d'EH (flapping = astérisis)



A NOTER SUR L'OBSERVATION

++ pour le suivi des patients qui sont en hospitalisation traditionnelle

Compte rendu de l'**interrogatoire** : transit, douleur abdo, fièvre...

Compte rendu de l'**examen physique abdo** en précisant surtout :

- présence ou absence de BHA
- abdomen souple et dépressible et indolore (ASDI)





EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : NFS, plaquettes, BES, CRP, bilan hépatique (*TGO/TGP signe la cytolyse hépatique, PAL & GGT signes de cholestase, bilirubine lors d'un ictère ++*), TP et facteur V (++) pour la cirrhose), albumine, a-FP (marqueur de cancer du foie). *Le bilan biologique sert notamment à calculer le score de Child (Moyen mnémotechnique TABAC : TP, Albumine, Bilirubine, Ascine, encéphalopathie)*

Imagerie : échographie -> pour foie + VB (*suspicion de PA lithiasique : dilatation*)
TDM -> occlusion/traumatisme (*urgence*), cirrhose, calcul VB, ADK pancréas...

IRM -> stéatose hépatique et surcharge en fer (= *hémochromatose*), VB et canaux pancréatiques (*bili/cholangio IRM*) ou intestin grêle (*entéro IRM*)

Endoscopie = gastroscopie, coloscopie : visualisation directe +/- biopsie

Utilisé pour la diagnostic et le suivi des MICI, des ulcères et des cancers

Echo-endoscopie -> couplage écho : paroi TD et org voisinages (*pancréas/VB*)

CPRE -> couplage rayon X : voies biliaires et pancréatiques. Risque de PA

Ponction d'ascite : visée analytique (*infection ? étiologie ?*) et/ou évacuatrice



THERAPEUTIQUES

Antalgiques : palier I, II, III en fonction des douleurs

Mise au repos alimentaire : si pancréatite aiguë ou syndrome occlusif

Renutrition : Voie orale, entérale (*sonde naso-gastrique*) ou parentérale

Corticoïdes : dans les poussées de MICI, d'hépatite alcoolique ou auto-immune

Antibiotiques : ceftriaxone et métronidazole (*roséphine/flagyl*) les + utilisés

Diurétiques : furosémide et spironolactone pour l'ascite

Autres : B-bloquants -> pour les varices // lactulose -> pour l'encéphalopathie hépatique // sorafénib -> principale chimiothérapie du CHC

NOTES

