

Sémiologie œsophagienne et gastrique

Dr TERNIFI

Plan du cours :

I) Généralités

II) Maladie de l'œsophage

- 1) Symptomatologie
- 2) La dysphagie
- 3) L'hernie hiatale
- 4) Les reflux gastro-oesophagiens

III) Maladie gastro-duodénale

- 1) Symptomatologie
- 2) Le syndrome ulcéreux
- 3) Le syndrome dyspeptique
- 4) La sténose pyloro-duodénale
- 5) Vomissements et syndromes occlusifs

IV) Principales maladies gastro-duodénales

- 1) Gastrite
- 2) Ulcère gastrique ou duodénale
- 3) Cancer de l'estomac
- 4) Syndrome de Zollinger Ellison
- 5) Les hémorragies digestives

I) Généralités

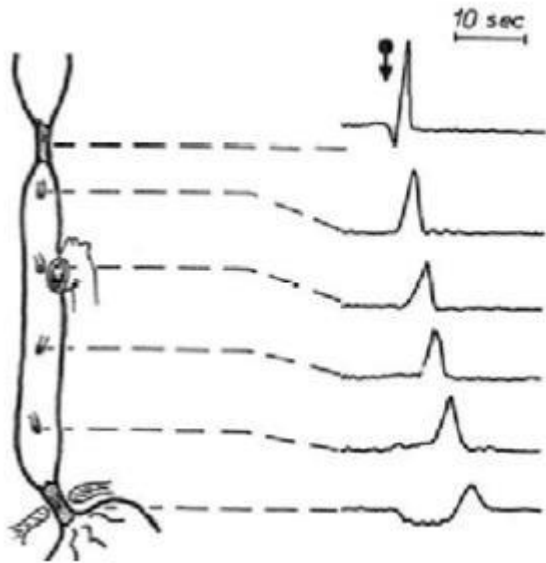
Tout d'abord **l'aspect nutritionnel** avec le poids du patient est **très important**. Dans certains cas comme par exemple **la dysphagie** on a certains patients qui n'arrivent plus à manger de façon normale par la bouche et donc qui perdent en 3 mois **10-15 Kg**, parfois plus. Il est important d'évaluer le poids à 6 mois, le poids à 3 mois et le poids actuel lors d'une consultation.

Cela permet d'obtenir **la cinétique de la perte de poids** entre le poids actuel et le poids ancien

On utilise beaucoup en médecine et de façon générale l'indice de masse corporel (**IMC**) qui je vous le rappelle correspond à $\text{poids (en kg)} / \text{taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}$

On parle de **dénutrition** quand cet **IMC est inférieur à 18 Kg/m²**.

Une dysphagie correspond à une **sensation de gêne ou de blocage lors d'une déglutition** ainsi qu'une **perturbation du processus de déglutition** alors qu'une anorexie est une **perte d'appétit totale**.



Alors l'oesophage comment ça marche ? Au repos on observe aucune contraction, l'oesophage est fermé en haut et en bas par les sphincters. Lors de la déglutition, il y a un relâchement fugace du sphincter supérieur, propagation d'une onde péristaltique et relâchement du sphincter inférieur un peu avant l'arrivée de l'onde, puis contraction du sphincter inférieur pour empêcher le reflux.

II) Maladie de l'oesophage

1) Symptomatologie

A l'interrogatoire on va se demander quels sont les symptômes qui vont nous orienter vers une maladie de l'oesophage :

- **La régurgitation est une remontée d'acides ou d'aliments sans effort et sans nausées préalables. Attention il ne faut surtout pas confondre une régurgitation avec un vomissement. Les vomissements sont toujours précédés de nausées au préalable et c'est un effort de vomissement. Les vomissements sont très peu spécifiques c'est-à-dire qu'on les retrouve dans de nombreuses maladies.**
- **Le mérycisme est plutôt observé chez les vaches car c'est un trouble des conduites alimentaires se caractérisant par des régurgitations et remastications des aliments.**
- **La dysphagie est une impossibilité ou une sensation de gêne ou de blocage à la déglutition. C'est différent d'une nausée ou d'une régurgitation. C'est un symptôme très spécifique !**
- **L'éructation c'est le fait d'avoir des rots.**
- **Les brûlures épigastriques, c'est un symptôme pas très spécifique (on le retrouve dans le reflux gastro-oesophagien ou dans les dyspepsies).**

Les hémorragies digestives extériorisées qui vont donner des hématémèses

- Une anémie microcytaire qui en générale est par carence martiale. On peut la retrouver dans un cancer de l'estomac, une œsophagite...

Tous les symptômes cités doivent donc nous orienter vers une maladie de l'oesophage. On va avoir aussi des **symptômes extra-digestifs** :

- Une **douleur thoracique constrictive qui peut être provoquée par des spasmes de l'oesophage (ce qu'on appelle des troubles moteurs).**

- Une **toux chronique (*la toussé :p*). Chez des patients qui n'ont pas de problèmes pulmonaires on va se rendre compte que cette toux se produit plutôt la nuit à cause de reflux.**

- **Dyspnée asthmatiforme.**

- **Laryngites et pharyngites à répétitions dues à des reflux gastro-oesophagiens.**

- Enrouement, ce qui nous aide au diagnostic c'est que les symptômes sont post prandiaux et souvent nocturnes à cause de la position allongée.

- Symptômes posturaux

Ces **signes extra-digestifs constituent les formes atypiques du reflux gastro-oesophagien. Soit on a une forme super typique avec brûlures épigastriques, pyrosis et remontées acides et la le diagnostic est pratiquement certains. Et parfois un pneumologue nous adresse un patient pour une toux chronique et donc on va devoir faire des examens complémentaires**

2) La dysphagie

La **dysphagie** c'est donc une sensation de gêne ou de blocage à la déglutition des aliments. *C'est différent de l'anorexie (perte d'appétit) malgré le fait qu'on puisse observer les deux par exemple dans le cancer de l'oesophage.*

La dysphagie est aussi différente de l'odynophagie (douleur à la déglutition) que l'on retrouve régulièrement dans l'oesophagite (inflammation de l'oesophage qui peut-être une complication du reflux gastro-oesophagien).

Trois grands tableaux cliniques :

→ ***Dysphagie organique (cancer de l'oesophage , sténose par exemple)***

- progressive
- permanente
- concerne d'abord les aliments solides (viande, pain) puis les liquides
- indolore
- s'accompagne d'un amaigrissement

→ ***Dysphagie fonctionnelle (oesophagite, troubles moteurs de l'oesophage)***

- capricieuse, intermittente
- parfois plus marquée pour les liquides que pour les solides (dysphagie paradoxale)
- douloureuse s'il s'agit d'une oesophagite
- cédant a certaines postures

→ ***Dysphagie liée a un diverticule de Zencker***

- localisée au niveau du cou
- s'accompagne de régurgitation voire de rumination (ou mérycisme)

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE :

Un interrogatoire soigneux et un examen clinique attentif permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

A- L'interrogatoire

1- l'âge : fixe le contexte +++.

Il faut d'emblée différencier la survenue d'une dysphagie chez un enfant ou un adolescent de celle survenant chez un adulte, ou il faut à tout prix éliminer un cancer.

2- les antécédents :

- intoxication alcoolo-tabagique.
- ingestion de caustiques (accidentelle ou volontaire).
- radiothérapie médiastinale .
- RGO connu et / ou traité.
- antécédents chirurgicaux et ORL.

3- les caractères sémiologique de la dysphagie :+++

a-circonstances de survenue .

b-date de début :

-dysphagie récente : **suspecte** +++ (cancer de l'oesophage) .

-ancienne .

c-son siège - dysphagie haute: le blocage s'effectue au niveau de la région hyoïdienne .

- dysphagie médio-thoracique : le malade montre la région rétro-sternale .

-dysphagie basse : le malade montre le haut du creux épigastrique.

-Mais ceci ne présume pas de façon sûre le siège de la lésion.

d-son intensité :

il peut s'agir :

- d'une difficulté d'initier la déglutition, nécessitant une extraction alimentaire ou un verre d'eau pour avaler la bouchée.
- d'une dysphagie uniquement aux aliments solides imposant une alimentation mixée ou pâteuse.

Accrochage ou de blocage des aliments solides et liquides : aphasie .
-D'une dysphagie paradoxale : le blocage est plus marqué pour les liquides que pour les solides .

- e-son évolution :** -Intermittente ou constante.
- Progressive ou rapidement progressive.
 - Capricieuse : variant selon le type d'aliment.

f-caractère douloureux ou ,pas de la dysphagie : odynophagie

g -les signes associés :

- pyrosis , régurgitations .
- douleurs thoraciques ou dorsales.
- toux nocturne .
- hoquet.
- dysphonie ou voix nasonnée .
- des signes généraux : asthénie , anorexie , amaigrissement +++ , fièvre .

B- L'examen clinique : -il doit rechercher le retentissement de la dysphagie sur l'état général :

poids , pli cutané ou pli de dénutrition .

-il doit être complet sans oublier l'examen des aires ganglionnaires cervicales , la loge thyroïdienne , ORL et un examen neuromusculaire .

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Dépendent de l'étiologie suspectée d'après l'interrogatoire et l'examen clinique :

- radiographie pulmonaire .
- fibroscopie oeso-gastrique .
- manométrie œsophagienne .
- examen laryngoscopique .
- tomodensitométrie thoracique .
- écho-endoscopie .

Ce qui est important c'est que dans tous les cas de dysphagie, il faut réaliser une **endoscopie digestive haute avec biopsies d'une zone obstructive ou d'un œsophage normal**. Cela doit être **systématique dans notre future démarche médicale** ? **Dysphagie = endoscopie digestive haute avec biopsies d'une zone obstructive ou d'un œsophage normal !**

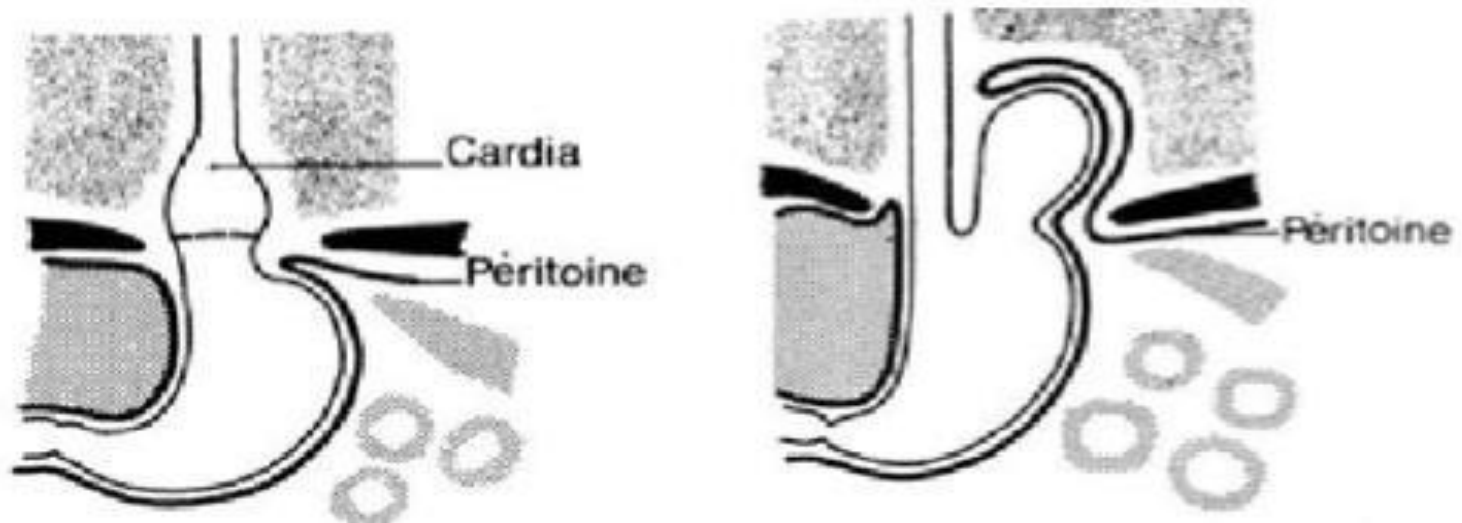
Si il n'y a pas de soucis et que l'endoscopie ne révèle rien d'anormal

*A ce moment là on va réaliser une **manométrie œsophagienne qui est vraiment un examen de référence pour diagnostiquer et caractériser les troubles moteurs de l'oesophage (qui peuvent être primitifs ou secondaires)***

On réalise cette manométrie au repos et lors de phases de déglutition. On regarde si il n'y a pas d'anomalie au niveau des sphincters (il y a des sphincters qui sont hypertoniques, malgré la déglutition ils n'arrivent pas à se relâcher) et plus particulièrement au niveau du sphincter inférieur, et on recherche une anomalie du péristaltisme (parfois l'oesophage n'arrive pas à transmettre ses ondes péristaltiques).

Si on a des symptômes atypiques pouvant évoquer un reflux gastro-oesophagien lorsque l'endoscopie n'est pas contributive dans ce cas on réalise une **pH-métrie et donc on va mesurer le pH au niveau de l'oesophage**. On pose une électrode 5cm au dessus du sphincter inférieur de l'oesophage, le pH normal de l'oesophage doit être inférieur à 4 moins de 5% du temps sur 24h, c'est pour cela qu'une pH-métrie est réalisée sur 24h. Si ce n'est pas le cas, c'est justement qu'on a un reflux gastro-oesophagien, et ce qu'on essaie de voir avec le patient c'est les moments où il a l'impression d'être gêné

3) L'hernie hiatale



Ici représentées 2 hernies hiatales. Il y a 2 types de hernies hiatales :
- L'hernie hiatale par glissement (à gauche) dans laquelle on observe le cardia qui remonte au dessus des limites du diaphragme, ce qui favorise les reflux.

4) Les reflux gastro-oesophagiens

Les signes typiques sont le pyrosis et les régurgitations acides ainsi que le caractère postural (patient qui fait ses lacets par ex) et/ou post prandial.

Les signes atypiques sont la dyspnée asthmatiforme, la toux chronique, laryngite/pharyngite à répétition et douleurs thoraciques.

Donc la conduite à tenir (*à retenir +++*) :

– Si patient < 50 ans, signes typiques, pas de signes d’alarmes (donc pas de dysphagie, pas d’altération de l’état général, pas d’anémie) : **PAS D’ENDOSCOPIE !!!**

– Si patient > 50 ans, on va faire une endoscopie pour se rassurer.

– Si signes atypiques : **ENDOSCOPIE SYSTEMATIQUE !!!** ☒ Si cette endoscopie ne révèle pas d’inflammation de l’oesophage et donc pas d’oesophagite, on réalise une pH-métrie.

Ces reflux gastro-oesophagiens peuvent présenter des complications :
L'oesophagite est la complication la plus fréquente. C'est une altération de l'épithélium de l'oesophage secondaire aux remontées d'acide. Elle peut être très sévère et faire une destruction assez importante de la muqueuse, en plus en cicatrisant on peut avoir un rétrécissement de l'oesophage ce qui va donner une sténose peptique.

On peut aussi avoir un endobrachyoesophage, c'est une métaplasie gastrique du bas de l'oesophage en réponse aux fréquentes remontées acides. Le problème c'est qu'au bout d'un moment une dysplasie peut naître sur cette métaplasie gastrique, la dysplasie étant un état pré-cancéreux



III) Maladie gastro-duodénale

1) Symptomatologie :

Les symptômes orientant vers une **maladie gastro-duodénale** :

- La **douleur épigastrique**, il faut voir si c'est une crampe ou juste une brûlure succincte. Ce qui est très important à savoir c'est que ces douleurs ne sont pas irradiantes.
- L'inconfort gastrique ou une sensation de plénitude, ce qui est important de savoir c'est que c'est post-prandial précoce (juste après le repas). Ce sont des personnes qui vont présenter des dyspepsies (pas une maladie grave, juste une incommodité à la digestion).
- La **dysphagie** qui peut apparaître si on a un obstacle logé dans le cardia, ainsi que des nausées et des vomissements.
- Les hémorragies (hématémèses, méléna), les anémies.
- Une **altération de l'état général**, avec notamment ce qu'on appelle l'adénopathie sus-claviculaire (Troisier). Un peu particulière car elle arrive au confluent de la lymphe du canal thoracique et donc ça draine tous les organes digestifs, ainsi si on est face à un cancer digestif ce sera un signe très révélateur vu que la tumeur sera drainé par le canal thoracique

2) Le syndrome ulcéreux :

Il se caractérise par une **douleur épigastrique, non irradiante, à type de crampe. Elle peut être nocturne, survient généralement en dehors des repas et cette douleur est calmée par l'alimentation et les anti-acides (c'est un signe très caractéristique). Cette douleur évolue par périodes de durée et de fréquence variables dans l'année, entrecoupées de rémissions complètes. Tout syndrome ulcéreux impose la réalisation d'une endoscopie digestive haute. Le diagnostic d'ulcère se fait grâce à la fibroscopie.**

Ce qui est important à retenir c'est qu'au niveau du duodénum et du bulbe, un ulcère ne donnera jamais de cancer. Alors qu'un ulcère suspect de l'estomac doit être biopsé car on a 10 à 15% des ulcères de l'estomac qui sont en réalité des cancers (on les appelle cancer ulcéroforme)

3) Le syndrome dyspepsique :

La dyspepsie est une sensation d'inconfort parfois douloureuse (correspond plus généralement aux troubles de l'estomac). On peut avoir des brûlures épigastriques un peu comme on voit dans le reflux gastro-oesophagien. On peut parfois faire une fibroscopie mais cette fibroscopie est loin d'être indispensable si on a pas recueilli des éléments de gravité. Ce qui est caractéristique c'est que c'est souvent post prandial précoce (juste après le repas). Pour parler de syndrome dyspeptique il faut au moins que les symptômes soient installés depuis 4 semaines. Ces symptômes peuvent être intermittents ou permanents et sont surtout polymorphes (Pesanteur ou ballonnement épigastrique, impression de plénitude gastrique, sensation de digestion prolongée, nausées)

4) Sténose pyloro-duodénale :

Elle est caractérisée par des **vomissements quasiment exclusivement alimentaires, à répétition, souvent en jets (quantités importantes).**

Ces vomissements ne sont jamais biliaires, ils sont post-prandiaux tardifs (c'est-à-dire qu'ils surviennent 2h après le repas) voir très tardifs (3h après le repas).

Le contexte peut être pédiatrique avec des enfants qui vont faire une hypertrophie du pylore, cela doit se traiter chirurgicalement.

5) Vomissements et syndromes occlusifs :

Quand on a un syndrome occlusif, ce n'est pas des vomissements alimentaires c'est plutôt soit des vomissements de **bile (jaune, vert) soit des vomissements fécaloïdes (noirâtre)**. **On observe un arrêt des matières et des gaz (+++)**. Pour le contexte on regarde si le patient a des **antécédents d'opération de l'abdomen**, ou alors s'il présente une altération de l'état général ou des **réctorragies** qui seraient des arguments en faveur d'une tumeur colique.

IV) Les principales maladies gastro-duodénales :

1) Gastrite :

Ce n'est pas un syndrome en tant que tel. Elle se caractérise par des lésions histologiques. La gastrite aiguë peut être causée par une primo infection à l'hélicobacter pylori, la prise d'AINS (anti inflammatoire non stéroïdiens), la prise de caustiques, une défaillance multi viscérale et la prise d'alcool.

La gastrite chronique est une lésion inflammatoire et atrophique plus ou moins étendue. Elle peut aboutir à une atrophie gastrique et plutôt causée par l'hélicobacter pylori, la maladie de Biermer, l'aspirine ou le reflux biliaire. Elle peut donner des symptômes assez variables.

Ces ulcères peuvent donner lieu à des complications telles que des anémies ferriprives (anémie par carence martiale), notamment les ulcères duodénaux où on peut avoir une perforation de l'ulcère et cette perforation va être responsable de ce qu'on appelle une péritonite aseptique. On peut aussi avoir des hémorragies digestives extériorisées

2) Ulcère gastrique ou duodéal :

En macroscopie (c'est-à-dire ce que l'on voit directement sur l'écran pendant la fibroscopie) on observe une **perte de substance muqueuse et une mise à nu de la musculaire muqueuse**. Ce qu'il faut savoir sur la différence entre l'ulcère gastrique ou duodéal c'est que l'hélicobacter pylori est présent dans 95% des ulcères duodénaux et dans 80°% des ulcères gastriques. *L'ulcère gastrique est moins fréquent que l'ulcère duodéal (1 ulcère gastrique pour 4 ulcères duodénaux). Il faut noter l'incidence de l'âge, du tabac, des AINS et de l'aspirine, c'est-à-dire que plus on consomme du tabac par exemple plus on a un risque de faire un ulcère, plus on prend des AINS ect...*

3) Cancer de l'estomac :

A l'endoscopie on observe que 10 à 15% des formes sont bourgeonnantes ou ulcériforme, ceci est extrêmement piègeur et donc on doit toujours refaire une endoscopie pour vérifier la cicatrisation d'un ulcère gastrique. Si un ulcère gastrique ne cicatrise pas malgré un traitement médical bien conduit c'est un cancer jusqu'à preuve du contraire (en général ce sont des hommes d'environ 70 ans). Ce qu'il faut rechercher, c'est plutôt une altération de l'état général, avec perte de poids, le Troisier, une hépatomégalie tumorale, une anémie et une thrombose veineuse profonde

4) Syndrome de Zollinger Ellison :

Il faut évoquer ce syndrome quand on a des ulcères duodénaux qui sont multiples et de sièges inhabituels avec certaines complications à type de perforations. On observe des diarrhées très importantes car il y a production de 5 litres de sucs gastriques par jours au lieu de 1-2, ces diarrhées pouvant conduire à une déshydratation et une hypokaliémie.