

Les troubles fonctionnels digestifs I

I. Introduction

L'appareil digestif comprend le tube digestif de la bouche à la marge anale et les organes annexes (glandes salivaires, foie, voies biliaires et pancréas).

L'interrogatoire est le temps capital de l'examen du tube digestif, il permet l'analyse des troubles fonctionnels.

Les troubles fonctionnels du tube digestif sont les troubles de l'appétit, les vomissements, la dysphagie, les troubles du transit intestinale, les douleurs abdominales et les hémorragies digestives.

Ce cours se limite aux troubles de l'appétit, les vomissements, la dysphagie et les douleurs abdominales.

II. Les troubles de l'appétit

1. L'anorexie : diminution ou perte de l'appétit globale ou élective à certains aliments

L'anorexie peut survenir :

- à la phase prodromique des hépatites aiguës
- lors d'affections gastro-intestinales :
 - ulcère gastro-intestinal, cancer de l'estomac
- lors de maladie infectieuse : tuberculose
- d'origine psychique : chez la femme ou la jeune fille suite à un choc émotionnel, s'associe à un amaigrissement important.

2. La polyphagie : augmentation de l'appétit

Elle se voit lors du diabète sucré et lors de certaine obésité par suralimentation dans le cadre d'habitudes alimentaires familiales

III. Les vomissements

C'est le brusque rejet actif par la bouche du contenu gastrique.

C'est un symptôme non spécifique qui accompagne des maladies digestives et non digestives.

Souvent précédés, accompagnés ou remplacés par des nausées qui correspondent à une sensation désagréable mais non douloureuse, intéressant la région pharyngée et la partie haute de l'abdomen.

Le diagnostic différentiel des vomissements se fait avec :

- Les régurgitations qui sont la remonté des aliments de l'estomac ou l'œsophage vers la bouche sans effort de vomissement, c'est un phénomène passif.
- la rumination ou mérycisme physiologique chez le nourrisson, chez l'adulte correspond à une remontée volontaire consciente ou non du contenu gastrique dans la bouche où il est de nouveau ruminé.

a. Physiopathologie

Les vomissements surviennent lorsque le contenu gastrique remonte avec force dans la gorge pour être expulsé par la bouche.

Ils accompagnent une intense contraction soutenue des muscles abdominaux alors que le cardia est soulevé, ouvert et le pylore contracté. L'élévation du cardia élimine la portion intra-abdominale de l'oesophage et relâche le sphincter oesophagien inférieur, ce qui permet au contenu de l'estomac de pénétrer dans l'oesophage.

L'acte de vomir se termine par l'élévation rapide du diaphragme et le renversement de la pression thoracique de négative à positive.

La glotte se ferme, le palais mou s'élève, la bouche s'ouvre et le contenu de l'estomac est expulsé.

La régulation des vomissements relève de deux unités anatomiques et fonctionnelles séparées, le centre du vomissement et une zone

chémoréceptrice réflexogène. Le centre du vomissement est situé dans la formation réticulaire du bulbe rachidien et il est stimulé directement par des influx afférents viscéraux (voies sympathique et vague) émanant du tube digestif et d'autres aires de stimulation périphérique. Ces aires de stimulation se trouvent dans le cortex cérébral, le pharynx, les vaisseaux cardiaques, le péritoine, les canaux biliaires et l'estomac. La zone chémoréceptrice réflexogène est située sur le plancher du quatrième ventricule, du côté sanguin de la barrière hématoencéphalique; elle ne peut pas causer de vomissements sans la participation du centre de vomissement.

b. Etude sémiologique

L'interrogatoire va préciser:

- Les circonstances d'apparition : repas, médicaments, aménorrhée, premier trimestre de grossesse.
- L'horaire du vomissement :
 - Matinal : grossesse, éthyliste
 - Post prandial précoce : souvent troubles fonctionnels
 - Post prandial tardif : souvent organique exemple sténose duodénale
- Le nombre et l'abondance :
 - Vomissement aigue épisodique : peu nombreux ou unique et peu abondant évoquant une affection aigue
 - Vomissement chronique : souvent multiples, abondante, quotidien évoque une affection chronique digestive ou neurologique.
- La nature du vomissement
 - Alimentaire :
 - ✓ Précoce : aliments peu fragmenté
 - ✓ Tardive : aliments digérés, stase alimentaire
 - Aqueux : la pituite est le rejet par la bouche le matin a jeun d'un liquide filant, aqueux, alcalin
 - Bilioux : peut survenir après un vomissement alimentaire ou d'emblé en cas d'obstacle sous vatrien

- Hématique : hématomèse vomissement de sang plus ou moins digéré associé souvent à des débris alimentaires.
- Fécaloïde : rejet de matières fécales au cours des occlusions intestinales avancées.

c. Les causes des vomissements

➤ Causes digestives

- Gastrique : la sténose du pylore se traduit par des vomissements chroniques d'aliments digérés de stase
Clinique : distension abdominale à jeun, ondulation péristaltique, un clapotage à jeun.
La FOGD après aspiration gastrique permet de mettre en évidence la sténose et faire des biopsies.
Le transit oeso-gastro-duodénal (TOGD) : estomac de stase et les caractères de la sténose.
- Gastroentérite aiguë (virale, bactérienne)
- Toxi-infection alimentaire
- Hépatites (virales, médicamenteuses)
- Biliaires : Cholécystite, Angiocholite
- Occlusion intestinale
- Péritonite
- Pancréatite
- Ischémie mésentérique

➤ Causes extradigestives

- Neurologique : hypertension intracrânienne, tumeurs cérébrales, syndrome méningé : vomissements faciles en fusée.
Migraine, vertige
- Gynécologique : grossesse, torsion de l'ovaire
- Cardiaque : infarctus du myocarde
- Endocriniennes et métaboliques : Acidocétose diabétique
Insuffisance surrénalienne aiguë, Hyperthyroïdie
Hypercalcémie, Hyponatrémie, Insuffisance rénale aiguë

- Médicamenteuses : Antimitotiques, Opioides, Digitaliques Théophylline, Colchicine, Antibiotiques.....
- Psychique.

IV. La dysphagie

Du grec phagia (manger) et dys(difficulté) c'est une gêne à la déglutition avec blocage du bol alimentaire dans sa propagation de la bouche à l'estomac.

Aphagie : alimentation impossible.

La dysphagie peut être d'origine pharyngé (en cas d'angine)

Ou le plus souvent oesophagienne.

Elle est soit :

- Organique: cancer, tumeur bénigne ou sténose de l'œsophage ou bien compression par un organe de voisinage.
La dysphagie est permanente et d'évolution progressive.
- Fonctionnelle : la dysphagie est intermittente et capricieuse.

a. Etude sémiologique

➤ La date de début :

- récente évoque un trouble organique
- ancienne de plusieurs années évoque un trouble fonctionnel

➤ le mode de début:

- brutal : après la déglutition rapide d'un repas ou émotion et cède par la manœuvre de Valsalva en cas d'achalasia du sphincter inférieur de l'œsophage.
- Progressif: pour les grosse bouchées puis les solides et enfin les liquides au cours du cancer de l'œsophage.

➤ Le degré de la dysphagie :

- Minime : simple accrochage lors de la déglutition de grosses bouchées qui peut être en rapport avec un cancer de l'œsophage au stade de début.

- Importante : interdisant la déglutition des solides
- Paradoxal : intéresse les liquide et épargne les solides
- Aphagie : stade ultime impossible d'avalier

➤ Le siège de la dysphagie:

- Cervicale
- Thoracique
- Abdominale haute

N'a aucune valeur concernant la nature ou le siège réel de la dysphagie

➤ Les signes accompagnateurs

- Les régurgitations : reflux dans la bouche de débris alimentaires contenu dans l'œsophage sans effort de vomissement
- La douleur œsophagienne peut irradier vers la mâchoire
- L'hypersialorhée : provoqué par le réflexe œso-salivaire dû à l'obstacle.
- Les éructations douloureuses

➤ L'évolution

- Permanente: continu, quotidienne évoque une cause organique notamment un cancer de l'œsophage
- Intermittente: capricieuse évoque une cause fonctionnelle

Devant toute dysphagie faire un examen clinique complet
Et une fibroscopie œsogastroduodénale FOGD à la recherche de la cause et faire des biopsies.

b. Les principales causes

➤ Cause organiques

- Compressions extrinsèques
 - ✓ Anomalies cervicales : cancer de la thyroïde, goitre compressif, ostéophyte cervicale
 - ✓ Anomalies médiastinales: tumeurs du médiastin, grosse oreillette gauche en cas de rétrécissement mitral, anévrisme de l'aorte.

- Causes intrinsèque :
 - ✓ Le cancer de l'œsophage et le cancer du cardia
 - ✓ Les tumeurs bénignes (leiomyome)
 - ✓ Les oesophagites
 - ✓ Sténoses peptique secondaire a un reflux gastro oesophagien
 - ✓ Sténose caustique
- Causes fonctionnelles :
 - ✓ L'achalasia du sphincter supérieur de l'œsophage ou du sphincter inferieur de l'œsophage (mégaoesophage idiopathique)
 - ✓ Maladie des spasmes diffus de l'œsophage
 - ✓ Péristaltisme douloureux casse noisette
Intérêt de la manométrie œsophagienne pour identifié les troubles fonctionnels.

V. les douleurs abdominales

C'est un motif fréquent de consultation, elles peuvent être d'origine abdominale ou extra-abdominale.

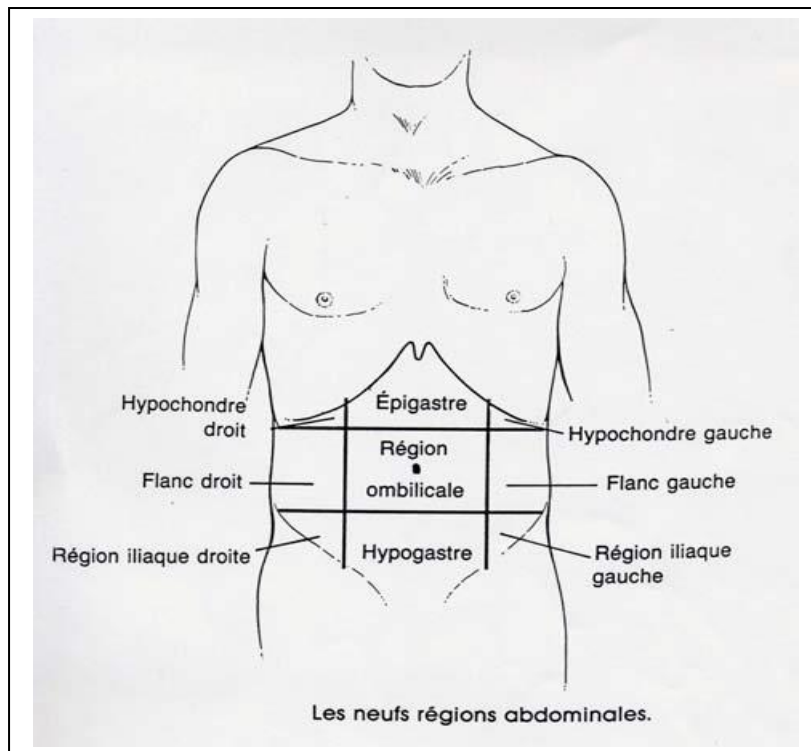
1 l'analyse sémiologique :

L'interrogatoire doit préciser les caractères suivant :

➤ le siège et les irradiations :

Le plus souvent localisé a l'un des neuf quadrants de l'abdomen
Parfois diffuse, dans ce cas il faut préciser le point le plus douloureux.

il faut préciser les irradiations de la douleur : ascendantes, descendantes, postérieures ou suivant le cadre colique.



➤ le type :

- crampe : sensation de torsion ou de contraction accompagnée de sensation de faim dans la pathologie ulcéreuse gastroduodénale.
- brulure : dans la pathologie gastrique ou œsophagienne
- pesanteur : sensation de lourdeur, de retard de l'évacuation gastrique.
- colique : douleurs croissantes et décroissantes, mobiles répétés avec des pauses, d'intensité fluctuante dont l'origine est l'intestin, les voies biliaires est urinaires.
- épreinte : colique localisée au flanc et à la fosse iliaque gauche, aboutissant à une sensation de faux besoin.
- douleur déchirante : en coup de poignard, évoque la perforation d'un organe creux.
- douleur battante : dans la région épigastrique en rapport des battements de l'aorte abdominale.

➤ intensité :

elle est subjective, en fonction des patients, elle est très intense si elle s'associe à des agitations, une pâleur.

➤ évolution dans le temps :

- dans la journée : douleurs rythmées par les repas
 - ✓ postprandial précoce < 1h évoque une douleur gastroduodénale, pancréatique, ischémie intestinale
 - ✓ postprandial tardive 2- 5h soulagé par le repas évoque un ulcère gastrique ou duodénal
- dans l'année : des poussées douloureuses de quelques jours séparées par des périodes de rémission.

la douleur peut être paroxystique brève (habituellement spasmodique) ou continue permanente témoignant d'une lésion inflammatoire.

- facteurs déclenchants :
 - ✓ les aliments : repas riche en graisses, épicés
 - ✓ médicament : aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdiens
 - ✓ le stress (troubles fonctionnels intestinaux).
- facteurs sédatifs :
 - ✓ les aliments
 - ✓ l'émission de gaz ou de selles
 - ✓ certaines positions : pliée en deux avec pression des poings sur le creux épigastrique dans les douleurs pancréatiques, allongé immobile sur le dos dans les douleurs biliaires.
 - ✓ médicaments : antispasmodiques, pansement antiacide.
 - ✓ le repos.
- les signes accompagnateurs :
 - ✓ digestive : troubles du transit intestinal, vomissement, hémorragie digestive
 - ✓ autres : fièvre, signes de choc

2 les douleurs d'origine abdominale

➤ les douleurs gastriques

- la douleur ulcéreuse : ulcère gastrique ou duodénale
 - ✓ Type : crampe ou faim douloureuse
 - ✓ siège : épigastre avec irradiation en barre ou vers l' HCD seulement ou postérieur
 - ✓ horaire : postprandial tardive
 - ✓ évolution : périodique dans l'année
 - ✓ facteurs sédatifs : alimentation, repos, antiacides
 - ✓ signes accompagnateurs : constipation, vomissements, parfois hémorragies digestives.
- la douleur de la perforation d'ulcère :
Elle réalise un drame abdominal
 - ✓ type : douleur déchirante en coup de poignard
 - ✓ siège : épigastre puis diffuse a tout l'abdomen
 - ✓ signes accompagnateurs : vomissements, signes de choc
- la douleur de la gastrite
 - ✓ type : brulure
 - ✓ siège : épigastre sans irradiations
 - ✓ horaire : postprandiale précoce
 - ✓ évolution : non périodique
 - ✓ facteurs déclenchants : l'alimentation
 - ✓ facteurs de sédation : les antiacides
- la douleur du cancer gastrique
Elle est atypique, peut ressemblé a la douleur ulcéreuse ou être d'horaire irrégulier
il existe souvent une altération de l'état général

➤ la douleur de la pancréatite chronique :

- ✓ type : crampe ou broiement a début brutale très intense
- ✓ siège : épigastrique a irradiation dorsale et scapulaire
- ✓ évolution :prolongée sans accalmé

- ✓ facteurs de sédation : diminué par la position penché en avant et par la compression de l'épigastre par le poing
- ✓ signes accompagnateurs : vomissements, signe de choc
- les douleurs biliaires
 - la douleur vésiculaire
 - ✓ type : colique paroxystique très intense (colique hépatique)
 - ✓ siège : hypochondre droit avec irradiation postérieure vers la pointe de l'omoplate et antérieur ver l'épaule droit en bretelle.
 - ✓ facteurs déclenchants : les repas gras
 - ✓ signes accompagnateurs : nausée, vomissements
 - la douleur cholédocienne :

Présente les mêmes caractères que la douleur vésiculaire, elle est associé a une fièvre et un ictère. La succession de ces symptômes en moins de 48 h réalise le syndrome cholédocien.
- les douleurs intestinales
 - douleur colique
 - ✓ type : colique
 - ✓ siège : localisée ou suivant le cadre colique
 - ✓ horaire : surtout nocturne
 - ✓ facteurs de sédation : émission de gaz et de selles
 - la douleur grelique :
 - ✓ type : crise douloureuse paroxystique a type de colique qui se termine par l'émission de gaz ou de matières
 - ✓ siège : para-ombilicale et hypogastrique fixe
 - ✓ horaire : postprandial plus ou moins tardive
 - ✓ signes accompagnateurs : nausée, vomissements et distension abdominale.

Elle signe une obstruction intestinale.

- douleur appendiculaire : appendicite aigue
La douleur siège au niveau de la fosse iliaque droite accompagnée de nausée, vomissement, troubles du transit et de fièvre.
- la douleur péritonéale : péritonite aigue
Localisée au début puis diffuse a tout l'abdomen d'intensité variable, permanente, accentué par la toux et la palpation de l'abdomen.
- la douleur vasculaire :
 - douleur de l'angor abdominale
Crampe péri-ombilicale ou épigastrique post prandiale précoce, disparaissant avec le jeun.
 - douleur de l'infarctus mésentérique : douleur atroce permanente diffuse à tout l'abdomen irradiant dans les lombes avec des signes de choc.
- les douleurs pariétales
Peut être le symptôme d'hématome des grands droits
Elle est permanente, augmenté par les mouvements et la pression.
- **les douleurs rapportées** : extra abdominales
 - thoracique : cardiaque, pulmonaire, œsophagienne
 - vertébrales
 - gynécologique
- **les autres douleurs**
 - douleurs abdominale d'origine métabolique : diabète sucré (acidocétose diabétique), saturnisme (intoxication au plomb)
 - douleur abdominale d'origine neurologique :
Origine psychique.

VI. Conclusion

L'interrogatoire est une phase capitale de l'examen clinique il est important de bien caractérisé les symptômes que présente le patient afin d'orienté l'exploration et avoir un diagnostic étiologique.