



Soins en Gastro-entérologie

Période : 4^{ème} Semestre

Volume horaire : 22h 30

Coefficient : 01

Nombre d'évaluation : 01

Objectif Pédagogique :

au terme de cet enseignement l'apprenant doit être capable de participer à la prise en charge d'un malade atteint d'une affection digestive

CHAPITRE I SÉMIOLOGIE

- DOULEUR
- VOMISSEMENT
- DIARRHÉE
- CONSTIPATION
- HÉMATÉMÈSE
- MÉLÈNA

I. Douleurs abdominales

« J'ai mal au ventre » est un symptôme fréquent, On estime que 50% des patients qui ont une maladie du tube digestif vont consulter pour une douleur abdominale ou une gêne très intense

Cette douleur a une valeur sémiologique importante, notamment avec les signes qui lui sont associés. C'est un élément sémiologique qui est recueilli à l'interrogatoire et qui oriente le diagnostic et les examens complémentaires.

Caractéristiques :

Siège : à préciser en fonction des régions Abdominales

Type : brûlure, torsion, spasme, coup
De poignard, crampes...

Intensité : au mieux cotée par une EVA
(Échelle de 0 à 10)

Horaire et durée. Les horaires peuvent être diurnes (ex : en postprandial) ou nocturnes (insomniant). Très important, car classiquement les douleurs fonctionnelles ne sont PAS insomniantes.

Rythme : quotidien, saisonnier...

Facteurs déclenchant : alimentation, alcool, selles, gaz, déglutition, position...

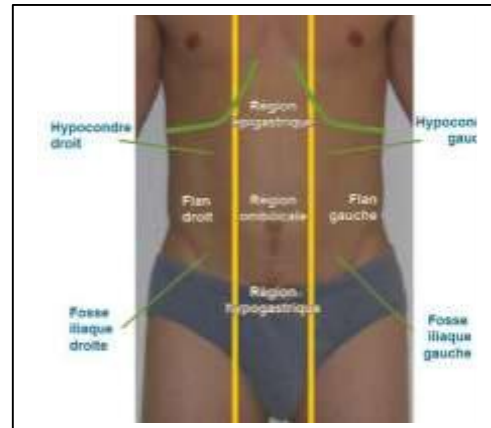
Facteurs calmant : alimentation, selles, gaz, position (ex : en chien de fusil pour la douleur pancréatique), médicaments...

Irradiations : abdomen, épaule, organes génitaux, anus, dorsolombaire transfixiante, hémiceinture (douleur épigastrique irradiant en hémiceinture évoque pathologie intercostale).

Classification :

Douleur organique : liée à une lésion identifiée du tube digestif. Ex : ulcère, cancer, inflammation

Douleur organique : Aucune anomalie organique ou biologique n'est identifiable par les examens usuels (= biologie, endoscopie, radiologie).



	Organique	Fonctionnelle
Type	Variable	Variable
Intensité	++ à ++++	+ à ++++ (très variable)
Topographie	Plutôt précise (au début)	Non (±)
Fréquence et durée	Récente et alarmante	Chronique (> 1 an) et récurrente Intermittent
Irradiations	Plutôt précises	Souvent diffuses
Douleur nocturne	OUI	NON
Facteur déclenchant	Souvent Alimentation Alcool	Souvent (alimentation) Stress
Facteur calmant	Souvent Alimentation Position Médicaments	Parfois Selles Repos, vacances
Signes généraux associés	Souvent Asthénie Anorexie Amaigrissement	NON

Exemples de douleur

Douleur ulcéreuse

L'ulcère est une perte de substance, avec disparition de la muqueuse, n'atteignant pas la musculature. Le siège est l'estomac ou le bulbe duodénal.

Siège : épigastrique

Type : crampe

Rythme : douleur quotidienne ou pluri quotidienne

Intensité : variable

Horaire : à distance des repas, parfois nocturne

Durée : jusqu'au prochain repas

Facteur saisonnier : périodes douloureuses entrecoupées de périodes de rémission complète

Calmée par l'alimentation

Facteur aggravant : a priori il n'y en a pas. Il faut quand même rechercher une prise médicamenteuse (AINS) qui peut déclencher l'apparition d'une douleur.

Irradiation : peu

Signes associés : anorexie

Douleur colique

Siège souvent épigastrique, mais peut également être en cadre, le long de l'ensemble du trajet colique

Irradiation plutôt descendante, dans les deux fosses iliaques ou hypogastrique

Évolution : souvent paroxystiques, à début brutal (évoquant une crampe ou une distension de l'abdomen), diminuant suite à l'émission de gaz ou de selles.

Intensité extrêmement variable suivant la pathologie concernée

· soulagée par l'émission de gaz ou de selles

Horaires : très variable, parfois postprandial immédiat, notamment en cas de diarrhée motrice associée

Accompagnée souvent de gargouillis abdominaux, de ballonnements, de troubles du transit (constipation, diarrhée)

Douleurs biliaires :

Siège aussi souvent dans le creux épigastrique que dans l'hypocondre droit

Type : par paroxysme (il s'agit bien d'une colique !)

Irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droites

S'accompagne dans plus de la moitié des cas d'une inhibition respiratoire. Les vomissements sont fréquents, mais il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni anomalie biologique

Évolue par crise, habituellement d'une durée de 2 à 4 heures

Douleur pancréatique

· **Siège** : épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche

· **Irradiation** : vers le dos de façon transfixiante ou en « hémiceinture » d'avant en arrière

· **Type et intensité** : variables ; simple gêne et pesanteur, ou douleur vive et intolérable

Durée, rythmicité : douleur continue sur quelques jours ou semaines dans les pancréatites aiguës évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques

· **Facteurs déclenchant** : prise alimentaire en particulier les repas riches en graisse et/ou alcoolisés

Facteurs soulageant : compression épigastrique et antéflexion du tronc : position en « chien de fusil »

II. vomissements

Définition :

Rejet par la bouche du contenu gastrique, accompagné de contractions douloureuses des muscles abdominaux et du diaphragme (=efforts de vomissements)

C'est un phénomène actif à l'inverse des régurgitations

Les vomissements peuvent être alimentaires, bilieux ou sanglants (hématémèse).

Caractéristiques : Il faut en déterminer :

- La fréquence
- L'horaire (vomissements de fin de nuit, compatible avec une hypertension intracrânienne par exemple)
- L'aspect et l'odeur du liquide gastrique
- Vomissement alimentaire
- Vomissement de suc gastrique : incolore
- Vomissement bilieux : jaune
- Vomissement fécaloïde : marron, nauséabond (lors d'une occlusion par exemple)
- Vomissement sanglant : rouge vif ou noir

Valeur sémiologique :

Les vomissements traduisent un obstacle total ou partiel, fonctionnel ou organique, sur le tube digestif : sténose du pylore, occlusion, etc.

Mais ils ne sont pas obligatoirement d'origine digestive: grossesse, méningite, hypertension intracrânienne.

III. Diarrhée:

Définition:

Une élévation constante du débit fécal. Il s'agit d'une évacuation de selles trop fréquentes et trop liquides. La diarrhée est définie par un poids quotidien de selles supérieur à 300 grammes ; quand le volume de selles liquides ne dépasse pas cette limite, on parle de fausse diarrhée

Caractéristiques : l'interrogatoire précise :

- La date d'apparition
- Diarrhée aiguë : dans les 2 premières semaines de son évolution
- Diarrhée prolongée : entre 2 et 4 semaines
- Diarrhée chronique : au-delà d'un mois d'évolution
 - le début brutal ou progressif
 - l'évolution continue ou intermittente
 - l'horaire : matinal, post-prandial, nocturne
 - le nombre de selles par 24 heures
 - l'aspect des selles
- La présence d'éléments anormaux dans les selles : glaire, pus, sang, graisse, ...
- Une diarrhée d'allure hydrique, de volume important, oriente vers une origine grêle
- Une diarrhée de plus faible volume, fécale, nauséabonde, fébrile, accompagnée de glaires ou de sang, oriente vers une origine colique
 - les facteurs favorisants : alimentaires, émotionnels, thermiques, ...
 - l'efficacité d'éventuels traitements
 - la présence d'un ténesme ou d'épreintes
- Epreinte : une douleur abdominale à type de colique répondant à une contraction douloureuse et répétitive du cadre colique s'achevant par une envie pressante et impérieuse d'aller à la selle
- Ténesme : une contraction douloureuse de l'anus, accompagnée d'une envie d'aller à la selle. Le ténesme apparaît avant ou plus souvent après l'évacuation du rectum
 - la présence de signes extra-digestifs (Manifestations articulaires ou cutanées lors d'une maladie de Crohn)

IV. constipations

Définition:

Il s'agit d'une diminution du nombre des selles qui sont dures et de faible quantité. L'émission de selle est rare, parfois une par semaine. Une émission fréquente de quantité minime de selles peut témoigner d'une vraie constipation. La constipation s'accompagne souvent de douleurs abdominales ; elle peut entraîner des lésions anales (fissure). Elle alterne parfois avec des épisodes de diarrhée.

Il s'agit d'une plainte exprimant des situations diverses :

- selles de trop faible abondance
- difficultés à exonérer
- sensation de vidange rectale incomplète

Valeur sémiologique

Il faut bien distinguer la constipation ancienne liée à un trouble fonctionnel de l'intestin, de la constipation récente qui doit faire rechercher chez l'adulte un cancer colique ou rectal.

II ne faut pas oublier que de nombreux médicaments constipent.

V. Hématémèse

Définition:

L'hématémèse est l'extériorisation de sang rouge ou noir, sous forme de vomissements. Elle représente une urgence médicale

Il faut distinguer l'hématémèse de l'hémoptysie (crachat du sang)

Valeur sémiologique

L'hématémèse signe l'origine œsophagienne, gastrique ou duodénale d'un saignement digestif. Elle impose la fibroscopie oeso-gastro-duodénale pour découvrir la cause du saignement (ulcère, cancer, rupture de varices œsophagiennes, etc.).

VI. Méléna:

Définition:

Le méléna est l'élimination de sang noir digéré dans les selles.

À distinguer du rectorragies : émission par l'anus de sang rouge non digéré. Elle caractérise une hémorragie basse

Valeur sémiologique: elle a la même signification d'urgence que l'hématémèse

CHAPITRE II GÉNÉRALITÉS SUR LES AFFECTIONS DIGESTIVES

- GASTRITES
- ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL
- HÉMORROÏDES
- ICTÈRES
- CIRRHOSE DU FOIE
- HÉMORRAGIES DIGESTIVES
- MALADIE DE CROHN
- RCUH (RECTOCOLITE ULCÉRO-HÉMORRAGIQUE)

I. gastrites

Définition :

On regroupe sous ce terme des formes aiguës et un ensemble hétérogène d'inflammations chroniques de la paroi gastrique.

A. Gastrites aiguës

Causes : On distingue :

- les gastrites médicamenteuses, ulcéreuses et hémorragiques, les plus fréquentes
- les gastrites de stress au cours des affections chirurgicales graves, de l'insuffisance rénale aiguë, de l'insuffisance respiratoire aiguë, de la cirrhose, des brûlures,
- les gastrites virales à herpès ou cytomégalovirus: plus fréquentes depuis l'apparition du Sida ;
- les gastrites par ingestion de caustique entraînant des ulcérations.
- Parfois, aucune étiologie n'est retrouvée et l'on recherche, dans les biopsies, *Campylobacter*.

Clinique et diagnostic :

La séméiologie clinique est très variable :

- syndrome ulcéreux caractéristique ; douleurs épigastriques sans irradiation d'intensité variable, à type de crampe ou de torsion, postprandiale, est calmée par la prise d'aliments
- douleurs épigastriques atypiques ;
- hémorragie digestive révélatrice.

Le diagnostic est fait au cours de l'endoscopie.

Traitement

Le traitement repose sur l'arrêt de l'agent causal et l'utilisation des antiacides, des antihistaminiques H2 (cimétidine ou ranitidine), des inhibiteurs de la pompe à protons,

B. Les gastrites chroniques

1. La gastrite atrophique de la maladie de Biermer

Causes :

L'étiologie est probablement auto-immune. Il en résulte une chlorhydrate et une absence de sécrétion du facteur intrinsèque, indispensable à l'absorption de la vitamine B₁₂.

Cliniquement : elle se révèle par une anémie parfois associée à des troubles neurologiques (paresthésies) et une diarrhée.

Diagnostic : l'association :

- d'une anémie macrocytaire ;
- d'une achlorhydrie au tubage gastrique ;
- d'une atrophie fundique sur les biopsies ;

Il est confirmé par : le dosage de la vitamine B₁₂ : effondré ;

Traitement : les injections intramusculaires répétées et définitives de vitamine B₁₂. La surveillance endoscopique est indispensable pour dépister une cancérisation.

2. La gastrite d'origine toxique

Parmi les causes les plus fréquemment invoquées, figurent l'alcool, le tabac, les médicaments. Dans l'alcoolisme chronique, la gastrite est d'autant plus marquée et durable. La gastrite peut être ou non asymptomatique. Les symptômes sont le plus souvent des Epigastralgies atypiques. Parfois, la gastrite n'est découverte qu'au cours d'une endoscopie réalisée pour une autre raison.

3. Les gastrites par reflux

Elles s'observent surtout sur l'estomac opéré. Le reflux de bile finit par entraîner des lésions muqueuses, définitives.

4. Gastrite à Helicobacter pylori

Les observations et les études conduites depuis la découverte de l'Helicobacter pylori dans la muqueuse au cours des gastrites, des duodénites et des ulcères gastroduodénaux permettent de dire que l'Helicobacter pylori joue un rôle dans l'apparition d'une inflammation de la muqueuse gastrique. Son éradication s'accompagne d'une régression des phénomènes inflammatoires. Toutefois, la disparition d'Helicobacter pylori ne s'accompagne pas toujours d'une disparition des symptômes. La récurrence après éradication est possible. L'origine de l'infection est inconnue.

II. ulcère gastro-duodénal

Introduction-définition :

L'ulcère gastroduodénal est une Destruction localisée de la muqueuse de l'estomac et du duodénum

L'ulcère gastroduodénal est très fréquent, touchant 10 % de la population

— **L'ulcère duodénal** est le plus fréquent ; il touche préférentiellement les individus mâles, et ne présente pas de risque de cancérisation.

— **L'ulcère gastrique**, moins fréquent, touche indistinctement les individus des deux sexes. Il évolue vers un cancer dans 3 % des cas.

Causes

La principale cause de l'ulcère gastroduodénal est la bactérie **Helicobacter pylori (Hp)**. (90 % des ulcères duodénaux, et 70 % des ulcères gastriques). D'autres causes existent, moins fréquentes, telles que

- la prise d'anti-inflammatoires
- plus rarement encore, une tumeur du pancréas.
- facteur favorisant : stress et tabagisme.

Signes cliniques : La douleur ulcéreuse typique :

- siège au niveau de l'épigastre ;
- n'irradie habituellement pas ;
- d'intensité variable, à type de crampe ou de torsion, avec parfois une sensation de faim ;
- postprandiale, elle survient 1 à 4 heures après les repas ;
- dure de 30 minutes à 2 heures ;
- est calmée par la prise d'aliments
- périodique : tous les jours pendant la poussée, qui dure 4 à 6 semaines,
- souvent saisonnière (printemps et automne).

Remarque : La douleur ulcéreuse est moins typique dans près de la moitié des cas, mais on retrouve presque toujours le caractère postprandial la sédation par les aliments.

De plus, la recherche d'antécédents familiaux d'ulcère ou de prise de médicaments gastro-toxiques a une valeur diagnostique essentielle.

Les ulcères peuvent être asymptomatiques et se révéler par une complication (hémorragie ou perforation).

Examens complémentaires

- La fibroscopie œso-gastro-duodénale permet d'affirmer le diagnostic d'ulcère de préciser son siège, de faire des prélèvements de muqueuse afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cancer et de rechercher le germe **Hp**.

Complications :

- la chronicité, par poussées successives, aussi longtemps que le germe **Hp** n'a pas été éradiqué.
- L'ulcère gastrique prédisposant au cancer de l'estomac
- les hémorragies digestives (hématémèse, méléna) spontanées ou consécutives à la prise d'aspirine.
- Une perforation, entraînant une péritonite aiguë.
- Plus rarement, en absence de traitement, une sténose du pylore.

Traitement

A. Traitement de la poussée ulcéreuse

- La prise de tabac doit être arrêtée.
- supprimer l'alcool et les épices.
- Aucune autre restriction alimentaire ne se justifie.
- Certains médicaments sont contre-indiqués en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes.

B. Traitement médicamenteux

1. supprimer la douleur,
2. diminuer la sécrétion chlorhydrique,
3. éradiquer X *Helicobacter pylori*.

Le schéma traditionnel est : IPP double dose + (Clamoxyl 2 g + Zeclar® 1 g, après un traitement complémentaire par IPP de 6 à 8 semaines, une fibroscopie de contrôle avec biopsie est obligatoire...

Si, après plusieurs tentatives, l'ulcère résiste au traitement médical, il faut discuter un traitement chirurgical

C. Traitement chirurgical

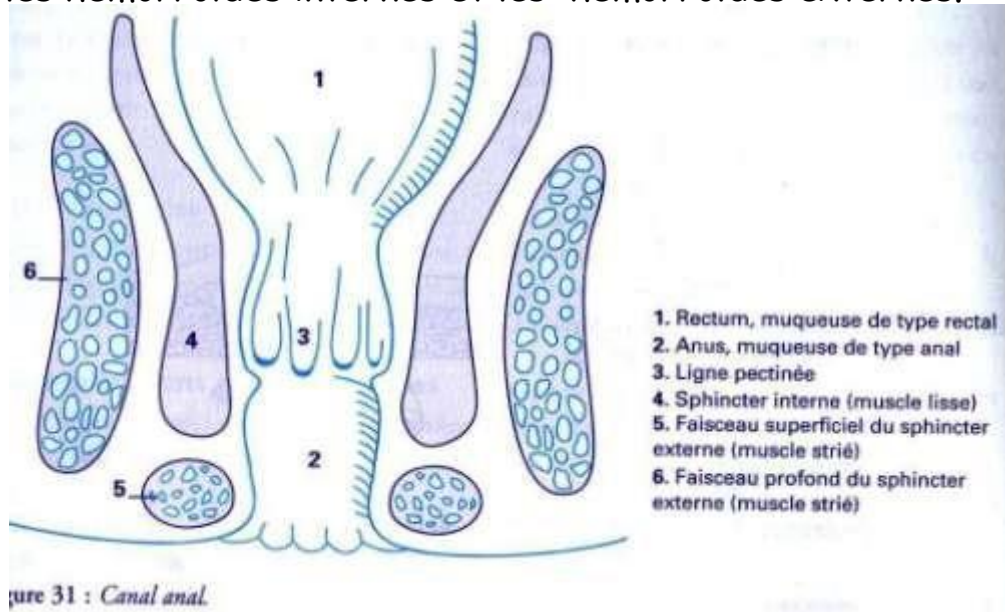
- En cas d'ulcère gastrique, la gastrectomie des deux tiers
- vagotomie avec exérèse de l'ulcère pour analyse anatomopathologique.

III. hémorroïdes

Définition :

Les hémorroïdes sont des dilatations du plexus veineux qui entoure le canal anal (fig.).

Selon leur situation par rapport à la ligne pectinée, On distingue les hémorroïdes internes et les hémorroïdes externes.



Clinique

Les hémorroïdes peuvent rester très longtemps latentes. Elles deviennent symptomatiques au stade de complication révélant le plus souvent leur existence. Les principaux symptômes sont :

- la douleur anale liée ou non à la défécation,
- la rectorragie rarement abondante,
- la perception d'une tuméfaction à l'extérieur de l'anus,
- le prurit et le suintement, (les signes peuvent être isolés ou associés, révélant un stade évolutif ou une complication.

Examens complémentaires

Le diagnostic repose sur l'examen externe de l'anus le toucher anal et l'anuscopie. Certains examens complémentaires comme la rectoscopie, la coloscopie longue ou le lavement baryte peuvent être nécessaires lorsqu'il existe un doute diagnostique sur une lésion associée : cancer recto-colique, tumeur, polype, recto-colite hémorragique ou maladie de Crohn.

Traitement :

Traitement médical

➤ **Règles hygiéno-diététiques** : Elles sont :

- alimentaires : réduction ou suppression d'épices, des boissons alcoolisées et des excitant
- locales : bains de siège ;
- correction des troubles du transit en évitant les laxatifs irritants.

➤ **Médications anti-hémorroïdaires**

- les toniques veineux administrés par voie orale (Daflon®, Esberiven®) ;
- les anti-inflammatoires administrés par voie locale, en suppositoires ou en pommade sans corticoïdes (Anoréine®, Proctolog®, Anusol®)

traitement Instrumental non chirurgical

La sclérothérapie : injection par anoscopie d'un produit sclérosant dans la sous-muqueuse anale en

la ligature élastique : pose d'un anneau élastique à la racine du paquet hémorroïdaire, entraînant sa nécrose et sa chute ;

La cryothérapie : congélation du paquet hémorroïdaire par l'application d'azote liquide, entraînant sa nécrose et sa destruction.

Elle est souvent

La photo coagulation au laser ;

La Thrombectomie : évacuation d'un thrombus hémorroïdaire par l'incision sous anesthésie locale

Traitement chirurgical

Peut aller de la résection simple d'un paquet hémorroïdaire aux différentes résections-plasties.

IV. ictères

Définition :

L'ictère est un symptôme clinique qui correspond à la majoration (augmentation) du taux de la bilirubine plasmatique à 50 mg/l. Entre 25 et 50 mg/l, il s'agit d'un subictère. Cette majoration sanguine peut être sous forme non conjuguée ou sous forme conjuguée ou mixte.

Cliniquement, il s'agit de coloration jaune de la peau, de la sclérotique (blanc de l'œil) et des muqueuses,

Mécanismes et causes

Les ictères à bilirubine libre proviennent soit d'une destruction anormale de globules rouges (hémolyse), soit d'une insuffisance de conjugaison de la bilirubine au niveau du foie.

La bilirubine non conjuguée n'étant pas hydrosoluble, elle ne peut être éliminée dans les urines qui restent claires.

- Hémolyse : Il s'agit d'une destruction des globules rouges dont les causes sont multiples. Le diagnostic est évoqué sur :
 - le contexte : nouveau-né, transfusé, sujet atteint de maladie de l'hémoglobine, prise de médicaments, piqûre de serpent... ;
 - les signes cliniques : d'installation brutale associant douleur lombaire, pâleur, état de choc,
 - les anomalies biologiques : l'anémie, l'augmentation de la bilirubine libre, l'élévation du fer
- Immunologique : accident d'incompatibilité transfusionnelle ;
- auto-immune.
- Infectieuse : septicémie, paludisme.
- Toxique : venin de serpent.
- Osmotique : injections de soluté hypotonique.
- les hémopathies : Les plus importantes sont la drépanocytose, le déficit en GRPD (Gastrin releasing peptide),
- Maladie de Gilbert ou déficit en glucuronyl transférase (enzyme de la conjugaison de la bilirubine. Sa diminution d'origine congénitale entraîne des poussées d'ictère à bilirubine libre, Cette affection est sans gravité.

Les ictères à bilirubine conjuguée : Les ictères à bilirubine conjuguée correspondent toujours à une maladie du foie ou à un obstacle sur les

voies biliaires. L'absence de passage de bilirubine conjuguée dans l'intestin empêche la formation d'**urobilinogène** et donc de **stercobilinogène** qui colore les selles. C'est le problème le plus fréquent. Les étiologies sont multiples, maladies intra-hépatique, maladies extra-hépatiques, biliaires ou pancréatiques

➤ Maladie du foie : L'orientation diagnostique dépend de la consistance du foie ; dur ou ferme.

1. Foie dur : La découverte d'un foie dur chez un patient ictérique oriente vers deux étiologies : la cirrhose ou le cancer

L'ictère au cours de la cirrhose induit le plus souvent une poussée d'insuffisance hépatocellulaire. Le diagnostic est aisé lorsqu'il existe des signes d'hypertension portale (HTP)

2. Foie non dur :

- l'hépatite virale
- l'hépatite alcoolique aiguë ;
- les hépatites médicamenteuses
- les autres causes sont plus rares :
 - l'hépatite réactionnelle à une septicémie : s'observe surtout en secteur de soins intensif ; Elles régressent avec le traitement de l'infection
 - les hépatites chroniques virales, auto-immunes
 - le foie cardiaque : l'ictère traduit un tournant évolutif grave de l'insuffisance cardiaque.

➤ Obstructions biliaires extra-hépatiques : Deux causes sont à l'origine de la majorité des obstructions biliaires extra-hépatiques :

- la lithiase de la VBP ;
- le cancer de la tête du pancréas.

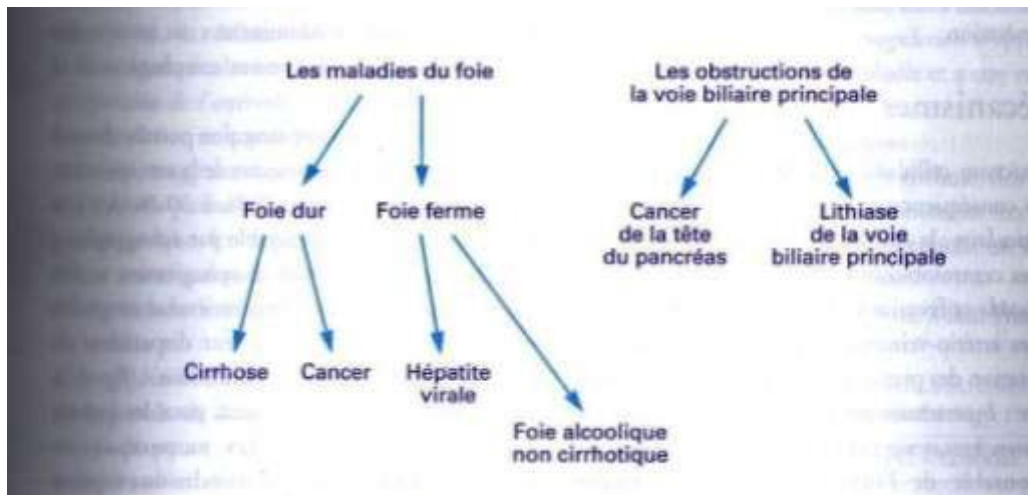
D'autres causes sont plus rares :

- le cancer des voies biliaires ;
- l'ampullome vaterien ;
- la pancréatite chronique.

Dans la majorité des cas, l'association clinique, biologique et échographique permet de faire le diagnostic.

Si un doute persiste entre cholestase extra ou intra-hépatique, il faut opacifier la voie biliaire principale par une cholangiographie

rétrograde-endoscopique ou la visualiser par écho-endoscopie.



Traitement :

Il n'existe aucun traitement de l'ictère, étant donné que ce n'est pas une maladie en soi, mais uniquement un signe d'un problème médical. L'approche privilégiée consiste à traiter la cause sous-jacente, si possible

V. cirrhose du foie

Définition :

La définition de la cirrhose est anatomique. Cinq critères sont exigés

1. une atteinte diffuse du foie,
2. une désorganisation de l'architecture lobulaire,
3. une nécrose cellulaire,
4. une fibrose (Augmentation pathologique du tissu conjonctif d'un organe).
5. Des nodules de régénération

Mécanismes :

La nécrose cellulaire et la fibrose mutilante ont deux conséquences :

- vasculaire : la compression ou la suppression des veines centrolobulaires gêne la circulation dans la sinusoïde et favorise le développement des anastomoses artério-veineuse. Ceci aboutit à une augmentation des pressions sanguines dans le système porte : hypertension portale (HTP) ;
- parenchymateuse : la destruction des cellules est responsable de l'insuffisance hépato-cellulaire (IHC).

Causes :

- Cirrhose alcoolique
- Cirrhose poste hépatique: seuls les virus B et C (HBs positif)
- Hémochromatose trouble du métabolisme du fer
- Cirrheses biliaire primitive affection rare
- Les cirrheses auto-immunes
- Les autres causes: stéatose (Accumulation de graisses à l'intérieur de cellules non alcoolique, maladie de Wilson (surcharge en cuivre),

Symptôme :

1. Foie cirrhotique : Il est palpable deux fois sur trois. Le caractère le plus significatif est sa consistance ; il est, de plus, indolore.

2. Hypertension portale

L'augmentation de la pression dans le système porte entraîne la mise en jeu d'anastomoses existant entre le système porte et le système cave, peut ou pas fonctionnelles à l'état normal.

3. Insuffisance hépato-cellulaire

- angiomes stellaires

- Erythrose palmaire :
- L'angle blanc : un agrandissement particulièrement net au pouce
- Troubles endocriniens. L'hyperœstrogénie aboutit chez l'homme à : une disparition de la pilosité axillaire ; une atrophie testiculaire ; une gynécomastie.

Signes biologiques

- L'hypoalbuminémie
- La chute des facteurs de la coagulation

Diagnostic :

1 signe d'HTP + 1 foie dur = cirrhose

1 signe d'HTP + 1 signe d'IHC = cirrhose

1 foie dur + 1 bloc β γ (globuline) = cirrhose

En cas de doute, la certitude est apportée par la ponction-biopsie hépatique

Complications :

1. Complications dues à l'hypertension portale
 - La rupture de varices œsophagiennes : Elle représente une urgence médicale, traitée au mieux en secteur de soins intensifs. Elle se manifeste par une hémorragie digestive, le plus souvent une hématomèse.
2. Complications dues à l'insuffisance hépato-cellulaire
 - L'ictère : Deux fois sur trois, se caractérise par :
 - L'encéphalopathie : Son mécanisme reste mal connu.
3. Complications de l'HTP et de l'IHC : L'ascite

Le traitement :

Complexe, vise essentiellement à prévenir ou à retarder la constitution de la fibrose, la cirrhose étant irréversible une fois installée



Angiome stellaire



érythrose palmaire

VI. hémorragies digestives

Introduction :

Le tube digestif peut présenter diverses lésions susceptibles de saigner. Le sang peut s'extérioriser :

- **Par la bouche**, provenant de l'oesophage ou de l'estomac

HEMATEMESE

- **Par l'anus**, et on distingue alors les deux types de saignements :
- **MELENA** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide, dont l'origine est située en amont du colon droit
- **RECTORRAGIE** : émission par l'anus de sang rouge non digéré. Elle caractérise une hémorragie basse

Causes :

- Les causes les plus fréquentes des hémorragies digestives hautes sont les ulcères gastro-duodénaux, les varices œsophagiennes dues à l'hypertension portale d'origine cirrhotique et les érosions gastriques aiguës, en général médicamenteuses.
- Les causes les plus fréquentes des hémorragies digestives basses sont les hémorroïdes et les cancers recto coliques.

Les mesures de traitement d'urgence :

- En dehors du cas des rectorragies de petite abondance, tout sujet ayant une hémorragie digestive, si minime soit elle, doit être hospitalisé.
- La mesure du pouls et de la tension artérielle
- La mise en place d'une bonne voie d'abord
- Une sonde naso-gastrique doit être mise en place. Le contenu gastrique qu'elle permet d'aspirer peut avoir trois aspects: sang pur, liquide contenant des débris marron de «vieux» sang (marc de café), liquide gastrique clair.
- FNS+groupage en urgence
- La compensation de l'hémorragie. Elle se fait avec des culots globulaires si besoin précédés par des macromolécules. La quantité et la durée de cette compensation sont fonction des signes cliniques de surveillance:
- Une endoscopie haute et/ou basse doit être réalisée en urgence devant toute hémorragie digestive extériorisée, dès que l'état hémodynamique du malade est stabilisé.

VII. maladie de Crohn

Définition :

Maladie inflammatoire chronique de tout le tube digestif, touchant principalement le côlon et l'iléon terminal et évoluant par poussées. D'étiologie inconnue,

Clinique : peut se manifester de deux façons :

- aigue : elle réalise un tableau chirurgical d'appendicite ou de péritonite localisée. Le diagnostic alors se fait en cours d'intervention ;
- chronique : elle associe une diarrhée, des douleurs abdominales et un amaigrissement, avec des manifestations extra-digestives faites de douleurs articulaires, d'éruption cutanée et d'une inflammation oculaire.

Au niveau de l'anus, la maladie de Crohn peut se manifester sous forme de fistule, de fissure ou d'abcès péri anal.

Examens complémentaires

- Coloscopie : Les ulcérations sont plus larges, plus profondes que dans la RCH, d'aspect aphte, de topographie segmentaire.
- L'examen anatomopathologique retrouve :
 - des pertes de substances muqueuses ;
 - une inflammation du chorion ;
 - surtout la présence de granulomes (Masse inflammatoire de petite taille due à la prolifération de cellules de défense dérivées des globules blancs du type monocyte)

Évolution : Les complications peuvent être inaugurales, révélant la maladie, ou survenir en cours d'évolution. Les principales complications sont :

- les occlusions intestinales aiguës ou subaiguës
- les complications septiques : abcès intra ou extra-péritonéaux pouvant aboutir à des fistules ;
- les fistules intestinales à la peau ou aux viscères voisins (vessie, vagin)
- la cancérisation : il s'agit d'une complication rare,

Traitement

Traitement médical

- repos et à un régime sans résidus ;

- en cas d'atteinte iléale : corticoïdes par voie générale à la dose de 0,5 mg par jour, pendant une période moyenne de 3 à 4 mois ;
- le traitement des symptômes : Imodium® pour la diarrhée, antispasmodiques pour les douleurs.
- l'arrêt de l'intoxication tabagique est formel.

Traitement chirurgical

- en urgence : en cas de survenue d'une complication (occlusion, colectasie, perforation, abcès, fistule...) ;
- à froid : en cas d'apparition d'une sténose serrée ou de lésions anales et péri anales résistant au traitement médical.

- VIII. la recto-colite ulcéro-hémorragique

Définition :

La recto-colite ulcéro-hémorragique "RCUH" est une affection inflammatoire à long cours qui atteint le côlon en partie ou en totalité et qui prédomine à sa surface et à sa terminaison

Etiopathogenie :

On accuse des virus et des parasites mais aucun d'entre eux n'a prouvé sa responsabilité. Certaines manifestations allergiques à type d'asthme, d'eczéma, de rhinite allergique et d'urticaire sont fréquemment retrouvées chez les malades atteints de RCUH.

diagnostic clinique :

1. Hémorragie digestive basse, signe essentiel. Elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de ténesme.

2. Troubles du transit, diarrhées ou constipation. Les selles sont parfois mélangées avec du sang ou du pus.

1- L'asthénie est modérée.

2- Le décalage thermique est de 38°

Diagnostic paraclinique : la Recto-sigmoïdoscopie "RSS" montre :

1. Une atteinte diffuse du rectum, sans aucune zone saine.
2. Un enduit purulent blanc jaunâtre parfois sanglant.
3. Ulcération profonde.

Complications :

- Perforation colique: Complication redoutable
- Hypokaliémie et troubles métaboliques
- Mégacôlon toxique: plus grave que la perforation
- Hémorragie massive (1 à 4% des cas.)
- Fissure anale, moins fréquente que dans la maladie de Crohn.
- cancérisation (3 à 9% des cas)
- Perturbations hématologiques: A type d'anémie hémolytique

Traitement :

- Mesures hygiéno-diététiques
- Médicaments symptomatiques contre la diarrhée et la surinfection
- Médicaments substitutifs contre les déficits, Vit A, B, C, D,
- Traitement chirurgical (radical) Procto-colectomie totale avec anastomose iléo-anale basse.

CHAPITRE III SOINS

➤ PONCTION D'ASCITE

- Ascite

Définition :

Excès de liquide entre les deux membranes du péritoine, dont l'une tapisse l'intérieur de la paroi abdominale, l'autre recouvrant les viscères abdominaux.

Causes :

Les causes possibles d'une ascite sont nombreuses. Il peut s'agir :

- d'une maladie qui atteint le péritoine (tuberculose, cancer primitif ou secondaire) ;
- d'une maladie du foie comportant une hypertension portale (cirrhose) ;
- d'une insuffisance cardiaque droite ou d'un syndrome néphrotique
- d'une dénutrition, la baisse du taux sanguin de protides entraînant une rétention d'eau.

Symptômes et signes

Ascite de faible abondance : ne provoque aucun symptôme particulier et n'est décelable que par échographie ou ponction.

Ascite de grande abondance : provoque une distension croissante de l'abdomen, qui peut entraîner une gêne respiratoire. L'échographie oriente alors le diagnostic, qui est confirmé par la ponction.

Le liquide d'ascite peut être jaune clair, de la couleur de l'urine : il est alors sérofibrineux (formé de sérosité et de fibrine). Il peut être teinté de sang, laiteux, voire bilieux.

L'analyse chimique distingue les liquides riches ou pauvres en protides (exsudats et transsudats), les premiers évoquant un processus inflammatoire ou infectieux. La recherche de germes pathogènes et de cellules tumorales complète l'examen.

Traitement

Le traitement d'une ascite est celui de sa cause.

En cas d'épanchement volumineux, une ponction évacuatrice est indispensable (cf. Fiche technique).

Fiche technique : ponction d'ascite

Principe :

Introduction par voie transcutanée d'une aiguille dans la cavité péritonéale pour prélever ou évacuer le liquide d'ascite

Buts :

- Analyse cytot bactériologique du liquide : but diagnostic.
- Evacuer le liquide lors d'une ascite de grande abondance : but thérapeutique.

Préparation du Matériel :

- Matériel pour une ponction exploratrice :
 - 2 seringues de 20 ml stériles ou 1 seringue de 50 ml stérile.
 - Aiguille à ponction (aiguille rose : 18 gauges).
 - 4 flacons d'analyses stériles : anatomie-pathologie, chimie, bactériologique, cytologique.
 - Etiquettes laboratoire
 - Bons d'analyses laboratoire, avec pochette de transport.
- Matériel pour une ponction évacuatrice :
 - 1 seringue de 20 ml.
 - Cathéter court de 18 gauges (cathéter vert : 18 gauges) :
 - 1 tubulure stérile sans filtre.
 - 1 bocal d'environ 2 litres.
 - 2 flacons d'analyses stériles : chimie, bactériologique.
 - Etiquettes laboratoire.
 - Bons d'analyses laboratoire, avec pochette de transport.
 - Une balance et un mètre-ruban.
- Matériel divers :
 - Gants stériles et non stériles.
 - Compresses stériles.
 - Antiseptique cutané.
 - Protection papier absorbante à usage unique.
 - Pansement occlusif stérile.
 - Tondeuse si zone de ponction poilue.
 - Sac à élimination des déchets.
 - Container à déchets contaminés piquants.
 - Désinfectant de surface et chiffonnette.
 - Nécessaire à l'hygiène des mains.

Technique :

Installation et préparation du malade

- Informer le patient sur le déroulement du soin et de son objectif.
- Préparer le patient :
 - La vessie doit être vide puisque la ponction peut durer quelques heures.
 - Prendre une voie d'abord
 - Peser le patient.
 - Mesure le périmètre abdominal.
 - Prendre les paramètres vitaux : pouls, pression artérielle.
 - Si besoin, dépiler la zone à perfuser avec une tondeuse ou aux ciseaux,

La dépilation doit toujours être réalisée dans le sens du poil pour éviter les folliculites.

- Installer le patient en décubitus dorsal, légèrement incliné sur la gauche.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une SHA
- Installer le matériel après vérification des dates de péremptions.
 - L'Installation sera sur une surface propre et désinfectée au préalable.
 - Installer les poubelles de tri des déchets au pied du lit du patient.
 - Respecter le triangle d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie : Propre (matériel) - Patient - Sale (poubelles).
- Ouvrir le champ des gants stériles et y déposer aseptiquement le matériel : seringues, aiguille ou cathéter, tubulure stérile, pansement occlusif stérile.
- Ouvrir aseptiquement les paquets de compresses et les imbiber avec un antiseptique
- garder quelques compresses sèches.
- Protéger le lit en plaçant le champ absorbant sous la zone de ponction.
- Effectuer un lavage antiseptique des mains.

- Pratiquer une première antiseptie de la peau.

Aide à la réalisation

- Présenter au médecin opérateur les gants stériles.
- Deuxième antiseptie de la peau est réalisée par le médecin.
- Ponction dans la fosse iliaque gauche en zone de pleine matité, située à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'ombilic.
- Prélèvement biologique :
 - Pour la ponction exploratrice : prélèvement avec seringue de 50 ml.
 - Pour la ponction évacuatrice : prélèvement avec seringue de 20 ml, puis adapter le cathéter à la tubulure que l'on relie à un bocal : drainage par déclivité du liquide d'ascite.
- Remplir les flacons.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une SHA
- Mettre les gants non stériles.
- Retirer l'aiguille d'un coup sec et la jeter immédiatement dans le container à déchets contaminés piquants.
- Effectuer une dernière désinfection de la peau puis réaliser un pansement compressif avec une compresse stérile pliée
- Jeter les gants.
- Eliminer les déchets et désinfecter le matériel utilisé.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec SHA.
- Mesure le périmètre abdominal et le poids.
- Vérifier la concordance des étiquettes et de l'identité du patient puis étiqueter les flacons, remplir les bons d'analyse et acheminer les flacons au laboratoire d'analyse
- transmettre :
 - quantité prélevée, aspect de l'ascite recueillie,
 - prélèvements effectués,
 - médecin opérateur,
 - poids et périmètre abdominal du patient avant et après la ponction,

- réaction du patient,
- date et heure de la ponction.

Surveillance

- **Risque d'Hypovolémie :**
 - Surveillance de la tension artérielle.
- **Risque hémorragique :**
 - Surveillance de la tension : hypotension.
 - Surveillance de la pulsation : tachycardie.
 - Surveillance de la couleur des téguments : pâleur, cyanose.
 - Couleur du liquide (ascite) : rouge si hémorragie.
 - Surveillance du comportement : agitation.
- **Risque de déshydratation :**
 - Surveillance de l'état cutané : muqueuse sèche, persistance du pli cutané.
 - Surveillance de la diurèse : anurie.
 - Surveillance du comportement : polydipsie, agitation.
- **Risque d'infection :**
 - Surveillance de la température : hyperthermie