

UE 3 - APPAREIL DIGESTIF

Jeudi 10 octobre 2013 – 8h30 -9h30

Dr GOUJON

RT : KHERABI Yousra

RL : CHAWKI Soukaina

COURS 7

DYSPHAGIE, ULCERES, DYSPEPSIE, VOMISSEMENT.

~ SOMMAIRE ~

I) Sémiologie de la dysphagie

A) Cas clinique

B) Conclusion

II) Sémiologie des ulcères gastro-duodénaux et de la dyspepsie

A) Cas clinique

B) Conclusion

III) Sémiologie des vomissements

A) Sémiologie : généralités .

B) Cas cliniques

- a) Cas clinique 1
- b) Cas clinique 2
- c) Cas clinique 3

C) Conduite à tenir devant un vomissement

IV) Fiche

NB : le cours se présente sous la forme de cas cliniques , les éléments importants sont en **gras et soulignés** , les éléments ajoutés à l'oral pour plus de compréhension sont en *italique* . J'ai pris la liberté de faire un petit point après chaque cas clinique pour vous résumer les éléments essentiels :) . Une ronéo toute en couleur vous attend sur Weebly .

I) SEMIOLOGIE DE LA DYSPHAGIE

A) CAS CLINIQUE

- Cas clinique : M.R , 45 ans ,**peintre en bâtiment** , vous consulte car il présente depuis quelques mois les symptômes suivants : **brûlures épigastriques à irradiation ascendante, associées à des « aigreurs »**, ce qui le « **gène beaucoup dans son travail** » . Il relie cette symptomatologie à la survenue il y a 6 mois d'une **lombalgie aiguë**, pour laquelle il **porte depuis un corset souple**.
→ Antécédents : HTA , intoxication **alcoolo-tabagique chronique** (4 verres de vin par jour ainsi qu'un apéritif, 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans) , **surcharge pondérale** (82 kg pour 172 cm).

➤ QUESTIONS :

1) Quel diagnostic retenir et sur quel(s) critère(s) ?

Le diagnostic retenu est le **reflux gastro-oesophagien non compliqué** . Ce diagnostic est retenu sur les critères suivants :

- On a un **pyrosis** (« brûlures épigastriques à irradiation ascendante » en langage non médical) , des **réurgitations acides** (« associées à des « aigreurs » ») ,un **syndrome postural** (travail manuel) et des **facteurs favorisants** : **surpoids** , **ceinture lombaire** (appui sur son ventre) .

- **Non compliqué** car : pas de signe clinique d'alarme , pas d' AEG (altération de l'état général) , pas d'extériorisation sanguine .

2) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour justifier votre diagnostic ? Justifiez.

On ne demande aucun examen complémentaire car la symptomatologie est typique, le patient a moins de 50 ans et il n'y a pas de signe clinique d'alarme .

- Suite du cas :Le patient est traité pendant 8 semaines, mais **l'observance ne semble pas être excellente**. Les symptômes ne tendent pas à s'amender et s'enrichissent même de **sensations de blocage lors de la déglutition** de grosses bouchées, **ainsi que de douleurs, également à la déglutition** .

➤ QUESTIONS :

1) Quel diagnostic évoquez-vous à présent ? Justifiez.

Le diagnostic évoqué est l' **oesophagite peptique compliquant un RGO**.

Justification :

- **Odynophagie** (= douleurs à la déglutition) et **dysphagie** (« blocage »)
- **RGO connu** et **mauvaise observance du traitement**

2) Quelle(s) exploration(s) complémentaire(s) préconisez-vous et que recherchez-vous en particulier ?

On fait une **endoscopie œso-gastro-duodénale** qui va permettre de faire :

- **Diagnostic positif**
- **Diagnostic de sévérité** (du moins grave au plus grave : érythème, érosion, ulcération) grâce aux classifications de Savary-Miller et de Los Angeles
- **Recherche d'un facteur favorisant** : **hernie hiatale** (favorise le RGO)
- **Recherche de lésion associée** : **endobranchyœsophage ? Ulcère de Barrett ?**

- Suite du cas : En fait, Il est mis en évidence un **endobranchyœsophage (EBO)**, de 5 cm de longueur maximal avec un **ulcère de Barrett** de 12 mm. Au dessus, sur 3 cm, il existe plusieurs ulcérations longitudinales en rails, dont deux sont confluentes (érosion continue entre les sommets de deux plis) .

- **QUESTION** : Expliquer les termes soulignés

!! peut tomber dans une question !!

- **EBO : métaplasie gastrique ou intestinale de l'épithélium œsophagien, suite à l'exposition prolongée au suc gastrique acide**
- **Ulcère de Barrett : ulcère au sein de la métaplasie +++**

- Suite du cas : Le patient est perdu de vue. Il revient vous voir 8 ans après. Il vous décrit depuis plusieurs mois des **blocages à la déglutition, notamment sur les solides, qui ont tendance à s'aggraver**. Il a perdu 8 kg en 6 mois et pèse désormais 67 kg pour 1,72 m.

- **QUESTION** : Quels sont les éléments sémiologiques en faveur d'une dysphagie organique ? Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

A BIEN CONNAITRE !

Les éléments sémiologiques en faveur d'une dysphagie organique sont :

- **Progressive** (« ont tendance à s'aggraver »)
- **Électivité sur les solides**
- **Terrain** : **EBO connu sur RGO, éthylo-tabagisme** (FDR carcinome épidermoïde de l'œsophage)
- **AEG** (« a perdu 8 kg en 6 mois ») : oui, mais peut se voir dans les troubles moteurs sévères de l'œsophage

Les hypothèses diagnostiques à évoquer sont :

- **Adénocarcinome de l'œsophage** (le plus probable ici , le plus grave)
- **Carcinome épidermoïde de l'œsophage**
- **Sténose peptique** (mode de cicatrisation de l'oesophage)
- (Anneau fibreux de Schatzki)
- **adénopathie compressive ...**

B) CONCLUSION : REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN

- 2 signes cliniques : **PYROSIS** et **REGURGITATIONS ACIDES**
- Facteurs favorisants : **SYNDROME POSTURAL** (travailleurs manuels) , surpoids .
- Peut se compliquer , en cas de mauvaise observance du traitement , par une **œsophagite peptique** dont les signes cliniques évocateurs sont l'**odynophagie (douleur à la déglutition)** et la **dysphagie** .
- On fait alors une **endoscopie œso-gastro-duodénale** : (diagnostic positif , diagnostic de sévérité , recherche de hernie hiatale et de lésion associées : endobrachyoesophage et ulcère de Barrett)
- **EBO : métaplasie gastrique ou intestinale de l'épithélium œsophagien, suite à l'exposition prolongée au suc gastrique acide**
- **Ulcère de Barrett : ulcère au sein de la métaplasie +++**
- **Les éléments sémiologiques en faveur d'une dysphagie organique sont +++ :**
 - Progressive
 - Électivité sur les solides
 - Terrain : EBO connu sur RGO, éthylo-tabagisme (FDR carcinome épidermoïde de l'œsophage)
 - AEG
- **Les hypothèses à évoquer devant une dysphagie organique** : adénocarcinome de l'œsophage, carcinome épidermoïde de l'œsophage , sténose peptique , (anneau fibreux de Schatzki) , adénopathie compressive ...

II) SEMIOLOGIE DES ULCERES GASTRO DUODENaux

A) CAS CLINIQUE

- **Cas clinique** : Mme U., 36 ans arrive à votre consultation, un peu pressée par sa mère, suite à une prise de sang réalisée récemment pour exploration d'une **asthénie progressive, avec dyspnée modérée aux efforts importants** :

Hb : 9,2 d/dL (basse) , VGM 71 (bas) , GB 9100/mm³, plaquettes 520 000/mm³(un peu augmentées car > 450 000/mm³) et ferritinémie : 12 ug/l (un peu basse car < à 30 ug/L)

Il n'y a pas de retard de règle et celles-ci sont normo abondantes.

Antécédents : Tabagisme actif à 5 PA, migraines

Elle vous déclare spontanément être gênée depuis plusieurs mois par des « douleurs gastriques » .

- **QUESTIONS** :

1) Vous effectuez un complément d'interrogatoire. Donner l'ensemble des éléments pouvant vous orienter vers l'hypothèse d'un ulcère gastrique ou duodénal .

→ Recherche d'un **syndrome ulcéreux clinique** :
Douleur épigastrique à type de crampe non irradiante, calmée par le repas et réapparaissant à distance.

→ **Présence d'une complication potentielle**

- **Anémie ferriprive** par saignement chronique
- Signe négatif : origine gynécologique peu probable

→ **Facteur(s) favorisants :**

- **Tabagisme** actif (favorise la fabrication d'acide par l'estomac)
- Recherche d'une prise de **médicament gastrottoxique** (migraines) : aspirine, **AINS+++**

2) Comment allez-vous en faire la preuve ? Que recherchez-vous alors ?

→ On fait **une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies** :

- **Diagnostic positif**
- **Siège, taille, forme, lésions éventuellement associées**
- **Si siège gastrique** : recherche de **signes endoscopiques de gravité** (> 1 cm, dureté des berges) *car il y a de très rares cas de cancers de l'estomac à cet âge qui se présentent sous forme ulcéreuse* , et **biopsies multiples des berges +++**
- **Biopsies à la recherche d'Helicobacter pylori** : fundus (2 biopsies), angulus (l'angulus est la région entre le fundus et l'antrum , on y fait 1 biopsie), antrum (2 biopsies).

➤ **Suite du cas clinique** : Vous trouvez deux ulcères du **plancher du bulbe** (juste après le pylore) , à fond blanchâtre, de 6 et 8 mm de diamètre. Les biopsies gastriques indiquent qu'il y a une **infection à H pylori**. Vous traitez la patiente selon les recommandations actuelles et vous ajoutez une **supplémentation martiale pour quelques semaines**.

➤ **QUESTION** : Effectuez-vous une surveillance particulière et si oui laquelle ?

OUI , on effectue une surveillance .

→ **Surveillance Clinique** :

- disparition des douleurs épigastriques et des signes fonctionnels d'anémie

→ **Biologie** :

- NFS, ferritinémie : disparition de l'anémie et reconstitution des stocks de fer (2 mois après)

→ **On ne fait pas d'endoscopie oeso-gastro-duodénale** (car les ulcères bulbaires ne dégénèrent pas en cancer contrairement aux ulcères gastriques) **mais on vérifie l'éradication d'Helicobacter Pylori grâce à un test respiratoire** .

On fait ingérer au patient de l'urée marquée au ^{13}C , H.pylori a une enzyme qui s'appelle l'uréase qui transforme l'urée marquée en ammoniac (NH_3) et en dioxyde de carbone marqué ($^{13}\text{CO}_2$) . 30 minutes après l'ingestion , le patient souffle dans un ballon et si il y a du $^{13}\text{CO}_2$, il y a une réaction qui se passe (*en gros c'est le même principe que l'alcootest ;*) .

- **Suite du cas** : La famille est enchantée de vos bons soins. La sœur de 32 ans vous consulte à son tour. Elle est gênée par une **pesanteur épigastrique, un ballonnement environ 15 à 20 minutes après le repas**. Il y a parfois des nausées mais il n'y a jamais eu de vomissement. Il n'y a pas d'altération de l'état général. Elle **ne fume pas, ne prend ni aspirine, ni AINS**. Elle a fait récemment une prise de sang (NFS, ferritinémie) : il n'y a pas d'anomalie. Elle ne tient pas trop à faire un endoscopie mais préfère vous demander votre avis.

- **QUESTIONS : Quelle est votre principale hypothèse ? Prescrivez-vous une EODG ? Prescrivez-vous un autre examen complémentaire et si oui, lequel ?**

La principale hypothèse est la **dyspepsie d'allure fonctionnelle**. *La dyspepsie est un trouble fonctionnel intestinal localisé. C'est une maladie plurifactorielle augmentée par le stress.*

→ **Dyspepsie d'allure fonctionnelle**

- Gêne épigastrique peu douloureuse post-prandiale précoce
- Pas de signe d'alarme

→ **Non, on ne fait pas d'EODG** puisque la patiente est jeune, il n'y a pas de signe d'alarme et pas de facteurs favorisants d'ulcère.

→ **Oui, on fait un autre examen complémentaire : un test respiratoire pour dépister une infection à H.pylori**, comme sa sœur est infectée elle peut l'être aussi (*l'infection à H. pylori provient de l'alimentation et donc, souvent, plusieurs membres de la famille sont infectés*). Là, on fait le test pour ne pas passer à côté d'un potentiel risque de cancer suite à un ulcère provoqué par l'infection à H.pylori).

NB : on peut proposer une sérologie, mais l'avantage du test respiratoire est de pouvoir vérifier l'éradication après traitement alors que la sérologie reste positive même quand la bactérie est éradiquée.

- **COMMENT SE MANIFESTE LA DYSPEPSIE ?**

Dyspepsie de type ulcère	Dyspepsie de type reflux	Dyspepsie de type moteur
Mêmes caractéristiques que la douleur ulcéreuse.	Brûlure épigastrique ou rétrosternale souvent post prandiale, parfois posturale calmée par les anti-acides.	- Pesanteur ou ballonnement post-prandial précoce - Satiété précoce, lenteur à la digestion - Nausée, vomissement...

Chez notre patiente, « l'estomac prend son temps », on est dans une dyspepsie de type moteur.

- **LES ETIOLOGIES DE LA DYSPEPSIE**

- Dans moins de 25 % des cas, il s'agit d'une **cause organique** : *ulcère gastro duodéal, cancer gastrique, gastrite à H. pylori*.

- Dans plus 75 % des cas, il s'agit d'une d'une origine fonctionnelle: *ralentissement de la vidange gastrique, hypersensibilité viscérale, trouble de la motricité, influence du psychisme .*

B) CONCLUSION

- **Recherche syndrome ulcéreux clinique : Douleur épigastrique à type de crampe non irradiante, calmée par le repas et réapparaissant à distance.** On recherche également des complications potentielles(anémie ferriprive) et des facteurs favorisants (tabac, AINS)
- **Preuve par une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) avec biopsies :biopsies multiples des berges +++ si siège gastrique et biopsies à la recherche d'Helicobacter pylori**
- Surveillance **clinique** (douleurs épigastriques, signes fonctionnels d'anémie), **biologique** (NFS ,ferritinémie) et **test respiratoire** pour vérifier l'éradication d'H.pylori.
- **Dyspepsie** d'allure fonctionnelle : gêne épigastrique peu douloureuse post-prandiale précoce, **pas d'EOGD** si chez le sujet jeune, sans de facteurs favorisant l'ulcère ni signe d'alarme. On peut faire un **test respiratoire** pour dépister une infection à H.pylori .
Il existe des dyspepsies **de type ulcère**, de **type reflux** ou encore de **type moteur** .

III) SEMIOLOGIE DES VOMISSEMENTS

!! En ce qui concerne cette partie, surtout bien retenir le A) Sémiologie et les 2 grands organigrammes de la fin !!

A) Sémiologie (à bien connaître)

- L'approche sémiologique des vomissements doit être la plus complète possible .
 - Le vomissement est-il aigu (< 7 jours) ou chronique (> ou égal à 7 jours) ?
 - S'accompagne-t-il de nausées ? De haut-le-cœur (*contraction du diaphragme juste avant de vomir*) ?
 - Médicaments ? Alcool / toxiques ?
 - TERRAIN +++ (*par exemple , la femme jeune qui vomit fait penser à une grossesse*)
 - Il faut établir les caractéristiques des vomissements
 - > Rythme (*est-ce que c'est rythmé par les repas ?*)
 - > Type : alimentaire, bilieux, fécaloïdes ?
 - Signes d'accompagnement +++
 - > Douleurs abdominales,
 - > anomalie des constantes
 - > AEG
 - > dyspnée (inhalation)
- Les deux complications graves des vomissements sont l'inhalation (*le patient peut mourir en inhalant son vomi)* et les troubles électrolytiques (*quand on vomit, on perd de l'HCl, ce qui provoque une alcalose métabolique. Cette acidose métabolique est à l'origine d'une hypercalcémie qui engendre de potentiels troubles cardiaques.*)

B) Cas cliniques

1) CAS CLINIQUE 1

- **CAS** : Une femme de 24 ans est admise aux urgences pour vomissements alimentaires. Les symptômes ont débuté **brutalement 3 heures auparavant** alors qu'elle sortait d'un cinéma. Ils sont associés à une **douleur hypogastrique intense**. On note aucun antécédent .
- **Quel diagnostic éliminez-vous en urgence immédiate ? Comment ?**
On **élimine la grossesse extra-utérine** par l'interrogatoire (rapports/contraception, signes cardinaux de grossesse, métrorragies) et par des examens (β HCG urinaires ou plasmatiques, échographie pelvienne) .

Quels sont les autres causes classiques de vomissements d'origine gynécologique (liés et non liés à la grossesse) ? (le prof ne s'attarde pas trop)

→ Liés à la grossesse :

- au 1er trimestre : vomissements « physiologiques » et hyperemesis gravidarum
- au 3eme trimestre : stéatose aiguë gravidique et prééclampsie

→ Non liés à la grossesse : infection pelvienne, nécrose de fibrome utérin (>40 ans), complication de kyste ovarien (torsion, rupture, hémorragie),carcinose péritonéale (ovaires++)

- **Conclusion** : Vomissement chez la femme en âge de procréer : **TOUJOURS ENVISAGER UNE GROSSESSE avant d'engager des examens** (irradiants ?) ou des traitements (foetotoxiques ?) **La grossesse extra-utérine tue**, y penser, c'est faire le diagnostic.

2) CAS CLINIQUE 2

- **CAS** : Un homme de 72 ans est admis aux urgences pour vomissements alimentaires. Les symptômes ont débuté **brutalement 2 heures auparavant** (= *vomissement aigus*) alors qu'il venait de **courir** pour prendre son bus. Ils sont associés à une **douleur épigastrique intense**. On note un **tabagisme** à 32 PA, une **hypertension artérielle** et une **hypercholestérolémie** non suivies et non traitées, des antécédents de fracture bi-malléolaire gauche et d'appendicectomie.
- **Quel diagnostic éliminez-vous en urgence immédiate ? Comment ?**

On élimine un **infarctus du myocarde inférieur**, pour cela on fait un **ECG+++** .

(L'ECG est sur la diapo, on y voit un sus décalage ST , une onde de Pardee en D2, D3 et aVF (et leurs miroirs en V1 et V2)). On retrouve aussi une troponine élevée .

- **Conclusion** : devant une douleur abdominale, **envisager une cause thoracique (cardiaque ou pulmonaire) est rarement une erreur...** et l'inverse non plus. **Donc on fait un ECG** quand il y a des facteurs de risques cardiovasculaires !

3) CAS CLINIQUE 3

- **CAS** : Un homme de 67 ans est admis aux urgences pour vomissements depuis plusieurs jours. Il est suivi et traité pour cancer colorectal multimétastatique.
- Citez 3 causes possibles de vomissements chez ce patient. Précisez la sémiologie des vomissements et des signes accompagnateurs selon ces 3 causes.

- **Obstruction intestinale** : liée à une obstruction colique ou à une carcinose péritonéale. Les vomissements peuvent être alimentaires post-prandiaux tardifs si obstruction grêle (carcinose) ou fécaloïdes si obstruction basse (colique). *On note un arrêt des matières et des gaz (> 24h) avec un météorisme et douleurs abdominales.*

- **Toxicité de la chimiothérapie**, avec 3 temps : précoces, tardifs et anticipés .

- **Hypertension intracrânienne** : Liée à des métastases cérébrales

Vomissements en jets, matinaux, sans nausées ni haut-le-coeur, avec céphalées et signes neurologiques focaux.

Le patient a des troubles de conscience:quel geste réalisez-vous immédiatement ? Décrivez sa technique.

Pose de sonde naso-gastrique (SNG) en prévention de l'inhalation+++ .

L'inhalation tue dès les urgences. La pose de SNG est un geste simple qu'il faut envisager tôt en cas de vomissements associés à des troubles de conscience et/ou en cas de vomissements profus .

- **Conclusion** : **Prise en charge immédiate liée à la GRAVITE**
 - Correction des **TROUBLES ELECTROLYTIQUES** (K+)
 - Prévenir **l'INHALATION** (SNG en aspiration)

C) CONDUITE A TENIR DEVANT UN VOMISSEMENT

Les vomissements aigus sont **fréquents et non spécifiques**. La stratégie diagnostique à adopter est la suivante :

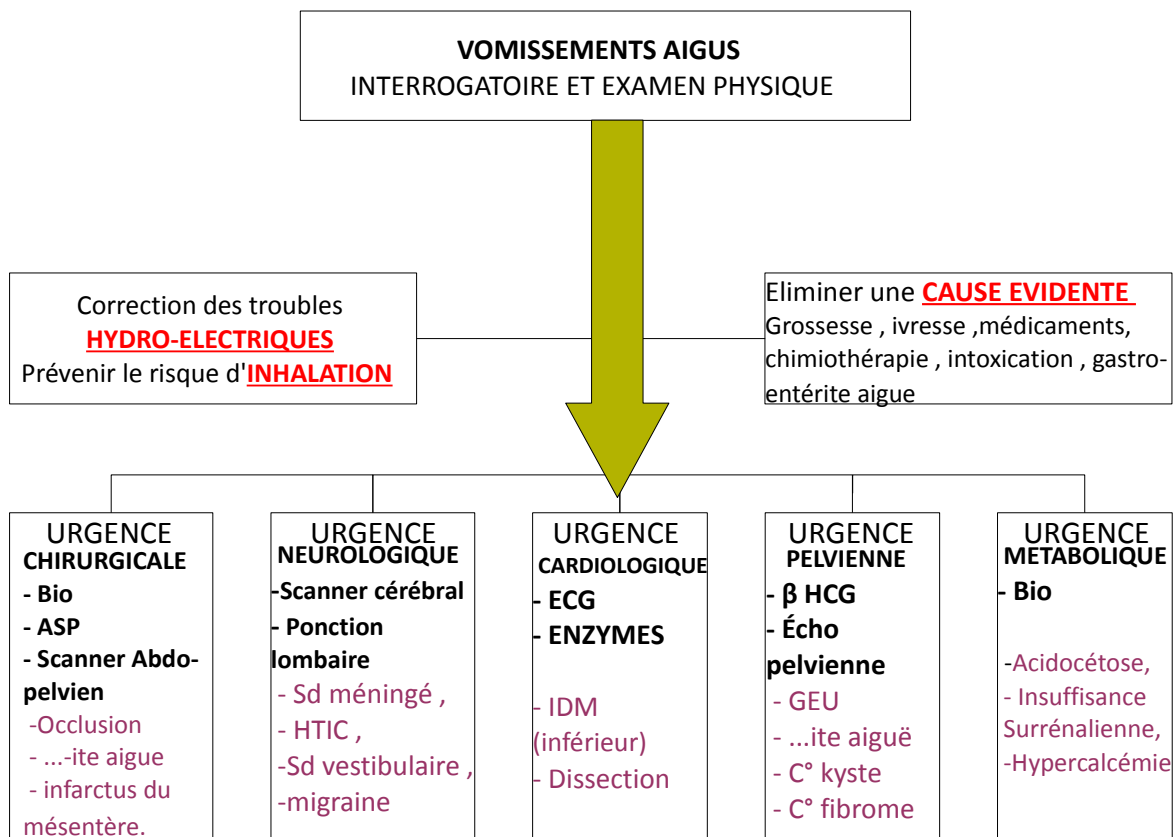
- **Chercher une cause évidente** : grossesse, ivresse aiguë, médicament (chimiothérapie++) ou intoxication (volontaire ou non), gastroentérite aiguë
- **Chercher une URGENCE** : Chirurgicale, neurologique, cardiaque, gynécologique métabolique.

Sur la page suivante , 2 organigrammes à bien retenir . Les abréviations utilisées sont :

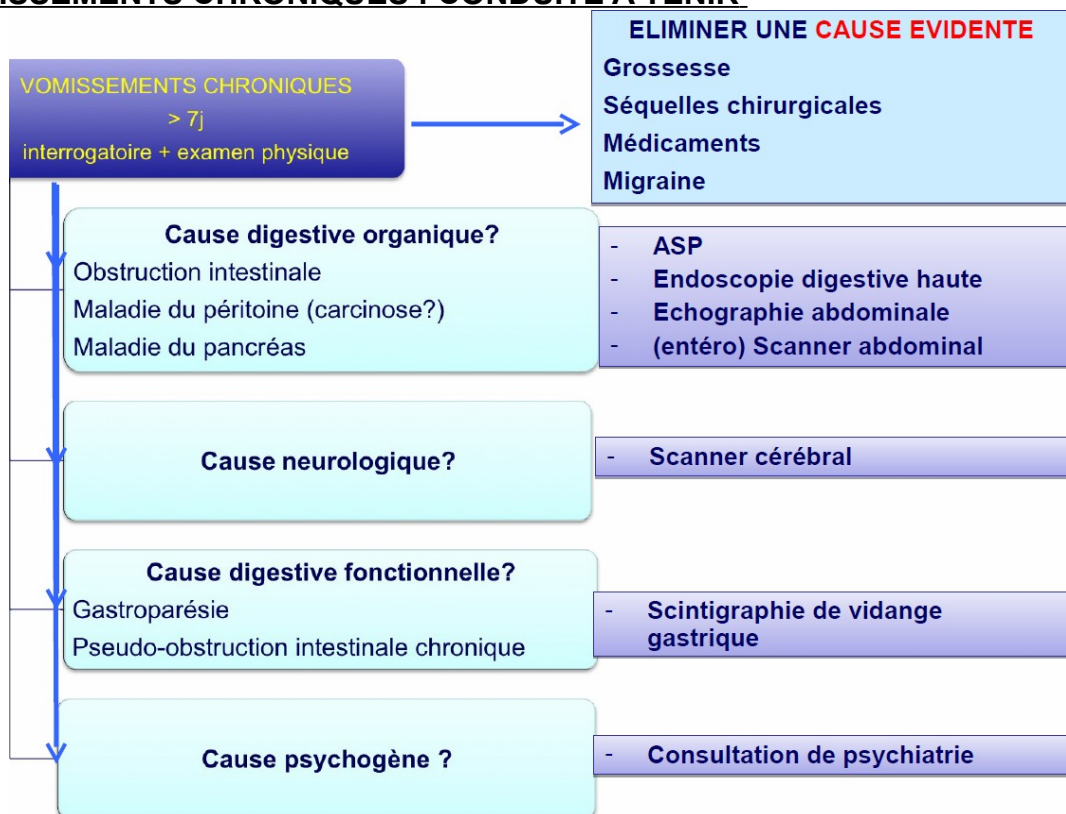
- Bio : biologie
- Sd : syndrome
- HTIC : hypertension intra-crânienne
- IDM : infarctus du myocarde
- GEU : grossesse extra-utérine
- C° : complication

Voici 2 organigrammes résumant la conduite à tenir et qu'il faut bien retenir +++ :

VOMISSEMENTS AIGUS : CONDUITE A TENIR



VOMISSEMENTS CHRONIQUES : CONDUITE A TENIR



IV) Fiche : DYSPHAGIE, ULCERES, DYSPEPSIE, VOMISSEMENT

	Symptômes	Diagnostic	Examen complémentaire
Cas clinique 1 SUITE DU CAS :	Pyrosis Régurgitations acides Syndrome postural <i>FDR :</i> Surpoids Ceinture lombaire	Reflux gastro-oesophagien...	Aucun examen à faire car sémiologie typique .
	Pas d' AEG (altération de l'état général) ni d' extériorisation sanguine	...Non compliqué	
	Odynophagie (douleurs à la déglutition) Dysphagie RGO connu et mauvaise observance du traitement généralement	...Complicé d'une oesophagite peptique	Endoscopie oeso-gastro-duodénale ➢ Diagnostic positif ➢ Diagnostic de sévérité ➢ Recherche d'un facteur favorisant : hernie hiatale ➢ Recherche de lésion associée : endobranchyoesophage ? Ulcère de Barrett ?

Endobranchyoesophage : métaplasie gastrique ou intestinale de l'épithélium oesophagien, suite à l'exposition prolongée au suc gastrique acide
Ulcère de Barrett : ulcère au sein de la métaplasie +++

	Dysphagie organique : - Progressive - Électivité sur les solides - Terrain : * EBO connu sur RGO, * éthylotabagisme - AEG	- 1 - Adénocarcinome de l'oesophage (FDR : EBO) - 2 - Carcinome épidermoïde de l'oesophage (FDR : association tabac-alcool) - 3 - Sténose peptique (mode de cicatrisation de l'oesophage) - 4 - (Anneau fibreux de Schatzki) - 5 - Adénopathie compressive ...	
--	--	--	--

Cas clinique 2	Syndrome ulcéreux clinique : ➢ Douleur épigastrique ➢ À type de crampe ➢ Non irradiante ➢ Calmée par le repas ➢ Réapparaissant à distance. Complications potentielles : ➢ Anémie ferriprive par saignement chronique ➢ Signe négatif : origine gynécologique peu probable FDR : ➢ Tabagisme actif ➢ Recherche d'une prise de médicament gastrotoxique (migraines) : aspirine, AINS	Ulcère gastrique ou duodénal	Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies : ➢ Diagnostic positif ➢ Siège ➢ Taille ➢ Forme ➢ Lésions éventuellement associées Si siège gastrique, signes endoscopiques de gravité (cancer) : ➢ > 1 cm ➢ Dureté des berges ➢ Biopsies multiples des berges +++ Biopsies à la recherche d'Helicobacter pylori : ➢ Fundus (2 biopsies) ➢ Angulus (1 biopsie) ➢ Antre (2 biopsies).
	Surveillance : ➢ Clinique : • Disparition des douleurs épigastriques et des signes fonctionnels d'anémie ➢ Biologie : • NFS, ferritinémie : disparition de l'anémie et reconstitution des stocks de fer (2 mois après) ➢ On ne fait pas d'endoscopie oeso-gastro-duodénale (car les ulcères bulbaires ne dégénèrent pas en cancer) mais on vérifie l'éradication d'Helicobacter Pylori grâce à un test respiratoire		

Cas clinique 2bis	Gène épigastrique ➤ peu douloureuse ➤ post-prandiale ➤ précoce Pas de signe d'alarme	Dyspepsie d'allure fonctionnelle	Pas d'EOGD ➤ Jeune ➤ Pas de FDR ➤ Pas de signe alarmant Test respiratoire pour dépister une infection à H.pylori (contexte familial)
--------------------------	--	---	--

Dyspepsie de type ulcère	Dyspepsie de type reflux	Dyspepsie de type moteur
Mêmes caractéristiques que la douleur ulcéreuse	Brûlure épigastrique ou rétrosternale souvent post prandiale, parfois posturale calmée par les anti-acides	Pesanteur ou ballonnement post-prandiale précoce Satiété précoce, Lenteur à la digestion, Nausée, vomissement...
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans - 25 % des cas : cause organique ➤ Dans + 75 % des cas : cause fonctionnelle 		

Vomissements...			
<p>L'approche sémiologique la plus complète possible +++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aigu (< 7 jours)/Chronique (> ou égal à 7 jours) • Nausées ? Haut-le-cœur ? • Médicaments ? Alcool / toxiques ? • TERRAIN +++ • Caractéristiques <ul style="list-style-type: none"> ➔ Rythme (est-ce que c'est rythmé par les repas ?) ➔ Type : alimentaire, bilieux, fécaloïdes ? 		<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'accompagnement +++ <ul style="list-style-type: none"> ➔ Douleurs abdominales, ➔ Anomalie des constantes ➔ AEG ➔ Dyspnée (inhalation) • Complications : <ul style="list-style-type: none"> ➔ L'inhalation ➔ Les troubles électrolytiques (↓ Hcl → alcalose métabolique --> hypercalcémie → potentiels troubles cardiaques .) 	
<p>...Aigus (moins de 7jours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correction des troubles HYDRO-ELECTRIQUES • Prévenir le risque d'INHALATION • Éliminer une CAUSE EVIDENTE [Grossesse , ivresse, médicaments, chimiothérapie , intoxication, gastro-entérite aigue] 		<p>...Chroniques (7 jours ou plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer une CAUSE EVIDENTE [Grossesse, séquelles chirurgicales, médicaments, migraine] 	
Sinon, urgence		Sinon	
<ul style="list-style-type: none"> • CHIRURGICALE <ul style="list-style-type: none"> ○ Occlusion ○ ...-ite aigue ○ Infarctus du mésentère 	<ul style="list-style-type: none"> • Biologie • ASP • Scanner Abdo-pelvien 	<ul style="list-style-type: none"> • Cause digestive organique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Obstruction intestinale ○ Maladie du péritoine (carcinose ?) ○ Maladie du pancréas 	<ul style="list-style-type: none"> • ASP • Endoscopie digestive haute • Echographie abdominale • (Entéro-) Scanner abdominal
<ul style="list-style-type: none"> • NEUROLOGIQUE <ul style="list-style-type: none"> ○ Sd méningé ○ HTIC ○ Sd vestibulaire ○ Migraine 	<ul style="list-style-type: none"> • Scanner cérébral • Ponction lombaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Cause neurologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Scanner cérébral
<ul style="list-style-type: none"> • CARDIOLOGIQUE <ul style="list-style-type: none"> ○ IDM (inférieur) ○ Dissection 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Enzymes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cause digestive fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Gastroparésie ○ Pseudo-obstruction intestinale chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Scintigraphie de vidange gastrique
<ul style="list-style-type: none"> • PELVIENNE <ul style="list-style-type: none"> ○ GEU ○ ...ite aigue ○ C° kyste ○ C° fibrome 	<ul style="list-style-type: none"> • β HCG • Écho pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Cause psychogène 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de psychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> • METABOLIQUE <ul style="list-style-type: none"> ○ Acidocétose ○ Insuffisance Surrénalienne ○ Hypercalcémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Biologie 		

