



## HÉMATÉMÈSE et/ou MÉLÉNA

### ÉVALUER L'IMPORTANCE DE L'HÉMORRAGIE :

- PA, fréquence cardiaque, vigilance
- NFS, microhématocrite
- ECG

### ÉLIMINER UNE URGENCE CHIRURGICALE

- ASP → pneumopéritoire ?

### SI HÉMORRAGIE IMPORTANTE :

- 2 voies veineuses périphériques
- Solutés de remplissage
- Culots globulaires
- Oxygène nasal
- Sonde gastrique (lavage à l'eau)
- Monitoring (scope, oxymètre)

- Interrogatoire
- Examen physique
- Fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) +++

## DIAGNOSTIC LÉSIONNEL

### POSITIF

(95 % des cas)

- Ulcère(s) œsophagien(s)
- Ulcère gastrique ou bulbaire
- Ulcérations gastro-duodénales médicamenteuses (aspirine, AINS)
- Varices œsophagiennes et/ou cardiotubérositaires
- Syndrome de MALLORY-WEISS

### NÉGATIF

(5 % des cas)

### 2<sup>ème</sup> FOGD

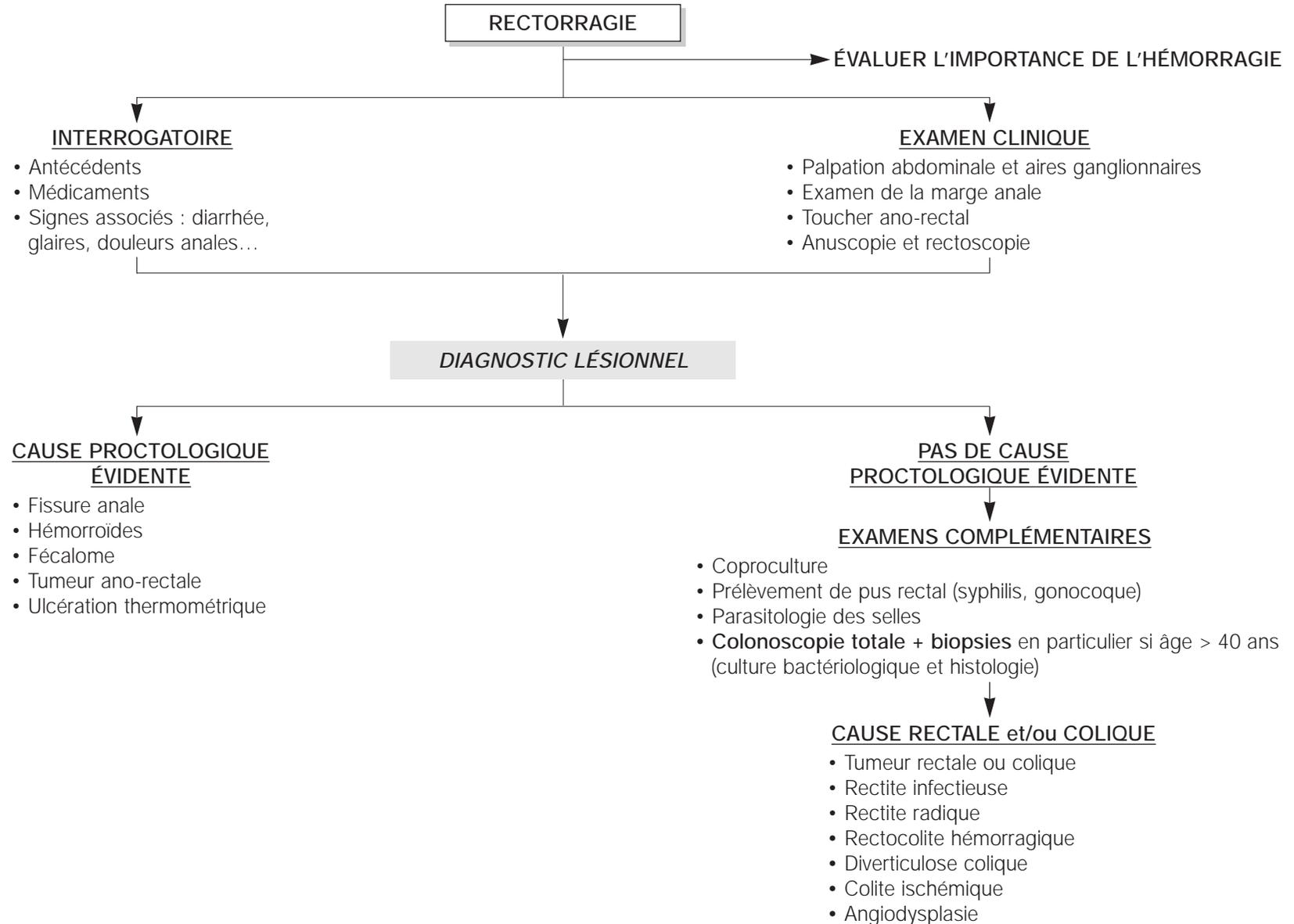
### ENTÉROSCOPIE HAUTE

- Angiodysplasie du grêle

# Orientation diagnostique devant une HÉMORRAGIE DIGESTIVE - RECTORRAGIE et conduite à tenir en situation d'urgence

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

76a

DAONIL® FAIBLE 1,25 mg

GLIBENCLAMIDE

diabète non insulino-dépendant

- Augmentation du volume de l'abdomen
- Matité déclive des flancs
- Découverte échographique

**ASCITE****PONCTION EXPLORATRICE**

- Aspect macroscopique
- **Biochimie +++**
- Cyto-bactériologie
- Anatomo-pathologie

**PROTIDES > 30 g/l****= EXSUDAT****EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

selon l'orientation clinique

- Études complémentaires du liquide d'ascite :
  - dosage de l'amylose, du cholestérol
  - culture sur milieu de LÖWENSTEIN
- Echographie et/ou scanner abdomino-pelvien
- Marqueurs tumoraux : ACE,  $\alpha$ FP, CA 19.9, CA 125 (mais faux positifs quand épanchement)
- Parfois cœlioscopie exploratrice (si très forte suspicion de tuberculose)

**DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE**

- Carcinose péritonéale (cancer ovarien +++)
- Ascite transsudative infectée (PN > 250/mm<sup>3</sup>, cultures +++)
- Tuberculose péritonéale
- Ascite pancréatique
- Autres cause (mésothéliome, syndrome de BUDD-CHIARI)

**PROTIDES < 30 g/l****= TRANSSUDAT****EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

selon l'orientation clinique

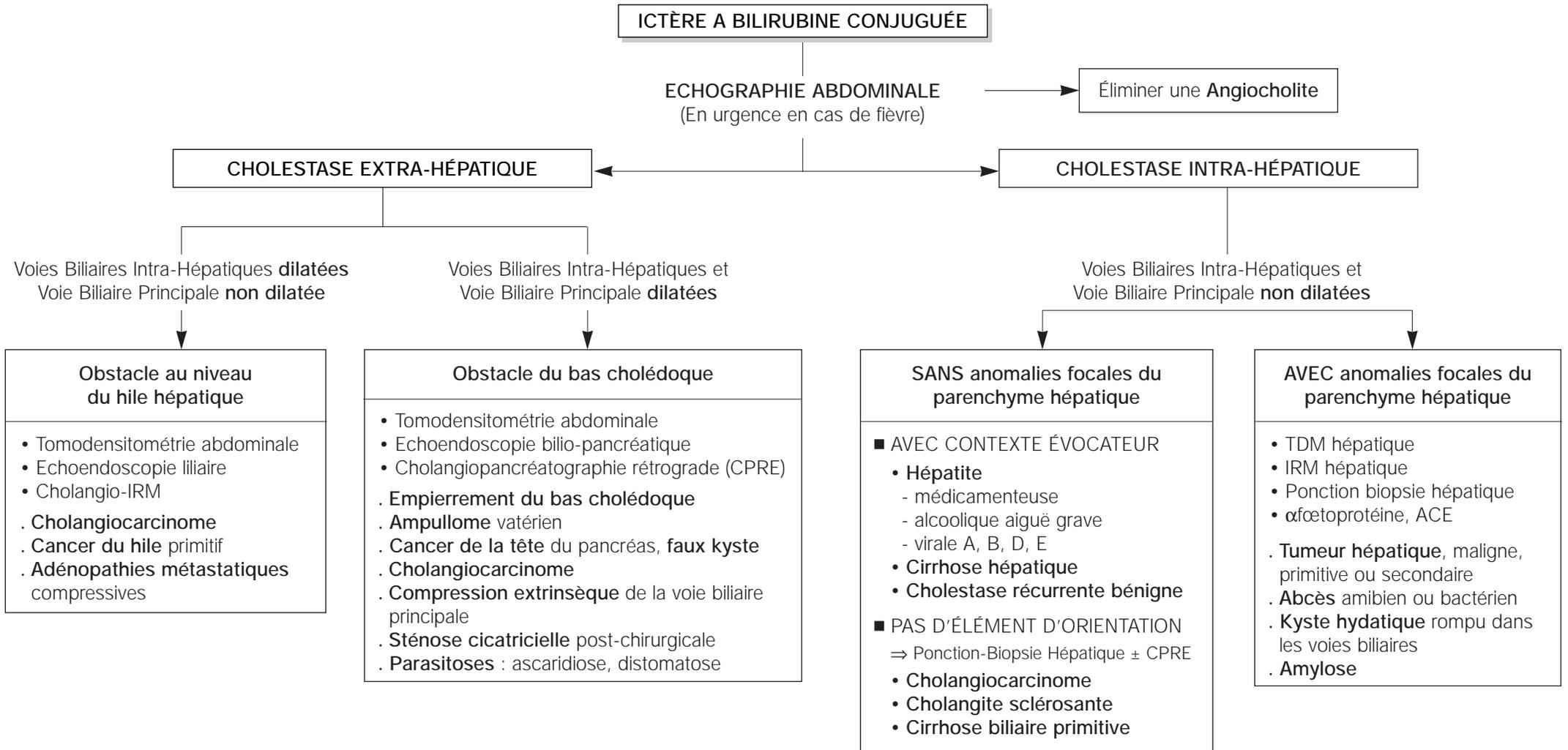
- Echographie hépatique
- Fibroscopie OGD (recherche de signes d'hypertension portale = VO)
- Echographie cardiaque

**DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE**

- **Cirrhose hépatique +++**  
→ bilan hépatique
- Insuffisance cardiaque globale
- Péricardite chronique constrictive

**LIPIDES > 1 g/l**  
(avec TG > 75 %)**= ASCITE CHYLEUSE**

- Cirrhose hépatique
- Compression lymphatique (adénopathies métastatiques, lymphomes...)



# CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Épidémiologie, étiologie, diagnostic

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

- Cancer de l'œsophage : 5/100 000 cas en France
- Régions à forte incidence : Chine, Afrique du Sud, Iran, Bretagne - Facteurs alimentaires très probables

## TERRAIN

- **Alcool-tabagisme +++**
- Endobrachyœsophage
- Achalasie
- Syndrome de PLUMMER-VINSON
- Maladie cœliaque
- Hyperacanthose palmo-plantaire
- Ingestion de caustique

## PRONOSTIC

- Taille de la tumeur
- Degré d'extension dans la paroi
- Présence d'adénopathies
- ⇒ survie à 5 ans < 5 % tous stades confondus

DYSPHAGIE +++

ODYNOPHAGIE

AMAIGRISSEMENT

ADÉNOPATHIE

sus-claviculaire gauche ++

## FIBROSCOPIE ŒSO-GASTRIQUE

- Tumeur de l'œsophage de topographie variable
- Biopsies : carcinome malpighien (80 %) ou adénocarcinome (20 % endobrachyœsophage)

## CANCER DE L'ŒSOPHAGE

## BILAN D'EXTENSION

### LOCO-RÉGIONALE

- **Echo-endoscopie** : précise l'envahissement de la paroi œsophagienne en profondeur
- **Scanner thoracique**
- **Fibroscopie bronchique** (envahissement bronchique ± fistule : 20 % des cas)

### À DISTANCE

- **Echographie abdominale**
- **Bilan ORL** : recherche d'un 2<sup>ème</sup> cancer (terrain identique)
- **Radiographie de thorax**

## TRAITEMENT

(Après bilan d'opérabilité : EFR +++)

### CURATIF (20 % des cas)

→ Résection chirurgicale généralement précédée d'une radio-chimiothérapie par 5FU-Cisplatine

### PALLIATIF (80 % des cas)

- Prothèse œsophagienne
- Laser Argon
- Radiothérapie, chimiothérapie, 5FU-Cisplatine

LASILIX® FAIBLE 20 mg LASILIX® 40 mg comprimés  
FUROSEMIDE

DIURÉTIQUE DE L'ANSE

INSUFFISANCE CARDIAQUE,  
HYPERTENSION ARTÉRIELLE

# REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

## Physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

### MANIFESTATIONS DIGESTIVES

- Pyrosis
- Régurgitations acides et alimentaires
- Hoquet
- Dysphagie

### MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES

- Broncho-pulmonaires : asthme, toux quinteuse nocturne, bronchites récidivantes
- ORL
- Douleurs thoraciques pseudo-angineuses

### PHYSIOPATHOLOGIE

- Déficience de la barrière anti-reflux :
  - hernie hiatale
  - hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage
- Diminution du péristaltisme œsophagien
- Ralentissement de la vidange gastrique
- Liquide de reflux riche en ions H<sup>+</sup>

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN  
PATHOLOGIQUE ?

EXAMENS DE CONFIRMATION

### FIBROSCOPIE ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE

peut mettre en évidence :

- une hernie hiatale
- une œsophagite et son stade (classification de SAVARY-MILLER)
- un endobrachyœsophage (biopsies +++)

### pH-MÉTRIE SUR 24 h

si FOGD normale ou en pré-opératoire

### ÉVOLUTION (SANS TRAITEMENT)

- Symptomatologie **chronique**
- **Complications** : - hémorragie digestive, sténose peptique  
- endobrachyœsophage (EBO)  
- adénocarcinome de l'œsophage sur EBO

TRAITEMENT

### MÉDICAL

- Mesures hygiéno-diététiques
- Médicaments : - Alginates  
- Prokinétiques  
- Antisécrétoires (anti H<sub>2</sub>, inhibiteurs de la pompe à protons +++)

### CHIRURGICAL

= intervention antireflux par  
hémi-valve postérieure (TOUPET)

# ULCÈRE GASTRIQUE ET ULCÈRE DUODÉNAL

(SYNDROME DE ZOLLINGER-ELLISON EXCLU)  
Épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

Dr W. BERREBI  
Service de Gastro-entérologie  
Hôpital Cochin, Paris

## SYNDROME ULCÉREUX

- Crampe épigastrique
- Rythmée par le repas
- Calmée par les laitages

## VOMISSEMENTS

## COMPLICATIONS

parfois révélatrices

- Hémorragie digestive : abondante (hématémèse, méléna) ou minime (anémie ferriprive)
- Perforation ulcéreuse
- Sténose bulbaire : syndrome (sub)occlusif haut
- Adénocarcinome gastrique

→ **ASP en urgence** si syndrome abdominal aigu (face debout et couché + coupoles) :  
- pneumopéritoire  
- niveaux hydro-aériques

## FACTEURS DE RISQUE

- Infection chronique par **helicobacter pylori (HP)**
  - > 95 % des ulcères duodénaux (UD)
  - 70 % des ulcères gastriques (UG)
- Tabagisme chronique
- Stress
- Facteurs génétiques
- AINS : ulcérations GD

## ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL ?

## FIBROSCOPIE ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE

- Confirmation du diagnostic
- Précision de la forme et de la taille des ulcères
- **Biopsies** multiples
  - sur et en périphérie de l'ulcère (quand UG)
  - sur l'antra (mise en évidence de HP +++)

## TRAITEMENT

### MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

= arrêt du tabac

### TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- **Antisécrétoires** :
  - anti-H<sub>2</sub>
  - inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- **Éradication de HP** :
  - association IPP à double dose + clarithromycine/amoxicilline
  - durée ≥ 7 jours
  - si éradication : récurrences < 5 % (sinon, 80 % de récurrences à 1 an)

DAONIL® FAIBLE 1,25 mg  
GLIBENCLAMIDE

*diabète non insulino-dépendant*



ÉPIGASTRALGIES

ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

NAUSÉES et VOMISSEMENTS  
(cancer de l'antré)

DYSPHAGIE  
(cancer du cardia)

HÉMORRAGIE DIGESTIVE  
ANÉMIE FÉRRIPRIVE

**FACTEURS DE RISQUE**

- Race asiatique
- ATCD familial de cancer gastrique
- ATCD d'ulcère gastrique, de gastrectomie totale
- Gastrite chronique atrophiante, gastrite hypertrophique
- Polypes adénomateux
- Consommation excessive de poissons et viandes fumés, de nitrates

CANCER DE L'ESTOMAC ?

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE  
avec BIOPSIES MULTIPLES  
(à renouveler si histologie négative)

- Visualisation de la tumeur
- Confirmation histologique
- Classification en fonction de l'extension dans la paroi (cancer superficiel ou infiltrant)

BILAN D'EXTENSION

CLINIQUE

- Adénopathie sus-claviculaire gauche (Troisier)
- Foie métastatique
- Ascite et/ou masse dans le cul-de-sac de Douglas  
    ▶ carcinose péritonéale

PARACLINIQUE

- Echographie hépatique et pelvienne (Krukenberg)
- Scanner de l'abdomen
- Echoendoscopie gastrique (extension tumorale en profondeur, adénopathies métastatiques)
- Cliché de thorax

NÉGATIF

A 5 ans

POSITIF

A 5 ans

- ▶ **chirurgie curative** (après bilan d'opérabilité)
- cancer antré et corps : gastrectomie subtotala
  - cancer cardia : gastrectomie proximale + œsophagectomie
  - curage ganglionnaire

- cancer superficiel : 80 à 90 % de survie
- cancer infiltrant : 40 % de survie

- ▶ **traitement palliatif**
- chirurgie : dérivation, gastrostomie, jéjunostomie
  - prothèse endoluminale (cardia)
  - laser (cardia ou antré)
  - chimiothérapie, radiothérapie

0 % de survie

ÉPIGASTRALGIES

ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

NAUSÉES et VOMISSEMENTS

PERFORATION GASTRIQUE (rare)

MASSE ÉPIGASTRIQUE

HÉMORRAGIE DIGESTIVE

**TUMEUR GASTRIQUE ?**

FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE avec BIOPSIES MULTIPLES

- Visualisation de la tumeur : ulcérations multiples, gros plis rigides, envahissement du pylore
- Confirmation histologique
- **Typage** du lymphome (immuno-histochimie)
  - lymphome de **faible** malignité type MALT (++)
  - lymphome de **haute** malignité
- Si biopsies négatives : biopsies **trans-murales** per-laparoscopiques

BILAN D'EXTENSION

- Echographie et scanner de l'abdomen
- Echo-endoscopie gastrique
- Radiographie de thorax
- Coloscopie totale et transit du grêle

TRAITEMENT

- Lymphomes **diffus** : **polychimiothérapie** +++
- Lymphomes **localisés** : gastrectomie totale ou subtotale (± chimiothérapie avant chirurgie)

PRONOSTIC

- = fonction de l'envahissement des ganglions **pérgastriques**
- ganglions non envahis : 85 % de survie à 5 ans
  - ganglions envahis : 45 % de survie à 5 ans

DOULEURS ABDOMINALES

- Quasi-constantes
- Rarement nocturnes
- Majorées par le stress, diminuées en vacances
- Soulagées par l'émission de gaz ou de selles

TROUBLES DU TRANSIT

- Constipation ou diarrhée (motrice)
- Alternance diarrhée-constipation

AUTRES SYMPTÔMES

- Ballonnements
- Dyspepsie : nausée, pesanteur, post-prandiale

EXAMEN PHYSIQUE

- Douleur provoquée à la palpation du cadre colique

BIOLOGIE

- Hémogramme, VS
- Parasitologie des selles

COLOSCOPIE

Au moindre doute, surtout > 50 ans +++

SIGNES POSITIFS

- Polymorphisme symptomatique
- Ancienneté des symptômes
- Relation dans le temps entre symptômes et stress

SIGNES NÉGATIFS

- Pas d'AEG
- Pas de rectorragies
- Examen physique normal
- Coloscopie normale (si faite)

**TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX**

= DIAGNOSTIC D'EXCLUSION

**TRAITEMENT**DOULEUR

→ Antispasmodiques  
par ex. trimébutine (DEBRIDAT®)

CONSTIPATION

→ Laxatifs :  
- mucilages  
- lubrifiants  
- macrogol (TRANSIPEG®)

DIARRHÉE

→ Pansements coliques (SMECTA®)  
→ Ralentissement du transit  
(IMODIUM®, ARESTAL®)

DYSPEPSIE

→ Prokinétiques (MOTILIUM®)

# DIVERTICULOSE COLIQUE

## Épidémiologie, diagnostic, évolution, principes du traitement

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

- 50 % des sujets > 80 ans ont des diverticules
- Plus de 80 % des diverticules s'observent chez des sujets > 50 ans
- Plus fréquente dans le colon gauche

### PHYSIOPATHOLOGIE

- Importance du contenu en fibres du régime alimentaire
- Développement dans les zones de faiblesse de la paroi = zone de pénétration vasculaire, bord des bandelettes musculaires longitudinales
- Troubles de la motricité

### DIVERTICULOSE

= Hernie de la muqueuse colique à travers la musculature

### NON COMPLIQUÉE

= **Asymptomatique**  
 ⇒ découverte fortuite  
 (coloscopie, lavement baryté)

### COMPLICATIONS +++

#### SIGMOÏDITE DIVERTICULAIRE

- Fièvre, douleur de la FID, troubles du transit
- Hyperleucocytose
- Lavement à la **gastrographine**
  - affirme la diverticulose
  - apprécie l'importance de la sigmoïdite
- Tomodensitométrie de l'abdomen +++

#### ABCÈS PÉRI-SIGMOÏDIEN

- Plastron sigmoïdien
- Evolution possible vers la péritonite
- Tomodensitométrie de l'abdomen +++

#### PÉRITONITE

- Contracture
- Pneumopéritoine à l'ASP

#### STÉNOSE SIGMOÏDIENNE

Témoin de poussées successives

#### FISTULES

- Colo-vésicales
- Colo-iléales
- Colo-vaginales
- Colo-cutanées

#### HÉMORRAGIES

- Diagnostic par cœlioscopie (± artériographie cœliomésentérique)

### TRAITEMENT

#### MÉDICAL

- De la diverticulose : régime riche en fibres alimentaires
- De la sigmoïdite :
  - diète
  - antibiothérapie (AUGMENTIN®, FLAGYL®)
  - au décours : cures discontinues d'antibiotiques

#### CHIRURGICAL

- "A froid" : si diverticulite récidivante (sigmoïdectomie)
- "A chaud" : péritonite
- Hémorragie : embolisation et chirurgie
- Abscès : chirurgie ou drainage après ponction de l'abcès sous contrôle échographique ou scannographique associé à antibiothérapie IV

DAONIL® FAIBLE 1,25 mg  
 GLIBENCLAMIDE

*diabète non insulino-dépendant*

# CANCER DU CÔLON

Épidémiologie, anatomie pathologique, stades de DUKES, physiopathologie, diagnostic, évolution, principes du traitement et prévention

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

- Cancer digestif le plus fréquent :
- 21 500 nouveaux cas/an en France
- 15 000 décès par an (cancer du côlon et du rectum)

RECTORRAGIES

TROUBLES DU TRANSIT

DOULEURS ABDOMINALES

AMAIGRISSEMENT

ANÉMIE FERRIPRIVE  
SYNDROME INFLAMMATOIRE  
BIOLOGIQUE

## COLOSCOPIE TOTALE

- Permet des biopsies multiples
- Affirme le diagnostic de cancer
- Permet l'exérèse de polypes rectocoliques (polypectomie)

## CANCER DU CÔLON

## BILAN D'EXTENSION

### PARACLINIQUE

- Echographie hépatique (recherche de métastases hépatiques)
- TDM abdominal (carcinose péritonéale)
- Radiographie du thorax
- ACE (pronostic)
  - mauvais pronostic si élevé en pré-opératoire
  - une normalisation complète en post-opératoire est de bon pronostic

### CLINIQUE

- Ganglion sus-claviculaire gauche (ganglion de TROISIER)
- Ascite clinique
- Nodules de carcinose péritonéale au toucher rectal

### CLASSIFICATION DE DUKES

- **Stade A** : tumeur limitée à la paroi n'atteignant pas la séreuse
- **Stade B** : tumeur atteignant la séreuse, sans extension ganglionnaire
- **Stade C** : tumeur avec envahissement ganglionnaire
- **Stade D** : métastases à distance, en particulier hépatiques

Survie à 5 ans  
= 50 %  
tous stades confondus

## TRAITEMENT

- Chirurgie palliative si cancer sténosant même si extension à distance, car risque occlusif.
- Chirurgie +++ : hémicolectomie droite ou gauche selon la localisation ± résection de métastases hépatiques
- Chimiothérapie adjuvante :
  - 5-Fluoro Uracile + Acide Folinique dans les stades C (extension ganglionnaire)
  - Irinotécan (CAMPTO®) en 2<sup>ème</sup> ligne

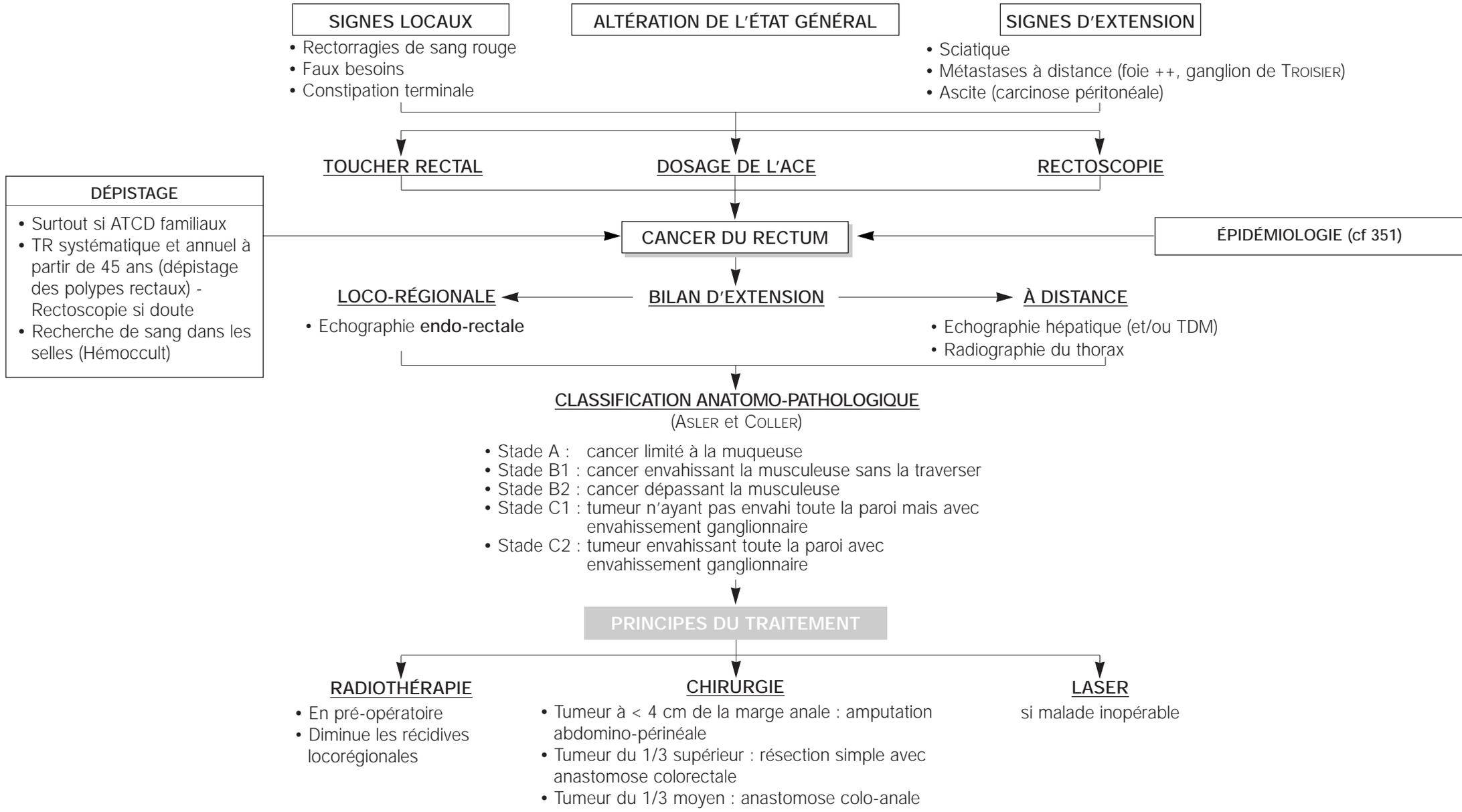
### SUJETS À RISQUE

- Polypose adénomateuse familiale : maladie autosomique dominante, 1 % des cancers colorectaux
- Syndrome des cancers familiaux = syndrome de LINCH :
  - plusieurs cancers colo-rectaux dans les ATCD familiaux
  - plusieurs autres cancers : côlon, sein, utérus, ovaire, rein, vessie
- Patients dont un des parents au 1<sup>er</sup> degré est porteur d'un adénome ou d'un cancer colique
- Patients atteints de RCH ou de maladie de CROHN

# CANCER DU RECTUM

## Épidémiologie, anatomie pathologique, diagnostic, évolution, principes du traitement et prévention

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

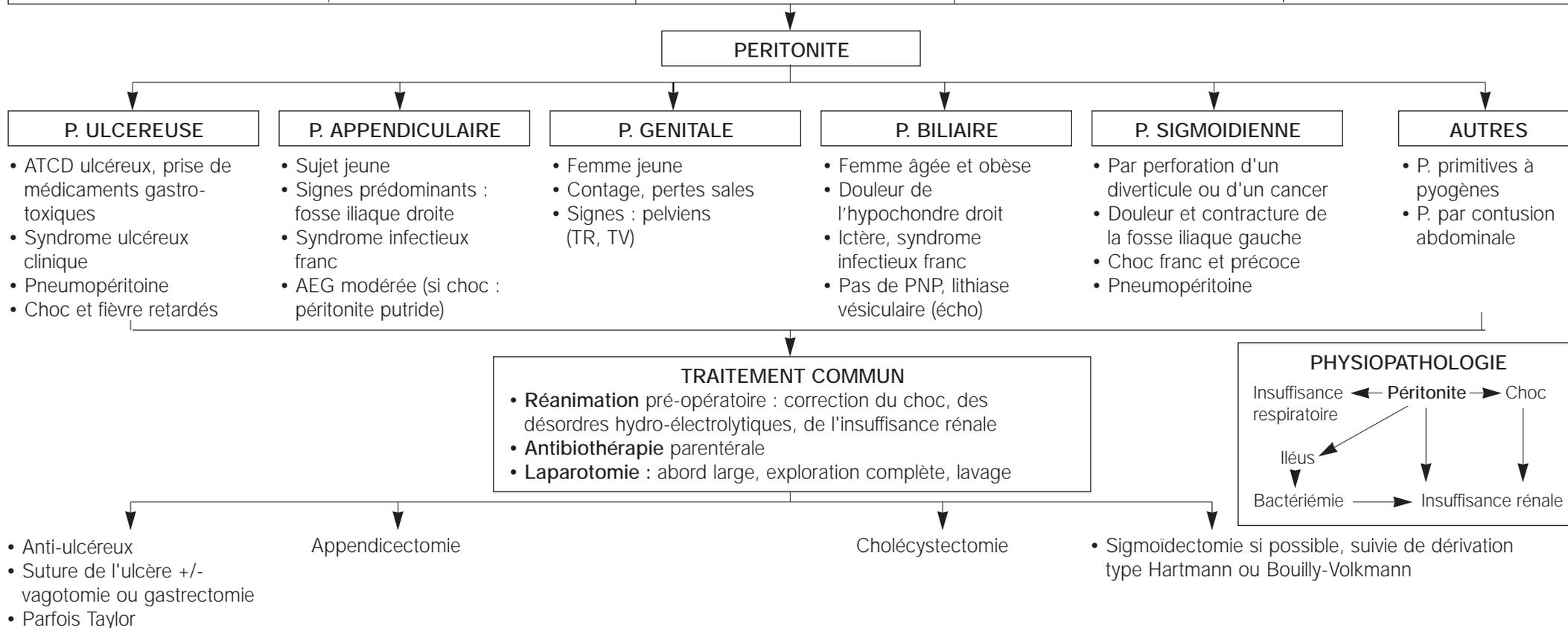


# PÉRITONITE AIGUË DIFFUSE

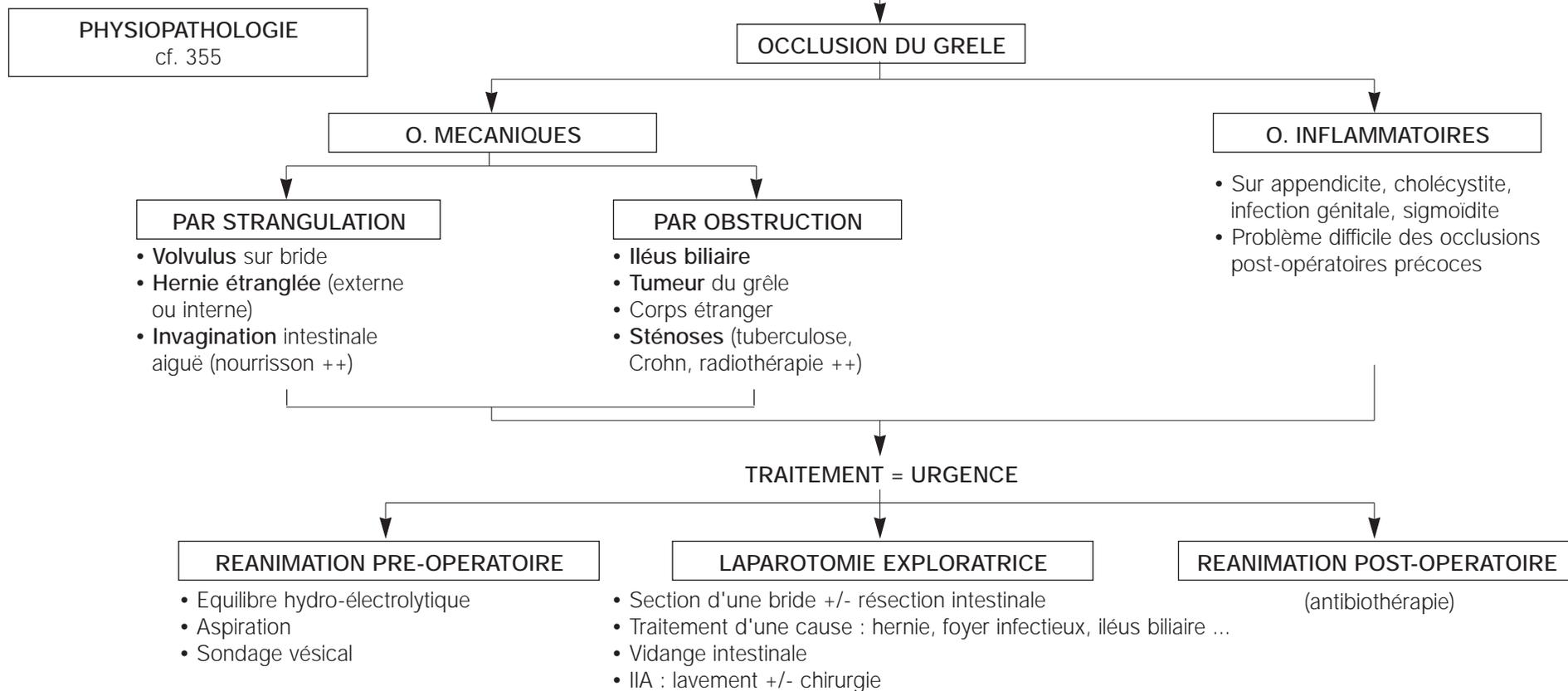
Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement

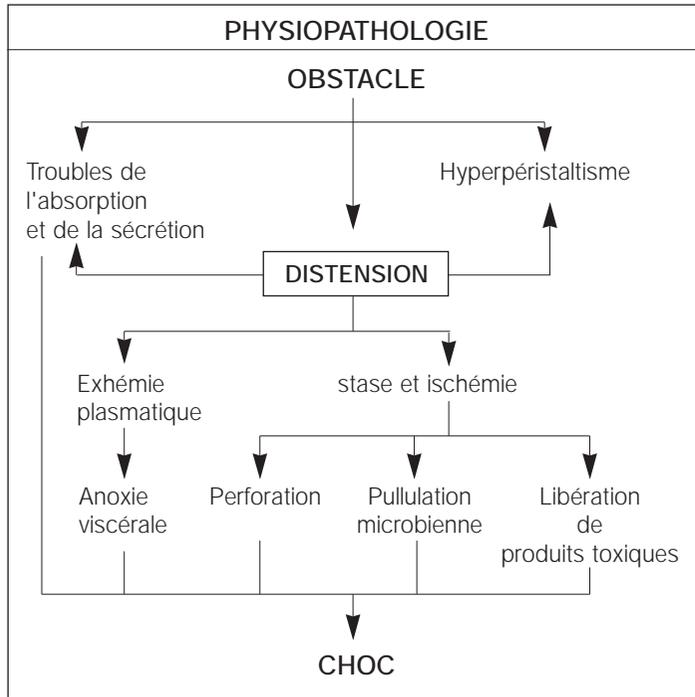
HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

SIGNES FONCTIONNELS	SYNDROME INFECTIEUX	SIGNES PHYSIQUES	ANOMALIES RADIOLOGIQUES	ANOMALIES BIOLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs abdominales</li> <li>• Vomissements</li> <li>• Troubles du transit avec arrêt des matières et des gaz secondaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre variable, parfois retardée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défense puis contracture (topographie selon l'origine)</li> <li>• TR : douleur du Douglas</li> <li>• Signes de choc</li> </ul>	ASP (Face debout et face couché + coupoles) Rechercher : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumopéritoine (PNP)</li> <li>• Signes d'iléus</li> <li>• Epanchement liquidien</li> </ul>	en rapport avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypovolémie</li> <li>• Infection</li> <li>• Insuffisance rénale</li> <li>• Insuffisance respiratoire</li> </ul>

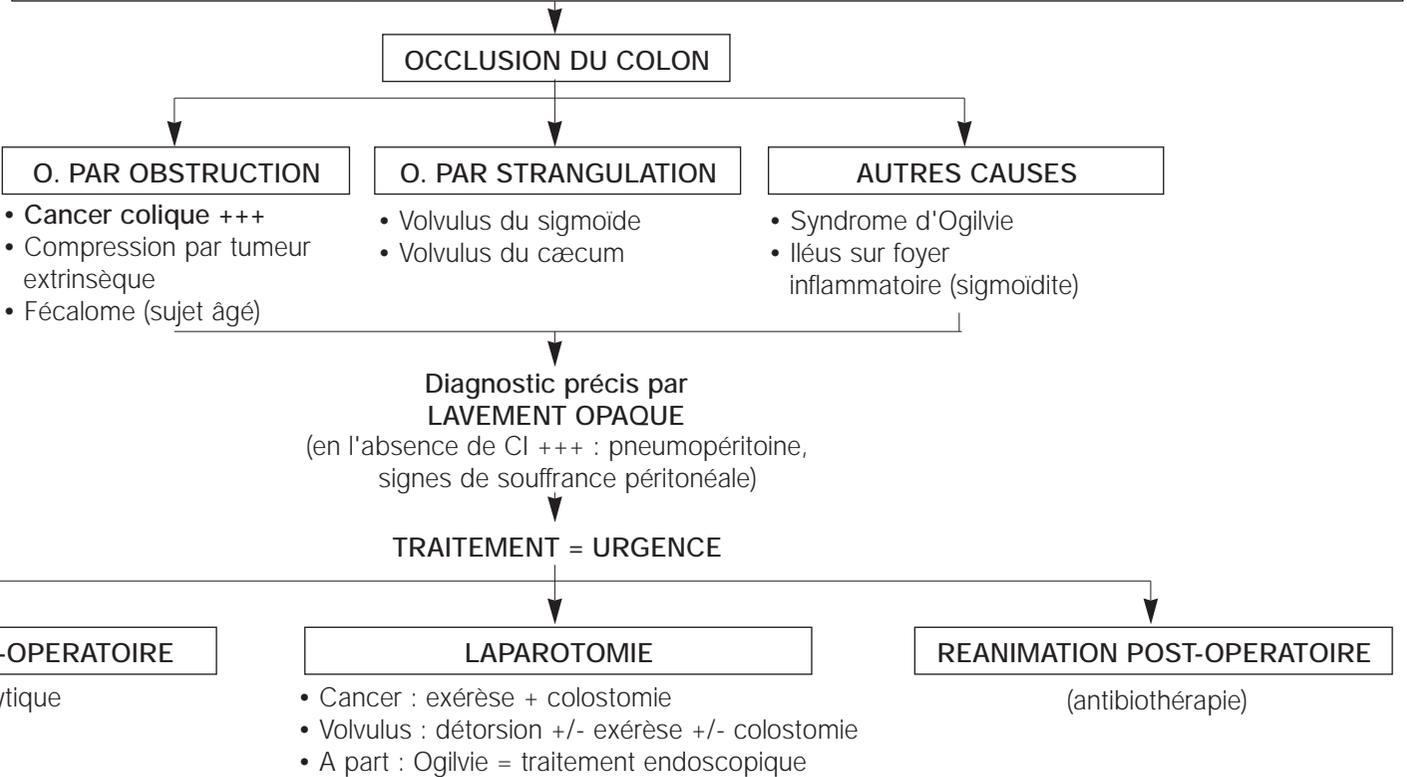


SIGNES FONCTIONNELS	SIGNES GENERAUX	SIGNES PHYSIQUES	SIGNES RADIOLOGIQUES	EXAMENS BIOLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs violentes, par crises</li> <li>• Vomissements précoces</li> <li>• Arrêt du transit (gaz +++), parfois retardé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables (pauvres au début)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondulations péristaltiques</li> <li>• Météorisme variable</li> </ul>	ASP : face debout + couché  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveaux hydro-aériques : centraux et plus larges que hauts</li> <li>• Rechercher : pneumopéritoine et aérobillie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urée, créatininémie</li> <li>• Ionogramme sanguin</li> </ul>



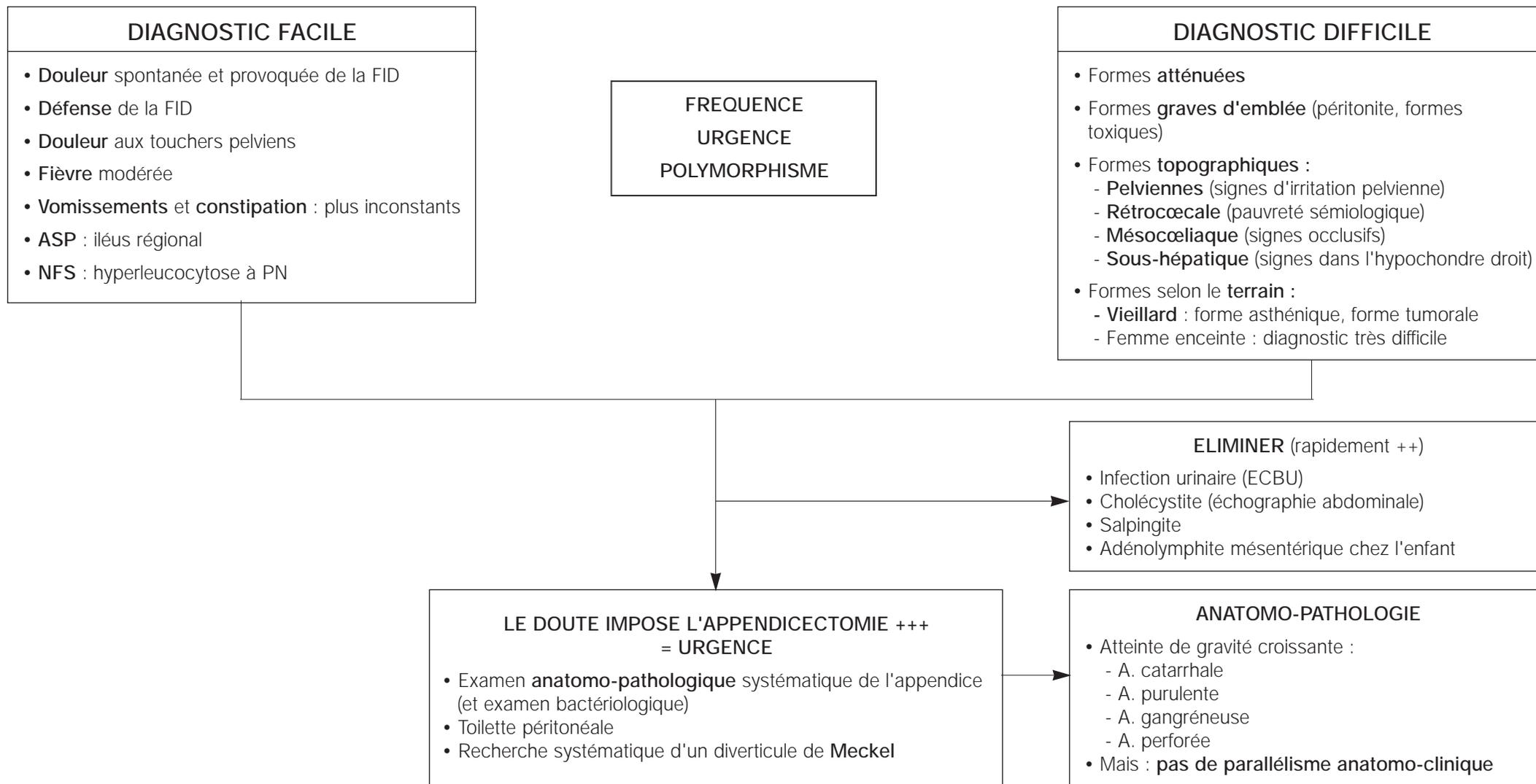


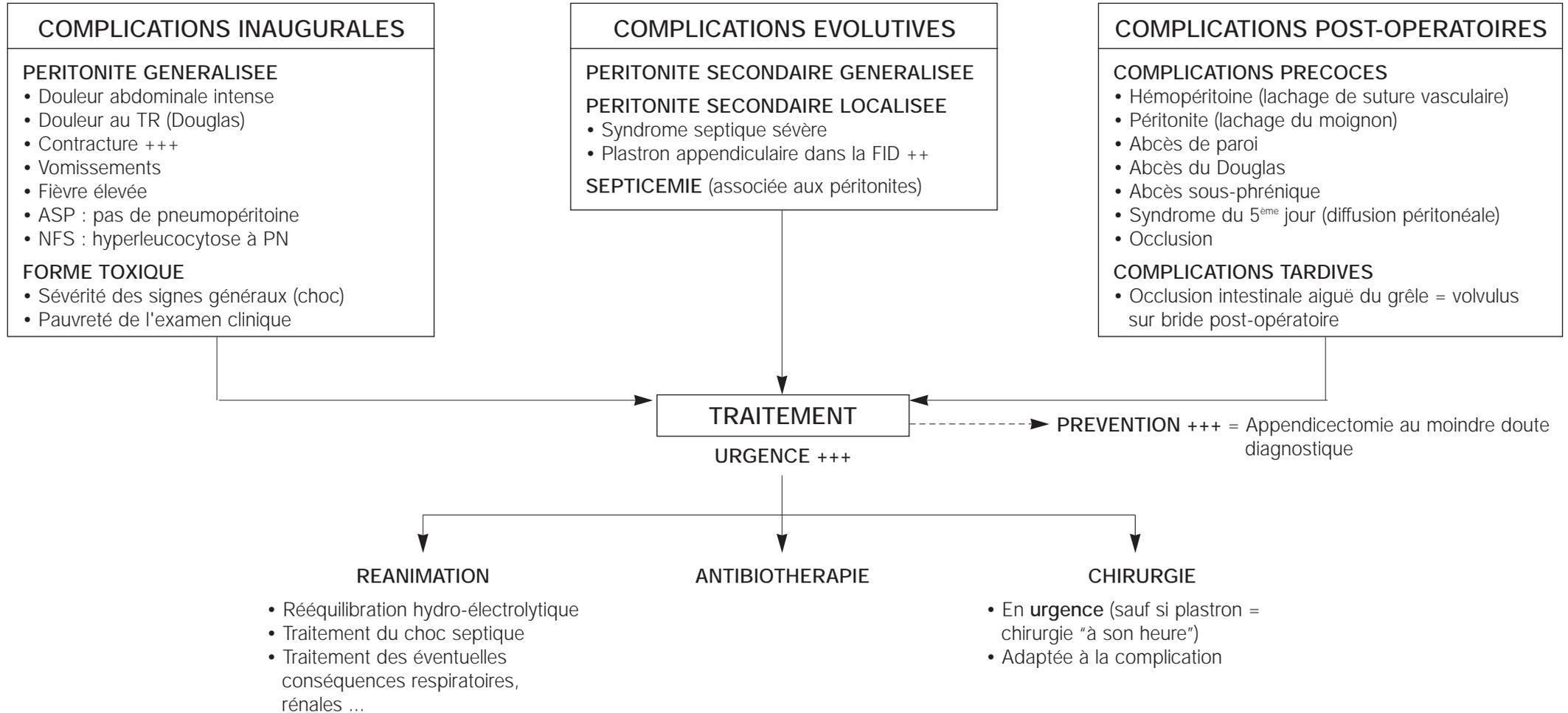
SIGNES FONCTIONNELS	SIGNES PHYSIQUES	RADIOLOGIE	EXAMENS BIOLOGIQUES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs abdominales</li> <li>• Vomissements tardifs</li> <li>• Arrêt du transit précoce</li> <li>• Signes généraux, modérés au début</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Météorisme important avec tympanisme</li> <li>• Touchers pelviens et palpation des orifices herniaires</li> </ul>	ASP face debout et face couché <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveaux hydro-aériques</li> </ul> Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles hydro-électrolytiques</li> <li>• Fonction rénale (urée sanguine, ionogramme sanguin)</li> </ul>





**356b**





**PHYSIOPATHOLOGIE**■ **DEUX TYPES DE HERNIES**

- Congénitales
- Acquisées = hernies "de faiblesse"

■ **POINTS COMMUNS**

- Un défaut pariétal (zone de faiblesse)
- Un sac herniaire
- Un contenu

■ **LE RISQUE MAJEUR = ETRANGLEMENT****LE DIAGNOSTIC EST CLINIQUE****HERNIE NON COMPLIQUEE**

- Tuméfaction rénitente, **réductible**, **impulsive** à la toux
- Située sur un **site exposé** :
  - Région **inguinale** :
    - Au dessus de la ligne de Malgaigne = **H. inguinale**
    - Au dessous de la ligne de Malgaigne = **H. crurale**
  - **Ombilic** = **H. ombilicale**
- Examen général systématique (TR++)

**HERNIE ETRANGLEE**

- Tuméfaction **douloureuse**, **irréductible**, **non impulsive** à la toux
- Tardivement :
  - Altération de l'état général
  - **Syndrome occlusif**
- **Urgence chirurgicale +++**

**TRAITEMENT**

Toujours chirurgical (abstention exceptionnelle)

**HERNIE NON COMPLIQUEE**

- Réintégration du contenu
- Suppression du sac
- Réfection de la paroi

**HERNIE ETRANGLEE**= **Urgence+++**

- Lever l'agent d'étranglement
- Suppression du sac
- Traitement du contenu en fonction des lésions (résection du grêle si nécrose)
- Réfection de la paroi



358b

DOULEUR ANALE

TUMEFACTIONS DE LA MARGE ANALE  
Dures, de couleur bleu-violacée, avec œdème

**ELIMINER**

Thrombose d'hémorroïdes internes prolabées ou thrombose du prolapsus (douleur atroce, œdème très important, aspect rouge vineux centré par une zone noirâtre parfois nécrotique).

**THROMBOSE HEMORROIDAIRE**

**EVOLUTION SPONTANEE**

- Marisque (repli cutané péri-anal)
- Fissuration ou rupture entraînant anorragies, soulagement de la douleur mais n'entraînant pas d'évacuation totale des thrombi

**TRAITEMENT**

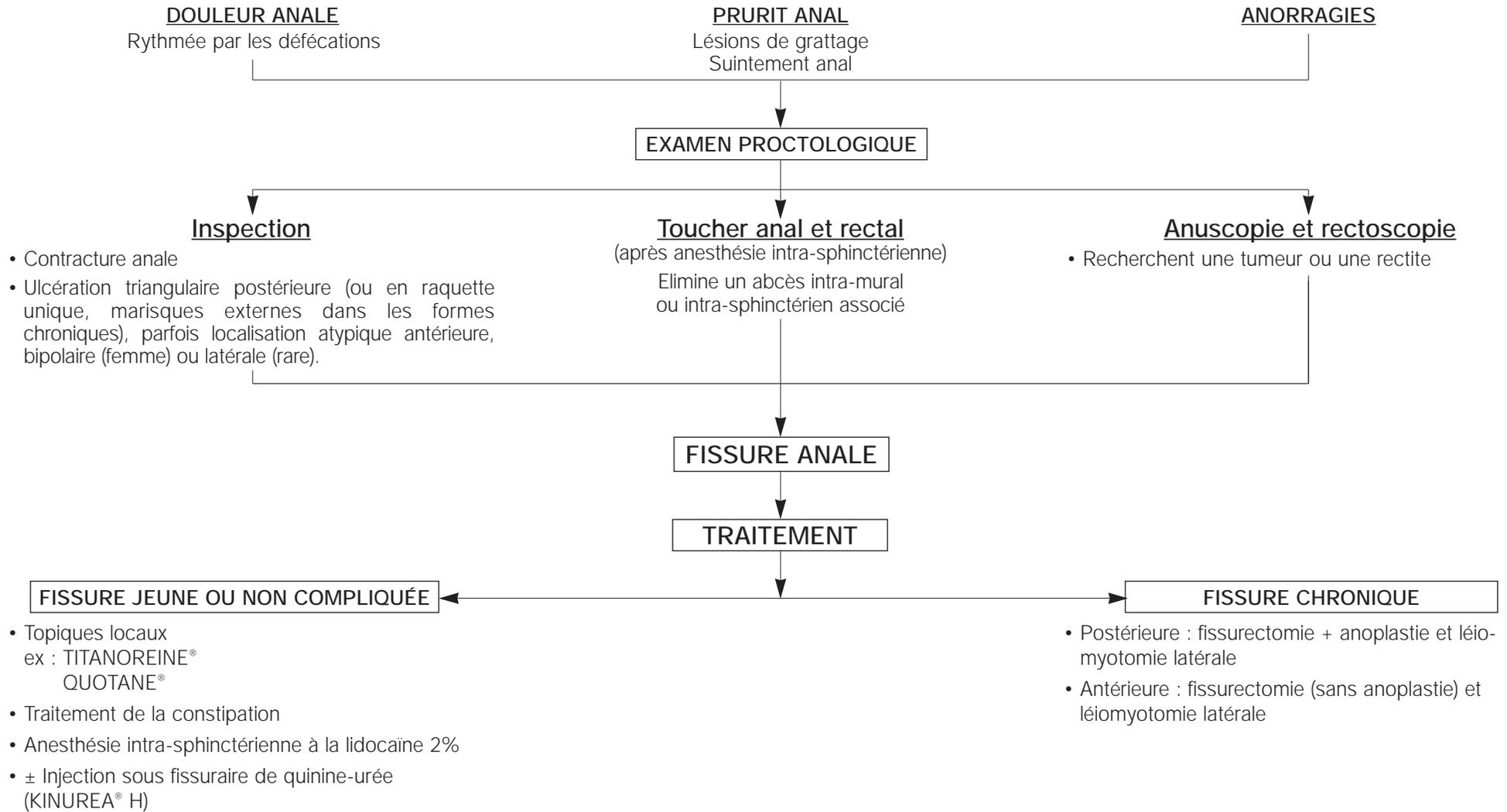
**MEDICAL**

**pas de suppo**

- Veinotoniques à fortes doses  
ex : GINKOR FORT®
- Topiques locaux  
ex : TITANOREINE®  
PROCTOLOG®
- Antalgiques  
ex : palier I voire II (cf fiche douleur)
- AINS durant 3-4 jours  
Si intolérance aux AINS :  
Corticoïdes (1/2mg/kg/j)
- Traitement de la constipation

**THROMBECTOMIE**

- Avant le 10<sup>e</sup> jour (au-delà : thrombus organisé et peu douloureux)
- En cas de persistance du syndrome douloureux malgré le traitement médical **ou** si volonté de la part du patient de stopper rapidement la douleur
- Technique
  - Anesthésie locale (XYLOCAINE® 2%)
  - Incision au scalpel
  - Evacuation du(des) thrombus(i) avec curetage pour vider les logettes et éviter la récurrence. Cicatrisation spontanée sans suture



# PANCRÉATITE AIGUË

Étiologie, diagnostic, évolution

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

## DOULEUR ABDOMINALE

- Douleur épigastrique intense et tranfixiante
- Soulagée par position en antéflexion ou chien de fusil

## AUTRES SYMPTÔMES

- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz (iléus)
- État de choc
- Ictère (20 % des cas) si origine biliaire

→ **ASP** (face debout/couché, coupoles) →

## ÉLIMINER

- Une péritonite (pneumo-péritoine)
- Une occlusion intestinale aiguë (niveaux hydro-aériques)

## PANCRÉATITE AIGUË ?

### EXAMEN PHYSIQUE

→ **Contraste** entre l'intensité de la douleur et la pauvreté de l'examen (sensibilité épigastrique ± empâtement)

### BIOLOGIE

- ↑ amylasémie
- ↑ amylasurie
- ↑ lipasémie
- ↑ CRP

### IMAGERIE

#### ECHOGRAPHIE

- Recherche de lithiase vésiculaire
- Pancréas mal vu (car interpositions gazeuses)

#### SCANNER

(avec injection d'iode)

- Différence PA nécrosante et œdémateuse
- Précise l'extension des coulées de nécroses
- Recherche une collection

## RECHERCHER UNE ÉTIOLOGIE

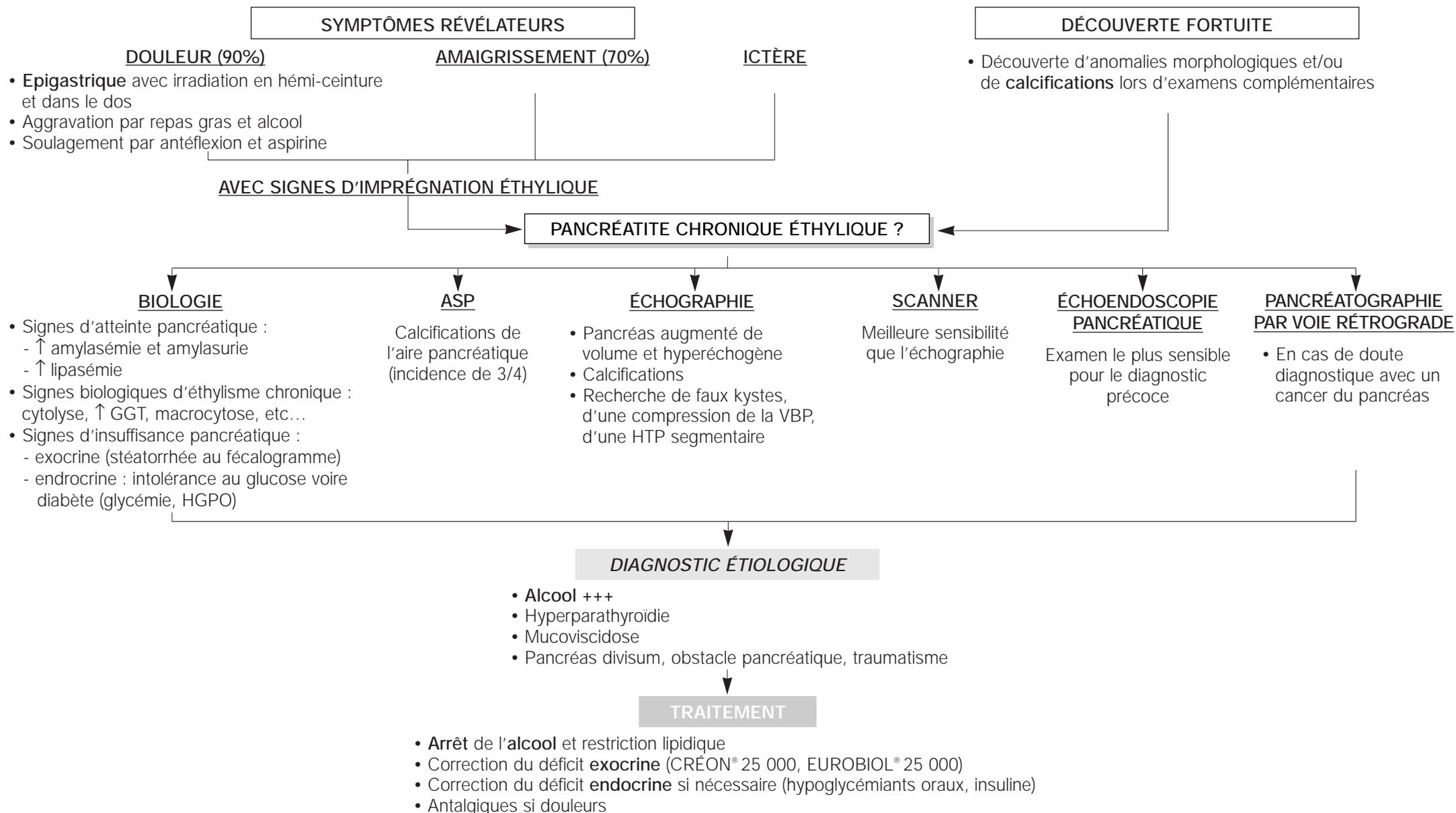
- **Lithiase biliaire** : 50 % des PA en France
- **Éthylisme chronique** : 30 % des cas
- Autres causes :
  - hypertriglycéridémies (I, IV, V)
  - hypercalcémie
  - tumeur du pancréas (obstruction du WIRSUNG)
  - iatrogènes : post-opératoire, post-cathéterisme de la papille, médicaments (Azathioprine)
  - post-traumatique
- Idiopathiques

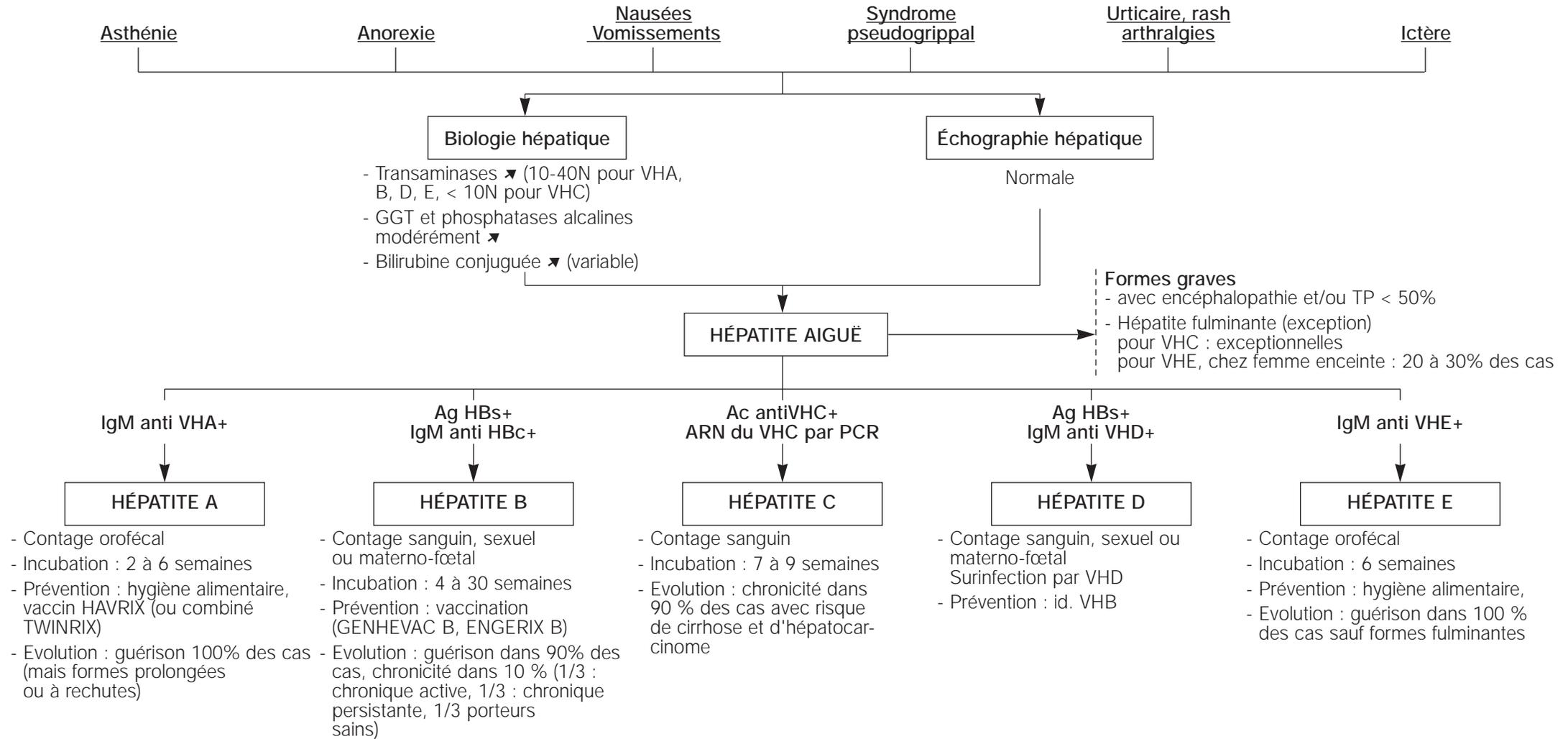
## ÉVALUER LA GRAVITÉ

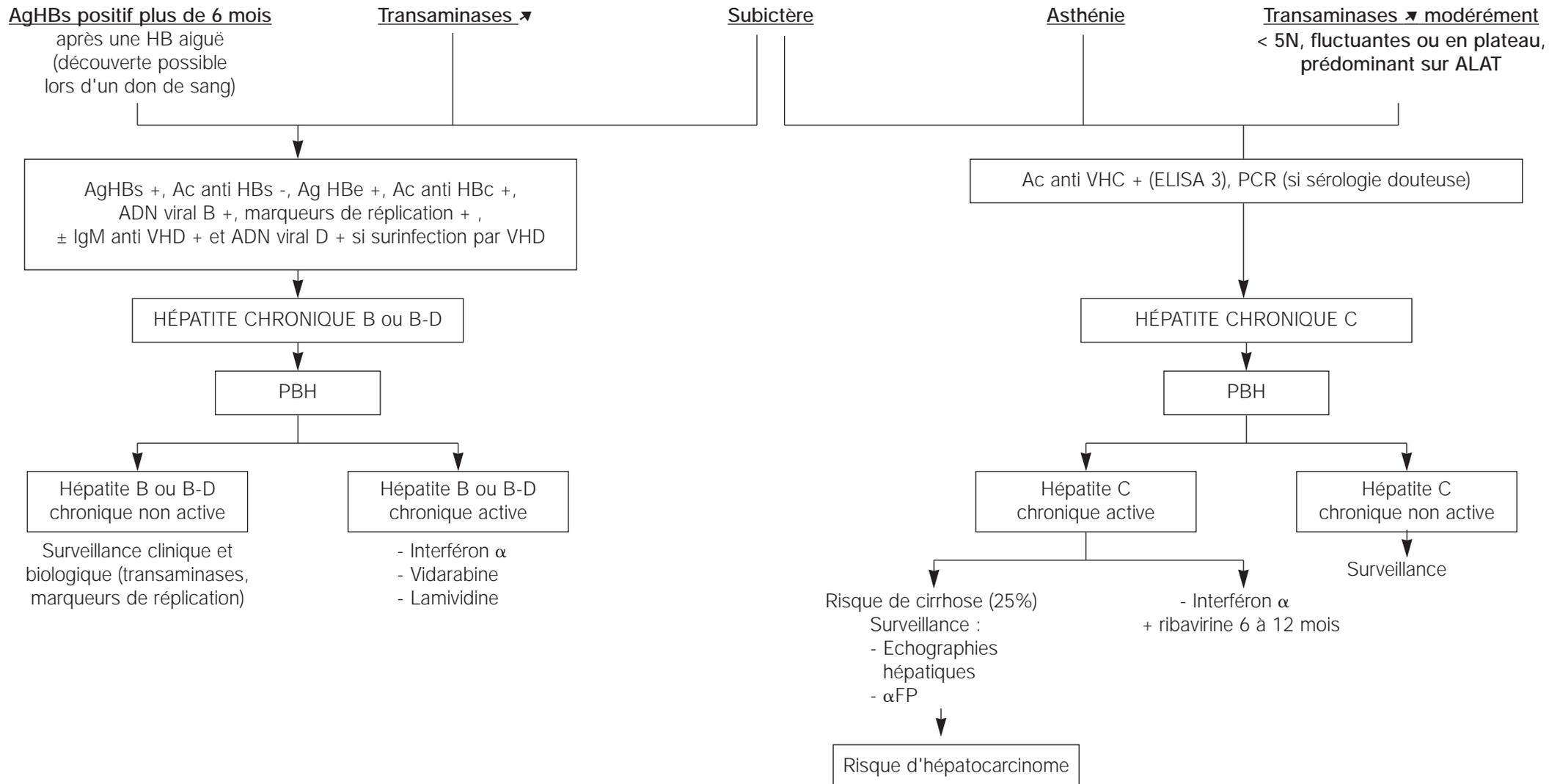
- Score clinico-biologique de RANSON
- Score scannographique de BALTHAZAR

## TRAITEMENT

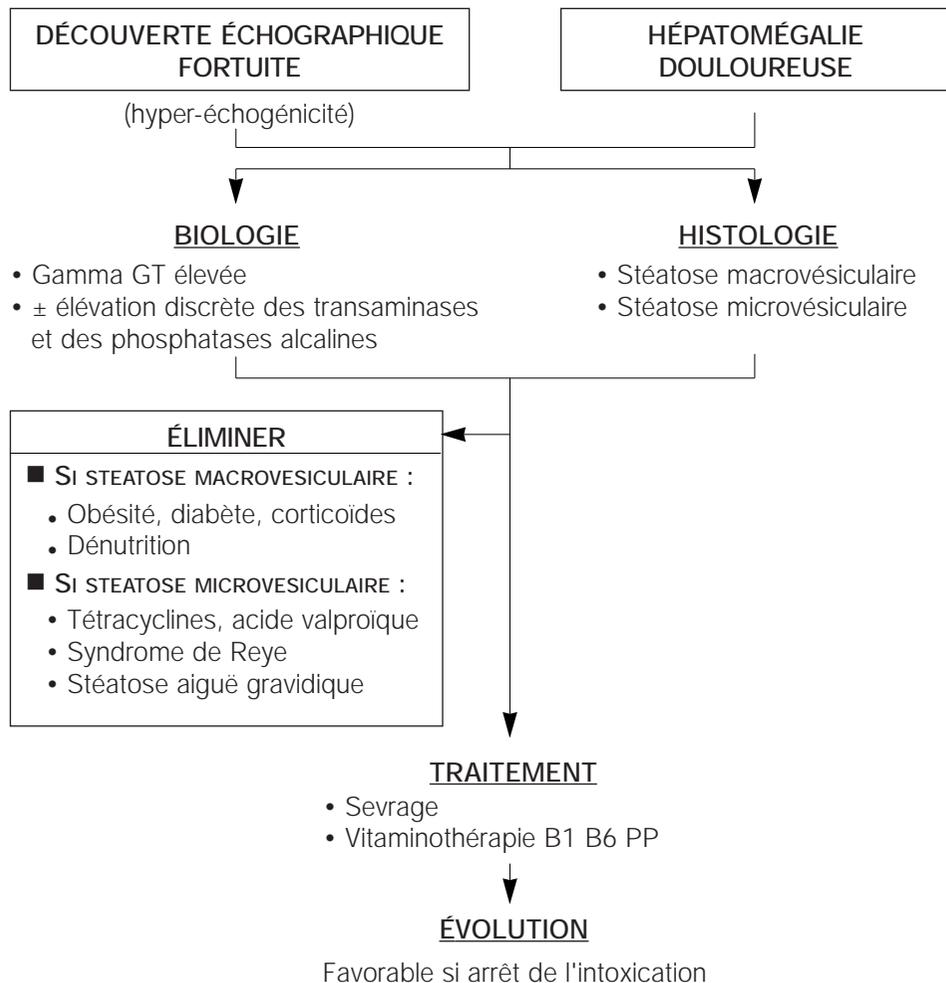
- Hospitalisation en USI, équilibre hydro-électrolytique, surveillance
- Antalgiques, antispasmodiques, antibiotiques (PA nécrosante)
- Sphinctérotomie endoscopique si PA nécrosante grave d'origine biliaire





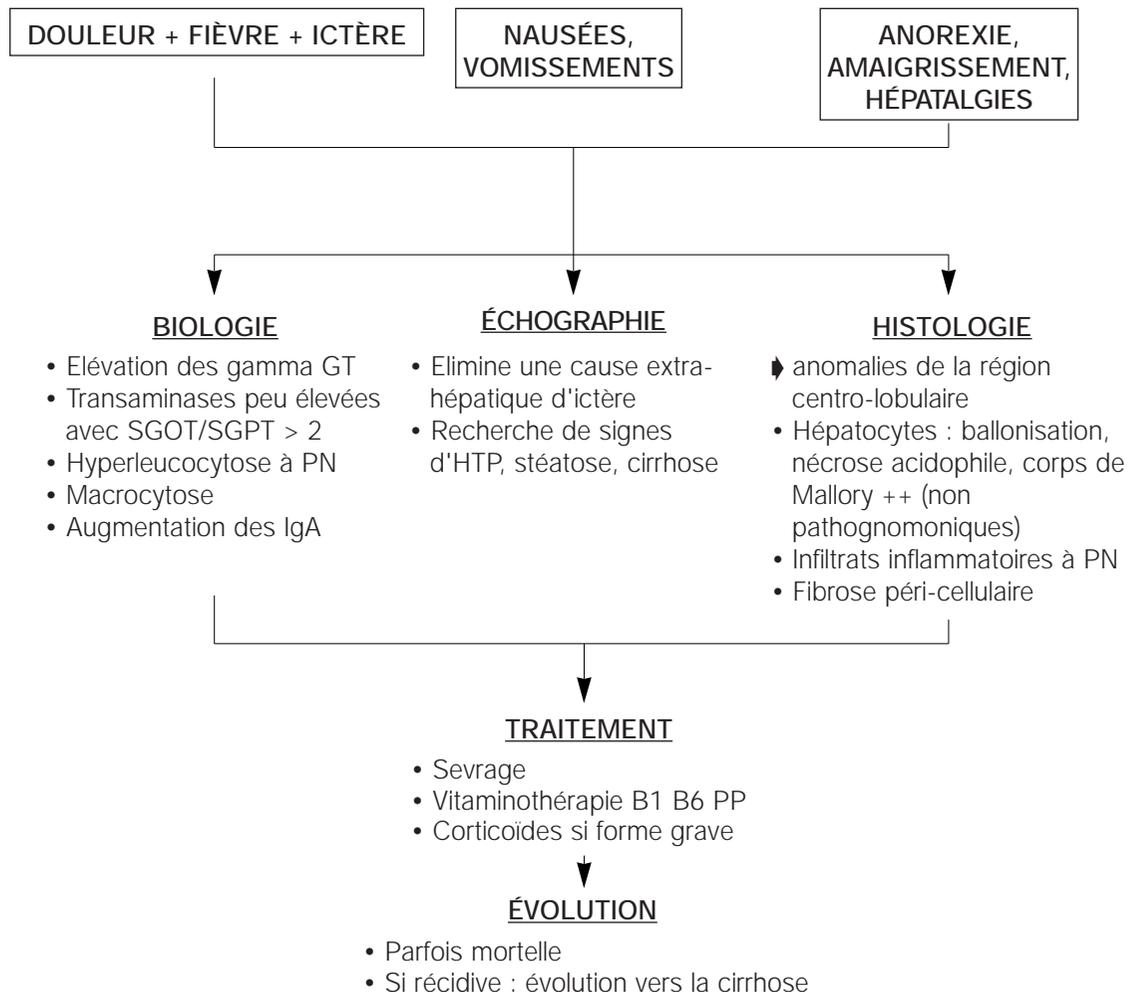


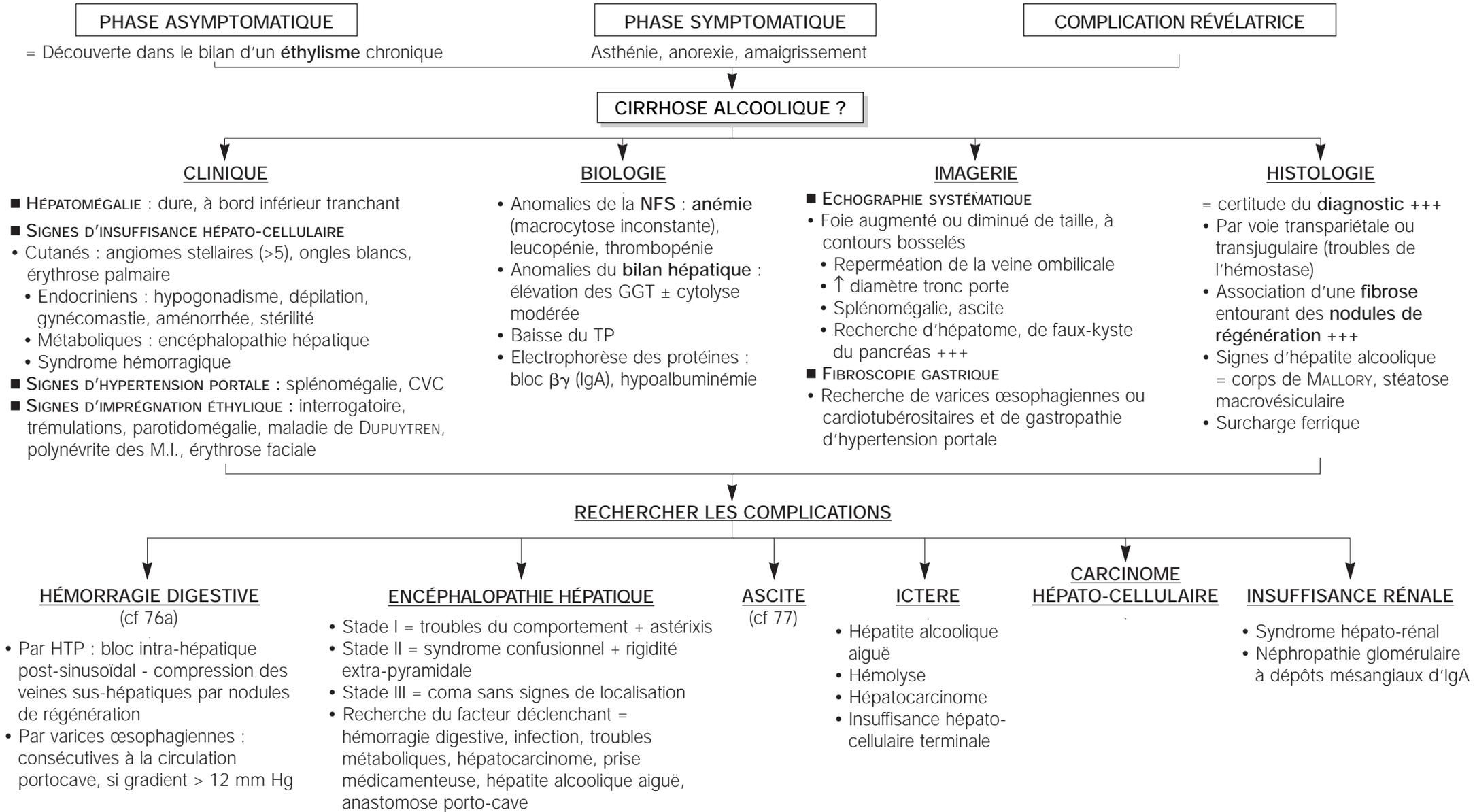
### STÉATOSE HÉPATIQUE



### HÉPATITE ALCOOLIQUE

En France, associée le plus souvent à une cirrhose





# LITHIASE VÉSICULAIRE

**Épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, traitement**

HOECHST INTERNAT EST DIRIGÉ PAR : WILLIAM BERREBI, PATRICK GEPNER, JEAN NAU

COLIQUE HÉPATIQUE

COMPLICATION RÉVÉLATRICE

DÉCOUVERTE FORTUITE

(la LV est latente dans 80 % des cas)

**ECHOGRAPHIE HÉPATO-BILIAIRE**

- Formations hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur
- Épaisseur de la paroi vésiculaire (augmentée si cholécystite)
- Diamètre des voies biliaires (dilatation en cas de lithiase de la VBP)

**LITHIASE VÉSICULAIRE**

Echo-endoscopie bilio-pancréatique  
rarement indiquée

**TRAITEMENT**

LV ASYMPTOMATIQUE

→ **Abstention** thérapeutique  
(⇒ pas de dépistage systématique)

LV SYMPTOMATIQUE

CŒLIO-CHIRURGIE +++

→ Cholecystectomie

ACIDES BILIAIRES

rarement utilisés et seulement si :

- Calculs non calcifiés (radiotransparents à l'ASP)
- Vésicule fonctionnelle

**FACTEURS DE RISQUE**

- **Calculs cholestéroliques** (80 % des cas)
  - Âge > 50 ans, sexe féminin
  - ATCD familiaux
  - Obésité
  - Hypertriglycéridémie
  - Grossesse
  - Maladies et résections iléales
  - Mucoviscidose
- **Calculs pigmentaires** (20 % des cas)
  - Noirs :
    - hyperhémolyse
    - cirrhose
  - Bruns : stase et infections des voies biliaires

**PHYSIOPATHOLOGIE**

- **Calculs cholestéroliques**
  - Sursaturation de la bile en cholestérol :
    - par augmentation de la sécrétion biliaire de cholestérol
    - ou par diminution de la sécrétion d'acides biliaires
- **Calculs pigmentaires**
  - Noirs :
    - Formation de polymères de sels de bilirubine par augmentation du passage biliaire de bilirubine non conjuguée
  - Bruns :
    - Formation de bilirubine de calcium par hydrolyse de la bilirubine conjuguée dans la bile sous l'effet de certaines bactéries

