

Atelier épigastralgies aiguës

Dr Thai NGUYEN-TANG

Service de Gastroentérologie, HUG

Dr Yvan Green

Groupe médical d'Onex



7 Décembre 2011

Cas N°1: Vignette

- Homme de 30 ans
- Bonne santé habituelle
- Depuis quelques semaines, épigastralgies à type de brûlures ou de crampes, en exacerbations progressives, recrudescence préprandiale et nocturne des symptômes
- Status non contributif

Cas N°1: Questions à l'expert

- Quel bilan effectuer en urgence au chevet du patient?
(Bilan sang, recherche HP)
- Quand faut-il revoir le patient?
- Chez qui prévoir un examen endoscopique?
- Quel est le timing de l'examen endoscopique?
- Comment soulager le patient?
- « Tous les IPP sont-ils égaux devant l'épigastralgie? »

Dyspepsie

- Symptôme très fréquent!
- 25% (13-40%) de la population par année
- Majorité consulte pas
- Coût santé importants
(médicaments, arrêt travail)

Définition (Rome III)

Un ou plus des 3 symptômes

1. Plénitude épigastrique postprandiale
2. Satiété précoce
3. Douleurs ou brûlures épigastriques

Ensemble de diagnostics

1. **Fonctionnel** (jusqu'à 60%)
2. **Organique**
 - Maladie ulcéreuse (env 10-25%)
 - Reflux gastro-oesophagien
 - Douleur origine biliaire
 - Cancers gastriques, oesophagiens
 - Gastroparésie
 - Pancréatite

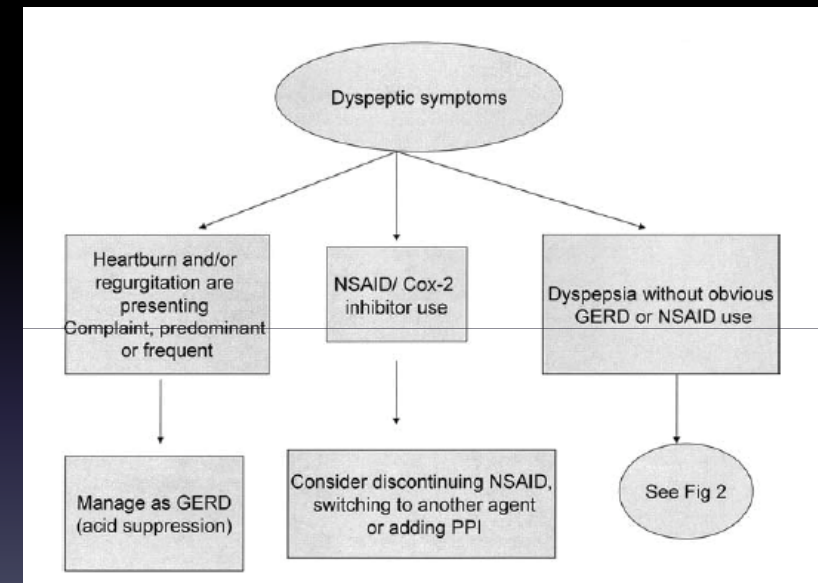
Première étape

1. **Différencier dyspepsie vs RGO**

(pyrosis, régurgitation)



2. **Prise AINS?**



Deuxième étape

Il y a-t-il un symptôme d'alarme ou age >55 ans?

- Perte pondérale non volontaire
- Dysphagie, odynophagie
- Anémie ou état ferriprive
- Hématémèse
- Masse ou ADP palpable
- ATCD de cancer digestifs hauts
- ATCD de chirurgie gastrique
- Ictère



OGD

Timing de la gastroscopie

- Urgent → Nécessité hémostase

Extériorisation de sang: hématurie ou
melena



Si pas de symptômes d'alarme

- **Test pour HP** (préférable au ttt empirique)

Breath test ou sérologie

- Si positif: **éradiquer**
- Si négatif: **IPP pendant 4 semaines**

Quel régime éradication HP?

- Régime standard

IPP 40mg 2x/j

Amoxicilline 1g 2x/j

Clarithromycine 500mg 2x/j

Durée 7 jours

Si allergie à Pénicilline

IPP 40mg 2x/j

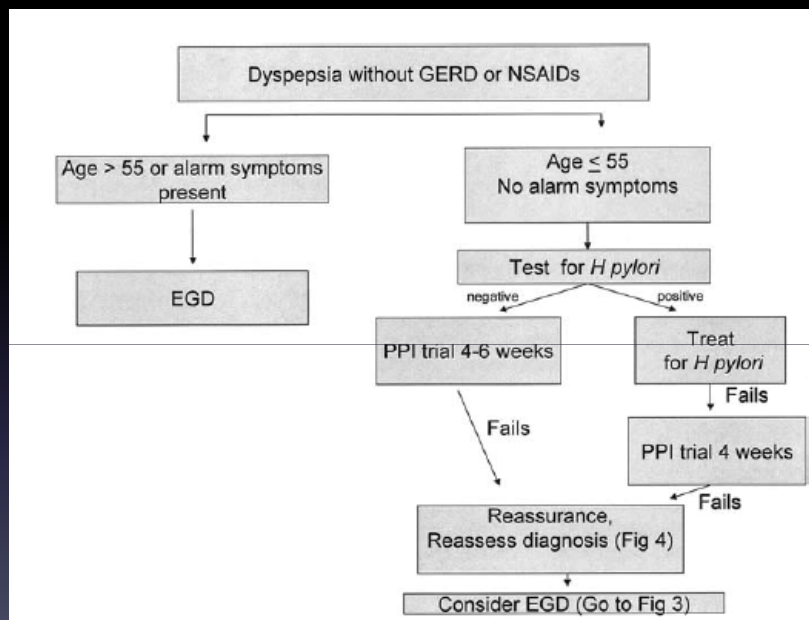
Metronidazole 500mg 2x/j

Clarithromycine 500mg 2x/j

Durée 7 jours

Quel IPP?

- Pas de supériorité d'une molécule face à une autre en terme efficacité clinique
- Penser à pantoprazole si risques interaction médicamenteuse



Talley et al Guidelines AGA
Gastroenterology 2005

Si HP négatif et échec ttt IPP

- OGD
- Reconsidérer le diagnostic:

Pancréas? Colon? Biliaire?

Gastroparésie?

Colon irritable?

Troubles psy?

H. pylori negative functional dyspepsia (normal endoscopy)
and failed an adequate trial of PPI

1. Re-evaluate the symptoms and diagnosis
2. Consider other sources of abdominal pain: pancreas, colon, biliary tract
3. Does the patient have symptoms of delayed gastric emptying?
4. Does the patient have IBS?
5. Does the patient have panic disorder or other psychological issues?

Persistent symptoms
No other cause established

Consider: Antidepressants, Hypnotherapy,
Behavior therapy, Prokinetic agents

Talley et al Guidelines AGA
Gastroenterology 2005

Cas N°2: Vignette

- Homme de 61 ans, DNID, consommation suspectée d'alcool, mais non quantifiée et GGT tjs normale.
- Depuis 1 sem, épigastalgies constantes 7/8 sur 10, sans relation avec la nourriture. Med tt en vacances.
- Etiologie suspectée: exacerbation dyspepsie sur gastrite aigue
- Traitement: IPP double dose
- Le patient rentre à domicile.
- 1 heure après son départ, retour du laboratoire que vous avez finalement fait: CRP 5, Créat 120, TH sp, lipase 264

Cas N°2: Questions à l'expert

- Quid du diagnostic de pancréatite aigu (notion de pancréatite si valeur lipase 3xN)
- Que faire avec le patient?
 - Le rappeler immédiatement en vue d'une hospitalisation ou prise en charge ambulatoire?
 - Nécessité d'un bilan complémentaire en urgence et de quel type (US, Scanner), Score de ranson utilité?
 - Recherche causale? Chez qui? quand?
 - Valeur de la mise au repos du tube digestif, SNG sous aspiration?, nutrition entérale jéjunale?

Diagnostic de pancréatite aiguë

2 des 3 critères

1. Clinique

Douleurs abdominales épigastriques irradiant dans le dos
Nausées et vomissements

2. Elévation des tests pancréatiques

Seul dosage de la lipase est nécessaire (plus spécifique!)

3. Image suggestive au CT

Tuméfaction du pancréas, infiltration de la graisse
péripancréatique

Hyperamylasémie

- Cholécystite aiguë
 - Pathologies intestinales
- Post-chirurgie, obstruction, infarctus mésent,...
- Acidocétose
 - Insuffisance rénale
 - Parotidite
 - Macroamylasémie

Etiologies

- Alcool
 - Migration d'un calcul biliaire
- } 80%
- Médicamenteux (Diurétiques, IEC, SIDA, antibio)
 - Hypertriglycémie (>1000mg/dL)
 - Hypercalcémie
 - Génétique (CFTR, PRSS-1, SPINK)

Bilan?

Biologie

- Lipase
- Tests hépatiques (étiologie biliaire), LDH
- Leucocytose, déviation G, CRP
- Fonction rénale
- Glycémie

US abdominal

- Vésicule lithiasique?

Bilan?

CT abdominal injecté est le meilleur examen

- Confirmer le diagnostic
- Evaluer la gravité (score de gravité)
- Eventuelles complications: nécrose, coulées, pseudokyste



Dangers pancréatite aiguë

20% des patients présentent maladie sévère

5% de décès dans les 3 mois (moitié dans 1ers 14j)

Hypovolémie (iléus, fuite capillaire, 3ème secteur)

Défaillance d'organe multiples

- Insuffisance rénale aiguë
- Hypoxémie à ARDS
- SNC

Evaluation gravité pancréatite aiguë

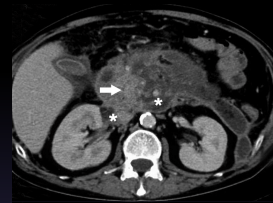
Signes cliniques	Fréquence	Risque de mortalité
Douleur abdominale	90 %	Indépendante
Vomissements	50 %	Indépendante
Iléus réflexe	30 %	Indépendante
État de choc	10 %	> 40 %
Dyspnée	15 %	> 30 %
Oligurie ou anurie	10-15 %	30-50 %
Signes neurologiques	5 %	30 %
Signes d'infection	4 %	15 %
Hémorragie	3 %	20 %

Score de gravité CT (Balthazar)

Grade de la pancréatite aiguë sur le CT-scanner abdominal sans contraste	points
A Pancréas normal	0
B Œdème pancréatique	1
C Inflammation pancréatique et/ou infiltration de la graisse péripancréatique	2
D Une collection péripancréatique unique	3
E ≥ 2 collections péripancréatiques et/ou air rétropéritonéal	4

Degré de nécrose pancréatique sur le CT-scanner abdominal avec contraste intraveineux	points
A Pas de nécrose	0
B Nécrose ≤ 30% du pancréas	2
C Nécrose entre 30% et 50% du pancréas	4
D Nécrose ≥ 50% du pancréas	6

Sévère si somme des points ≥ 6



Score	Risque de mortalité
0-3	3%
4-6	6%
7-10	17%

Balthazar EJ et al Radiology 1990

Score de Ranson

À l'admission	
Âge	> 55 ans
Leucocytes	> 16 000/mm ³
LDH	> 1,5xN
ASAT	> 6xN
Glycémie	> 11 mmol/L
Entre l'admission et la 48 ^e heure	
Chute de l'hématocrite	> 10 points
Élévation de l'urée sanguine	> 1,8 mmol/L
Calcémie	< 2 mmol/L
PaO ₂	< 60 mmHg
Chute des Bicarbonates	> 4 meq/L
Séquestration liquidienne	> 6 L*

* : cela signifie qu'il a fallu perfuser plus de 6 litres de soluté dans les 48 premières heures pour maintenir un équilibre hydro-électrolytique satisfaisant.

Nombre de signes	Risque de mortalité (%)
0-2	0,9
3-4	16
5-6	40
7-8	100

Sévère
Si ≥ 3 critères

Ranson JH et al J Surg Res 1977

Critères de gravité Atlanta

- Etat de choc avec pression artérielle systolique < 90 mmHg
 - et/ou insuffisance respiratoire ($\text{PaO}_2 \leq 60$ mmHg)
 - et/ou insuffisance rénale (créatinine > 177 micromol/l après réhydratation)
 - Nécrose pancréatique et/ou pseudokystes et/ou abcès
 - Score de Ranson ≥ 3
 - Score APACHE II ≥ 8
- Sévère si ≥ 1 de ces critères

Bradley et al Arch Surg 1993

Pancréatite aiguë grave?

- **Evaluation clinique** (hypotension, tachycardie, tachypnée)

- **Bilan biologique**

Valeur de lipase pas corrélée avec la sévérité!

Syndrome inflammatoire, Défaillance d'organe?

- **Score CT Balthazar**
- **Score de RANSON**
- **Critères d'Atlanta**

Prise en charge ambulatoire?

Possible, mais à condition

1. Patient fiable, entouré et revu à 24 et 48h.
2. Pas de critère de gravité (biologique, clinique et imagerie)
3. Patient peut s'alimenter (nausée, vomissements)
4. Antalgie satisfaisante

Prise en charge

- SNG en aspiration (si nausées-vomissements)
- Alimentation entérale est supérieure à la mise à jeun (trophicité des muqueuses)
- Alimentation jéjunale chez les patients avec une pancréatite aiguë sévère
- Extraction du calcul enclavé si étiologie biliaire

Prise en charge

- Importance de l'hydratation (3ème secteur)
- Antalgie efficace
- Surveillance des complications principales:
Hypovolémie
Surinfection coulées
Défaillances d'organes (pulmonaire, rénale, SNC)

Cas N°3: Vignette

- Homme 71 ans, HTA, Hypercholestérolémie, Adénome prostatique
- Depuis 3 jours, douleurs abdominales flanc droit, d'abord fluctuantes, puis continues, nausées, 1 épisode de vomissement, inappétence, EF ressenti mais non objectivé
- Afébrile, douleurs, défense sans détente HCdt, Murphy douteux, bruits plutôt rares
- HD stable. ASP: coprostase
- Labo: CRP 98, Asat/Alat 2xN, bili 49 (limite sup), GGT 88

Cas N°3: Questions à l'expert

- Diagnostic différentiel?
 - Colique biliaire, Migration de calcul, Cholécystite, Hépatite?
 - Autres diagnostic?
- Prise en charge? Où s'arrête la prise en charge ambulatoire? US ambulatoire? Degré d'urgence?
- Rappel Pathologie biliaire?

Symptômes biliaires

- Douleurs de l'hypochondre D
 - Coliques
 - Irradiation épaule
- Cave si durée >6h (pathologie biliaire compliquée)

Différencier d'une hépatite aiguë

- Hépatite virale A, B, C et E
- Médicamenteux (Intox paracetamol!)
- Ischémie (malaise, troubles du rythme, hypoTA, vasculaire)
- Herpes (EF et thrombopénie)
- EBV, CMV

Valeurs des tests hépatiques: transaminases >20N

Absence de douleurs en colique

Bilan standard

- Etat fébrile? Syndrome inflammatoire?
- Tests hépatiques

Normaux/anormaux

Elévation modérée ou marquée des transaminases?

Cholestase? Hyperbilirubinémie?

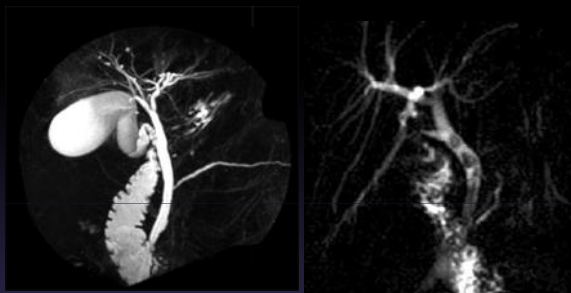
- Ultrason abdominal

Vésicule lithiasique? Parois épaissies?

Dilatation des voies biliaires?

Bilan spécifique

- CholangioIRM



- Echoendoscopie

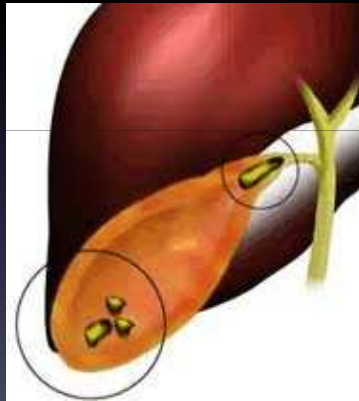


Tableaux cliniques

1. Colique biliaire simple
2. Cholécystite aiguë
3. Migration d'un calcul
4. Cholangite aiguë
5. Pancréatite aiguë biliaire



Colique biliaire = Lithiase vésiculaire symptomatique

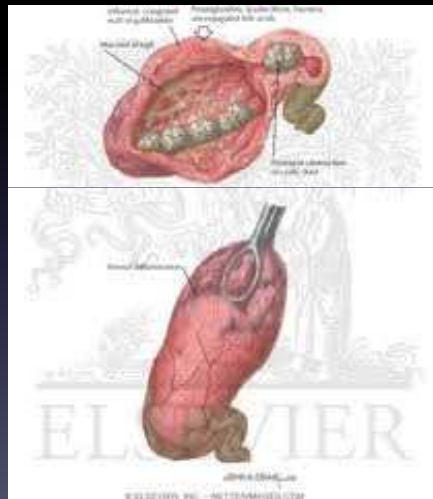


Colique biliaire

- Episodes de crises douloureuses de l'hypochondre D en colique
- Durée < 6 heures
- Exacerbation par repas riche en graisse
- Tests hépatiques normaux

➔ **Cholécystectomie élective**

Cholécystite aiguë



Cholécystite aiguë

- Douleurs de l'hypochondre D
- Etat fébrile
- Syndrome inflammatoire au bilan biologique (leucocytose, déviation G, élévation VS/CRP)
- Signe de Murphy à l'examen clinique
- Vésicule lithiasique avec des parois épaissies à US

➔ **Cholécystectomie**

Migration d'un calcul

- Douleurs épigastriques/Hypochondre D durée prolongée >6h
- Elévation caractéristique des tests hépatiques avec une cinétique rapidement régressive
- Vésicule lithiasique à US +/- dilat cholédoque

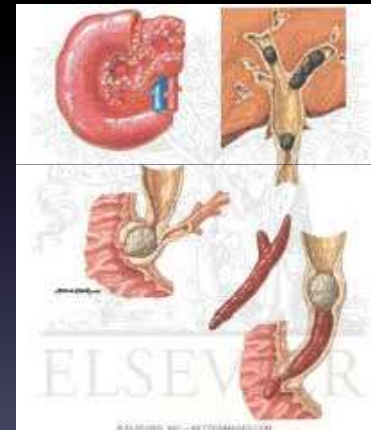
Migration d'un calcul



→ ERCP



Cholangite

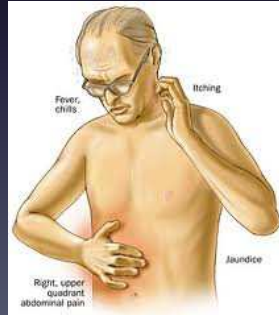


Cholangite

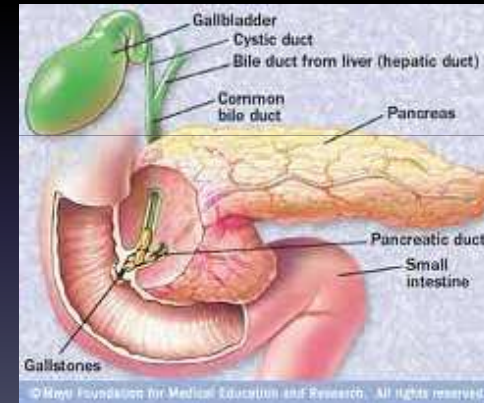
Triade de Charcot (1825-1893):

1. Etat fébrile avec syndrome inflammatoire biologique
2. Douleurs de l'hypochondre D
3. Ictère

➔ ERCP en urgence



Pancréatite aiguë biliaire



Pancréatite aiguë biliaire

- Douleurs épigastriques irradiant dans le dos
- élévation des tests hépatiques et de la lipase
- Présence d'une vésicule lithiasique
- CT: Oedème du pancréas avec infiltration de la graisse péripancréatique

Prise en charge pancréatite aiguë biliaire

- ➔ Hydratation, antalgie
- ➔ ERCP rapidement (48-72h)
- ➔ Cholécystectomie en urgence différée

En conclusion

- La dyspepsie est une plainte fréquente et comprend un ensemble de pathologie hétérogène. La prise en charge par étapes est actuellement bien acceptée.
- Un bilan endoscopique est à envisager en présence de "signes d'alarmes" et chez les patients >55 ans
- Un examen en urgence est à prévoir si une extériorisation de sang est suspecté

En conclusion

- La pancréatite aiguë est une pathologie qui peut rapidement évoluer avec des complications infectieuses, volémiques et défaillances d'organes.
- Il est important d'évaluer la sévérité de l'épisode à l'aide de paramètres cliniques, d'examens laboratoires et imagerie

En conclusion

- La présence de symptômes évoquant une origine biliaire doit mener à des investigations permettant de classer le patient dans un tableau clinique (colique simple, migration, cholécystite, cholangite, pancréatite biliaire).
- L'identification du tableau clinique permettra de diriger le patient vers une prise en charge appropriée.