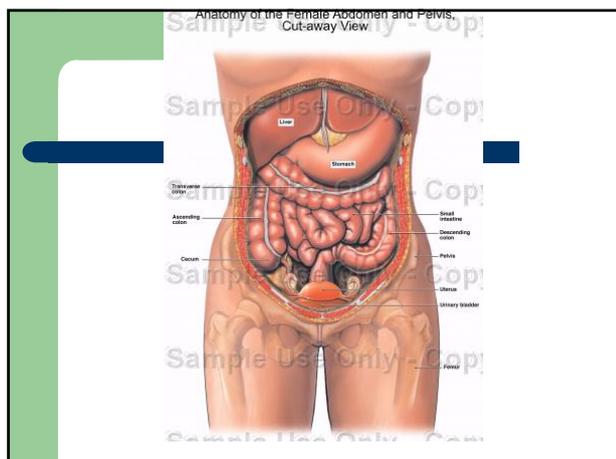
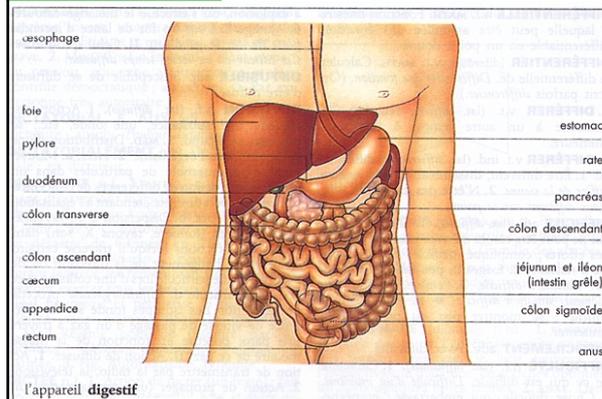


GASTRO-ENTEROLOGIE

- ✓ Dysphagie
- ✓ Diarrhée aiguë
- ✓ Hémorragie digestive
- ✓ Ascite
- ✓ Ictère
- ✓ K oesophage
- ✓ RGO
- ✓ UGD
- ✓ K estomac
- ✓ TFI
- ✓ Diverticulose colique
- ✓ K colon
- ✓ K rectum
- ✓ Fissures, hémorroïdes
- ✓ Pancréatite Aigüe/ Chronique
- ✓ Hépatites
- ✓ Hépatopathie alcoolique
- ✓ Cirrhose alcoolique
- ✓ Lithiase vésiculaire
- ✓ Complications lithiase

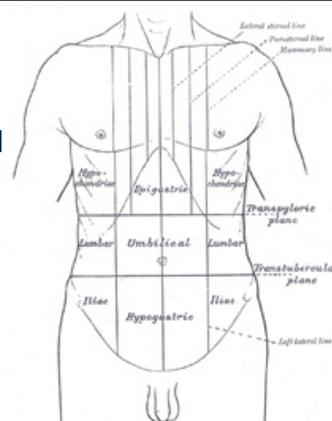
Module soins infirmiers
appareil digestif.

Dr Jérémy SEBAG
Interne des Hôpitaux de Paris



SEMOLOGIE

- Épigastre
- Hypogastre
- Flans
- Hypochondres
- Fausses iliaques



Grands syndromes

- Douleurs Abdominales
- Hémorragie digestive Haute
- Hémorragie digestive Basse
- Vomissements
- Ictère
- Dysphagie
- Ascite

Douleurs – Savoir décrire

- Siège
- Type (crampe, brûlure, spasmes, pesanteur)
- Irradiations
- Position antalgique
- Intensité
- Horaire – Durée
- Signes accompagnateurs
- Évolution

Douleurs Abdo – points clés

- Ne jamais sous estimer une douleur abdo.
- Peut révéler une urgence VITALE
- NPO: BU !!!

Douleurs Abdo – en pratique

- Réflexes devant DA aigue:
 - ⇒ Allonger le malade, jambes fléchies
 - ⇒ Prise de constantes + EVA
 - ⇒ Bandelette Urinaire +/- ECBU
 - ⇒ Prévenir le médecin, antalgiques dès que possible (bémol pour syndrome appendiculaire), vessie de glace, PLS...

Hémorragie Digestive Haute

- Définition: saignement prov. du tractus dig.
- Savoir décrire:
 - ⇒ État général, score de Glasgow
 - ⇒ Quantités: Traces, verres...
 - ⇒ Bien différencier Hématémèse / Hémoptysie / Épistaxis!!!!

Hématémèse - Étiologies

- Ulcères – 56%
- Rupture de varices oesophagiennes (Alcoolique) – 24%
- Lésion aigue de la muqueuse gastro-duodénale (AINS - Aspirine) – 5%
- Syndrome de Mallory-Weiss – 3%

Hématémèse = URGENCE

- Au domicile: Prise de Cstes, PLS, appel SAMU
- A l'Hôpital:
 - ⇒ Déchoquage
 - ⇒ Cstes + HemoQ + VVP + Bilan (Gr, coag...)
 - ⇒ Penilex, SNG ++++++ dès accord médecin.
 - ⇒ Noter: coloration muqueuses, sueurs, conscience

Hématémèse - SNG

- Intérêt:
 - ⇒ Confirme l'origine du saignement
 - ⇒ Protège d'une inhalation
 - ⇒ Lavage eau froide (vasoconstriction + préparation fibroscopie)

Hématémèse - Traitement

- Fibroscopie digestive +++ (d'où l'intérêt SNG)
- Si hématémèse très importante:
=> Tamponnement oesophagien (sonde de blackmore)

Hématémèse – Points clés

- Urgence Vitale potentielle
- Attention diagnostics différentiels
- PLS, DECHOC, 2VVP, SNG
- Critères de gravité clinique:
 - ⇒ Conscience
 - ⇒ Hémodynamique
 - ⇒ Méléna, rectorragie
 - ⇒ Terrain sous jacent

Hémorragie Digestive Basse

- Étiologies:
 - ⇒ Locales: (fq +++)
 - Hémorroïdes,
 - Fissures anales
 - Ulcérations thermométriques
- ⇒ Basses:
 - Diverticulose colique
 - Tumeurs
- ⇒ Hautes: Ulcère, rupture de VO

Hémorragie Digestive Basse

- Bien distinguer Méléna et Réctorragie

Hémorragie Digestive Basse

- En pratique:
 - Toujours installer le malade et prise de constantes.
 - Bénin dans la plupart des cas, mais peut révéler une pathologie grave.
 - Attention: réctorragie chez patient de plus de 50 ans = cancer colo rectale = coloscopie

Vomissements

- Sémiologie:
 - Nausées = vomissements
 - Bien distinguer:
 - ⇒ Régurgitation (sans effort)
 - ⇒ Mérycisme (remontée volontaire PSY)
 - ⇒ Pituites (rejet blanchâtre du matin des alcooliques)

Vomissements

- Physiologie: phénomène moteur actif:
 - ⇒ Fermeture du pylore
 - ⇒ Contraction de l'antra
 - ⇒ Inspiration et fermeture de la glotte
 - ⇒ Contraction diaphragme et muscle abdo
 - ⇒ Ouverture du cardia
 - ⇒ Évacuation du contenu gastrique.

Vomissements - Étiologies

- Urgences chir +++
- Urgences Neuro
- Urgences métaboliques (acidocetose, hyperCa, HypoNa...)
- Urgences Gyneco
- Iatrogènes (chimio, intox...)

Vomissements - Complications

- Syndrome de Mallory-Weiss
- Oesophagite
- Rupture œsophage
- Fausses routes

Vomissements - CAT

- Constantes, VVP, ECG, Dextro, Bilan
- Scope si étiologie incertaine

Vomissements - Traitement

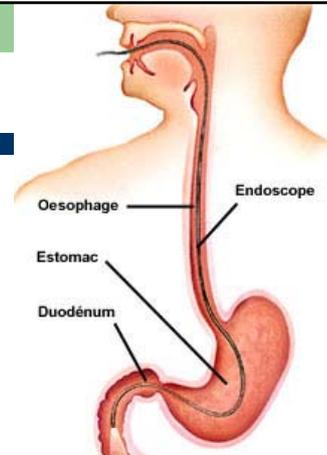
- Étiologique si possible
- Rééquilibration hydro électrolytique
- Antiémétiques

Dysphagie

- Définition:
 - Sensation non douloureuse de gêne à la déglutition
- Signes accompagnateurs
 - Pyrosis, régurgitations,
 - Douleurs
 - Toux, bronchites à répétition
 - Dysphonie
 - Amaigrissement (AEG)

Dysphagie – Examens complémentaires

- FOGD
- TOGD
- Manométrie
- pH-métrie
- Ex. ORL
- Rx thorax



La fibroscopie bronchique est un examen simple, ambulatoire, effectué à jeun et après simple anesthésie locale.

Elle permet de voir, photographier, et filmer les voies aériennes, ainsi que d'effectuer à volonté des prélèvements indolores.

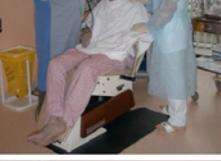


Les normes d'hygiène les plus strictes sont scrupuleusement respectées.

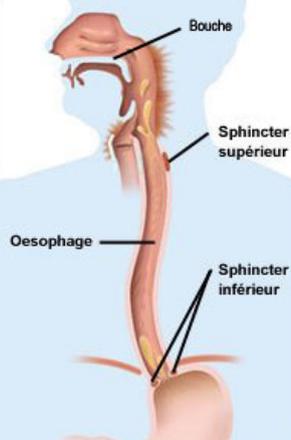
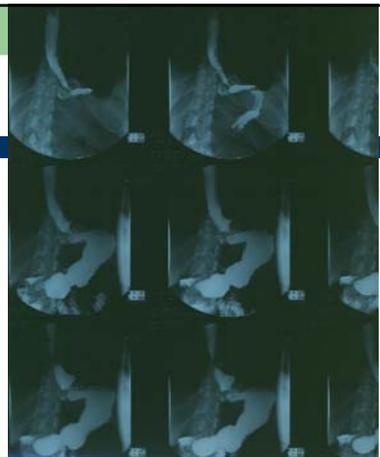


Image vidéo des bronches

surveillance de l'oxygénation et du pouls



Le nettoyage et la désinfection du matériel sont automatisés dans une valence biomédecine et répondent à des procédures à 6 ou 8 étapes



Dysphagie – Étiologies

- Oesophagite/ulcère
- Troubles moteurs
 - Achalasie
 - Diverticule de Zenker
- Pathologie tumorale
 - Cancer œsophage

Ictère

- Définition: augmentation du taux de bilirubine
- 2 types: Libre ou Conjuguée



Ictère à bilirubine libre

- Cliniquement:
 - ⇒ Coloration jaune conjonctives + téguments
 - ⇒ Urines normales
- Étiologies:
 - ⇒ Hémolyse: microbienne (Palu), Toxique (médic), immuno, mécanique (valve)
 - ⇒ Défaut enzymatique de conjugaison: NN (hépatocyte immature), maladie de Gilbert (déficit héréditaire)

Ictère à bilirubine conjuguée

- Fréquent ++
- Clinique:
 - Coloration jaune
 - Urines foncées
 - Selles décolorées
 - Prurit
- 2 sous types:
 - cholestase intra et extra hépatique
 - Cholestase = élévation PAL, gGT
 - Autres marqueurs: bilirubine, transaminases

Ictère à bilirubine conjuguée: étiologies

- Cholestase extra-hépatique
 - Obstacles tumoraux
 - Lithiase voie biliaire principale
 - Obstacles parasitaires (kyste hydatique, ascaris, douve...)
- Cholestase intra-hépatique
 - Hépatites (virale, alcoolique, médicamenteuse)
 - Cirrhose

Ascite - définition

- Épanchement liquidien dans la cavité péritonéale
- Clinique:
 - Matité déclive
 - Signe du glaçon



Ascite – Examens complémentaires

- Échographie
- Ponction
 - Matos:
 - kit stérile,
 - KT vert (gris pour les furieux),
 - pots de prélèvements (ascitoculture, cyto, bioch)
 - Si évacuatrice: tubulure perf + bouchons gradués

Ascite – Orientation étiologique

- Hypertension portale
- Hypo albuminémie
- Maladie péritoine

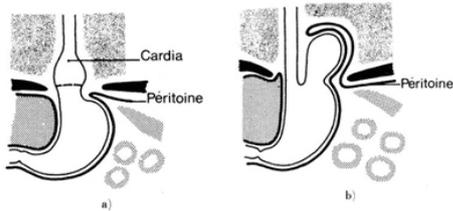
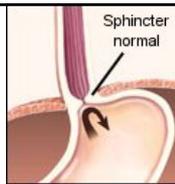
RGO et oesophagite

- Définition:
 - Passage involontaire sans effort de vomissement du contenu gastrique dans l'œsophage.
 - Quasi physiologique en post prandiale,
 - Pathologique quand symptomatique.

RGO et oesophagite

- Physiopathologie
 - Hernie hiatale
 - Diminution du SIO
 - Augmentation des pressions abdominales

Glissement ou roulement



RGO et oesophagite – Diminution du SIO

- Étiologies:
 - Aliments: chocolat, graisse, menthe, caféine, alcool
 - Médicaments: Beta2mim, inh calcique, dérivés nitrés (TNT), théophylline
 - Hormones: glucagon, progestérone
- Augmentation: Motilium, Primperan, Prépulsid

RGO et oesophagite

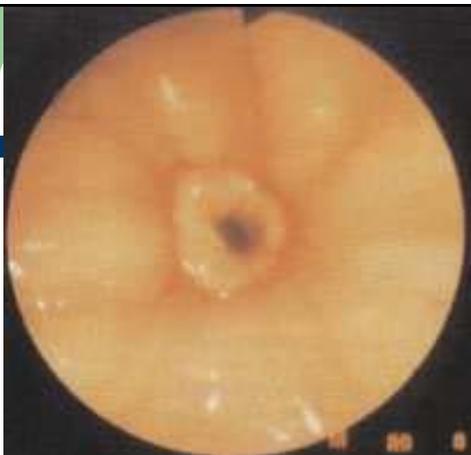
- Hyperpressions abdo:
 - Active: toux, défécation,
 - Passive: surcharge pondérale, corset, grossesses
 - Positionnel: décubitus dorsal

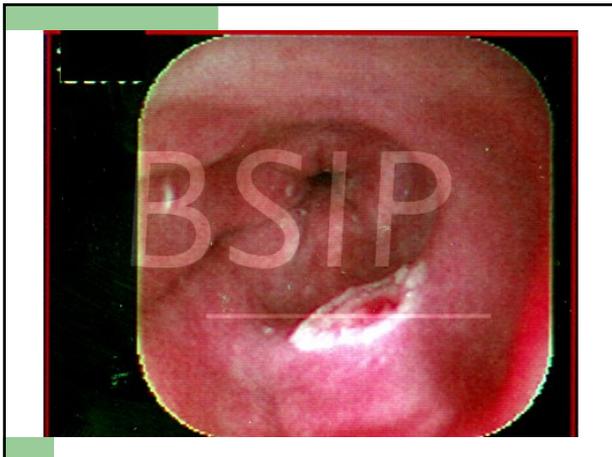
RGO et oesophagite

- Clinique caractéristique !!
 - Pyrosis,
 - Brûlure,
 - Épigastrique,
 - Rétrosternale ascendante,
 - positionnelle
 - Régurgitations,
 - Manifestations extra digestives: pneumo, ORL

RGO et oesophagite

- Examens complémentaires:
 - FOGD
 - TOGD
 - pH-métrie
 - Manométrie oesophagienne





RGO et oesophagite - Évolution

- Oesophagite érosive, endobrachioesophage
- Ulcères et sténose de l'œsophage
- Hémorragie digestive
- Cancer oesophage

RGO et oesophagite

- Formes cliniques:
 - Nourrissons
 - Manifestations atypiques

RGO et oesophagite - Traitement

- Règles hygiéno-diététiques +++
 - Mesures posturales
 - Mesures diététiques
- Médical:
 - gels antireflux (Gaviscon)
 - Renforcement du SIO (Motilium, Primpéran)
 - antisécrétoires

RGO et oesophagite - indications

- RGO:
 - RHD
- Oesophagite
 - RHD + ttt médical
 - Durée 6 semaines
- Si échec: avis chir.

AUTRES PATHOLOGIES OESOPHAGIENNES

- Cancer œsophage,
- Oesophagite caustique,
- Oesophagite mycosique,
- Mégaoesophage ou achalasie,
- Diverticules

Cancer oesophage

- Épidémiologie:
 - 15% des cancer digestifs
 - 15H pour 1F
- FDR:
 - Tabac et alcool ++++++++ (>90%)
 - Lésions oesophagiennes
 - Cancer ORL

Cancer oesophage

- Clinique: dysphagie, etc.... et AEG
- Bilan:
 - FOGD,
 - Extension: TDM, Fibro bronch, ORL (pan endoscopie)

Cancer oesophage

- Traitement:
 - Chirurgical
 - Chimiothérapie +/- radiothérapie
 - Soins palliatifs endoscopiques.....
- Mauvais pronostic: <5% à 5 ans

Oesophagite caustique

- CAT:
 - Actes contre indiqués:
 - Faire vomir,
 - Faire boire,
 - Donner un antidote,
 - Mettre une SNG,
 - Neutraliser le pH avec autre substance
 - A faire: VVP, à jeun, bilan pré op, soins buccaux

Oesophagite mycosique

- Chez le patient immunodéprimé
 - Candida albicans
 - Triflucan

Mégaesophage ou achalasie

- Définition:
 - Absence de relaxation du SIO
 - Absence de contractions péristaltiques
- TOGD, FOGD, Manométrie ++
- Traitement:
 - médical: inh calcique,
 - Endoscopique: dilatations pneumatiques,
 - Chirurgical

Estomac – rappel physiologique

- **Localisation:** épigastrique – hypocondre gauche. Sous le diaphragme.
- 3 parties:



Ulcère Gastrique et Ulcère Duodéal

- **Épidémiologie**
 - UD est 3 fois plus fréquent que UG
 - Sex ration H/F = 3/1
- **Étiologie:** Helicobacter Pylori

Ulcère Gastrique et Ulcère Duodéal

- **Clinique:**
 - Douleur à type de crampe ou de torsion
 - Épigastrique sans irradiation
 - Intensité variable
 - Post-prandiale
 - Calmée par l'alimentation
 - Périodique

Ulcère Gastrique et Ulcère Duodéal

- **Examen complémentaire:**
 - FOGD

Ulcère - Complications

- **Hémorragie digestive**
 - Hématémèse massive
 - Méléna et/ou anémie par carence martiale
- **Perforation**
- **Sténose pyloro-duodénale**

Ulcère - Traitement

- **RHD ++**
 - CI AINS et Aspirine
- **Éradication d'H. Pylori**
 - Bi antibiothérapie pendant 7 jours (amoxiciline, clarithromycine)
 - IPP double dose pendant 7 jours
 - IPP simple dose pendant 4 à 6 semaines

Gastrite

- Définition:
 - Inflammation de la muqueuse de l'estomac
- Elle peut être aiguë ou chronique

Gastrite Chronique

- Physiopathologie
 - Infection à H. Pylori
 - Agression chimique: alcool, tabac, médicaments
 - Immunologique

Gastrite Chronique

- Clinique aspécifique:
 - Troubles dyspeptiques,
 - Brûlures épigastriques,
 - Absence de symptômes
 - Anémie chronique

Gastrite Chronique – Formes cliniques

- Maladie de Biermer:
 - Maladie auto immune,
 - Anticorps anti facteur intrinseque
 - Carence en Vitamine B12
 - Ttt: injection mensuelle de Vit B12

Gastrite Aigue

- Clinique:
 - Douleurs vives épigastriques
 - Brûlures ou crampes

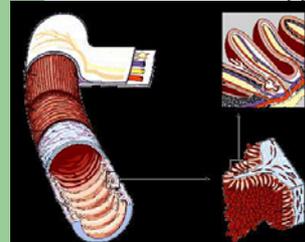
Gastrite Aigue - Étiologies

- Toxiques: Tabac et alcool
- Médicamenteuses: AINS, Aspégic, CTCD
- Infectieuse: H.Pylori
- Gastrite de stress
 - Réa
 - Post Chir
 - Grands brûlés...

Cancer de l'Estomac

- Clinique similaire à un ulcère ou une gastrite
- Associée à une AEG
- Bio spécifique:
 - Marqueurs tumoraux ACE et CA 19-9
- Traitement Chirurgical:
 - Gastrectomie
- Chimio et radiothérapie
- Survie: 10% à 5ans, 90% si tumeur superficielle !!

Intestin Grêle



Diarrhée

- Définition:
 - Selles > 300g / jours
- Bien différencier:
 - Diarrhée aiguë
 - Diarrhée chronique (>1 mois)

Diarrhée aiguë

- Diarrhées infectieuses et médicamenteuses

Diarrhée chronique

- AVEC ou SANS MALABSORPTION !!!!
- Clinique de malabsorption:
 - Perte de poids
 - Selles grasses

Diarrhée chronique

- AVEC malabsorption (10%)
 - Causes pré entérocytaires:
 - Mal digestion par insuffisance pancréas exocrine
 - Mucoviscidose, cancer pancréas, pancréatite,
 - Insuffisance biliaire
 - Cause entérocytaire: Maladie Coeliaque

Diarrhée chronique

- SANS malabsorption (90%)
 - D. Motrice: TFI, neuropathie (diabète...)
 - D. Sécrétoire: médicaments
 - D. Osmotique: maladie des laxatifs
 - D. Exsudative: lésions coliques

Maladie Coeliaque

- Définition:
 - Intolérance digestive à la gliadine (auto immun)
- Clinique:
 - Syndrome de malabsorption ancien
 - Diarrhée,
 - Amaigrissement,
 - stéatorrhée

Maladie Coeliaque

- Examens complémentaires:
 - FOGD + Biopsies
 - Recherche d'AC anti-endomysium
- Histologie: atrophie villositaire totale

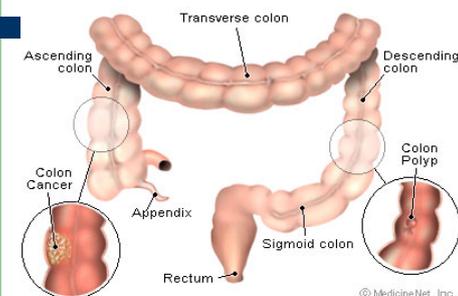
Maladie Coeliaque

- Complications:
 - Lymphome du grêle,
 - Cancer (pharynx, œsophage, grêle)
 - Échec du régime,
 - rechutes

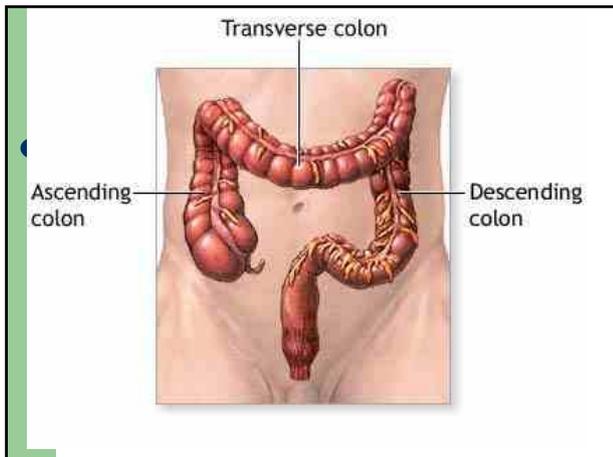
Maladie Coeliaque - traitement

- Régime sans gluten A VIE !!! (B.O.A.S.)
- Compensation des carences,
- Éducation en milieu spécialisé

Colon et Rectum



Colon Cancer and Polyp



Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI)

- 15 à 30 % de la population générale
- Clinique polymorphe ++
 - Douleurs abdo avec crampes et ballonnements
 - À type de spasmes
 - Troubles du transit
 - Début ancien, évolution capricieuse

Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI)

- Arguments forts:
 - Ancienneté,
 - Pas d'AEG,
 - Examen clinique normal
 - +/- terrain psychologique sous jacent.

Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI)

- Attention !!!!
 - TFI = diagnostique d'élimination !!!!

TFI – examens complémentaires

- Il faut toujours rechercher les diagnostics différentiels:
 - Interrogatoire et examen clinique complet
 - Bio: NFS, iono, glycémie, CRP, TSH
 - Coloscopie +++ (recherche cancer) si:
 - Antécédents familiaux
 - Age > 40 ans
 - Symptômes récents ou modifiés
 - Signes d'alarmes: amaigrissement, saignements...

TFI - Traitement

- Écoute et réassurance
- Activité sportive
- Régime alimentaire équilibré:
 - Repas réguliers, heure fixe,
 - Boissons abondantes
 - Fibres
 - Minimum 5 fruits et légumes par jours
- Traitement symptomatique: Laxatifs doux, antispasmodiques, argiles, charbons...

CONSTIPATION

- Définition:
 - Fréquences selles < 3/semaines
 - Depuis plus de 2 mois

Constipation - Étiologies

- Obstacles colorectaux
 - Sténose tumorale
 - Sténose non tumorale (sigmoïdite, sténose radique ou ischémique...)
- Médicaments:
 - antidépresseurs, morphine, NRL...
- Causes neurologiques:
 - parkinson, AVC
- Locales: fissures annales

Constipation - Étiologies

- Idiopathique le plus fréquent
- 2 mécaniques:
 - Trouble de la progression colique (régime pauvre en fibres)
 - Trouble de l'évacuation rectale

Constipation – Bilan

- Comme pour TFI
- Coloscopie au moindre doute !

Constipation - Traitement

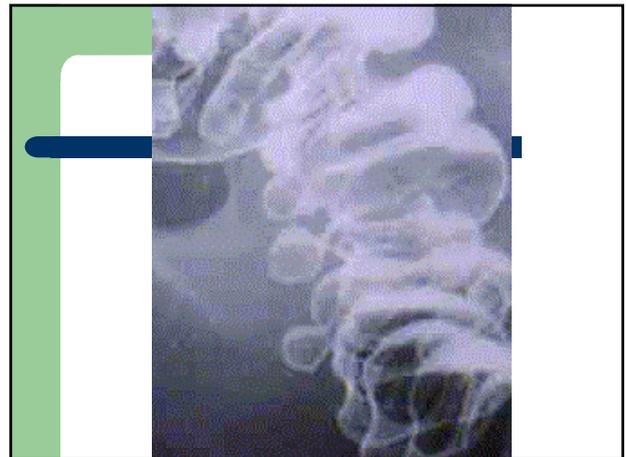
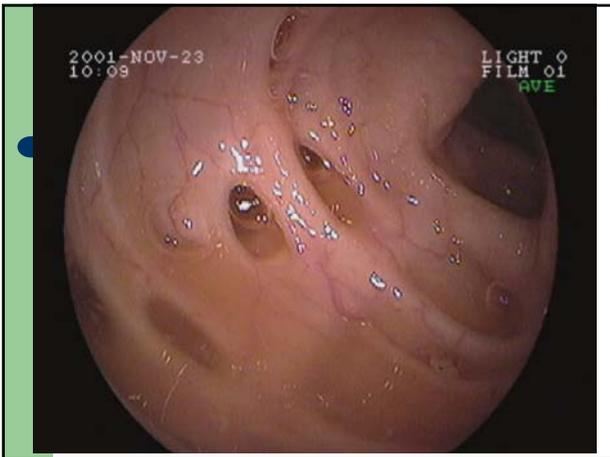
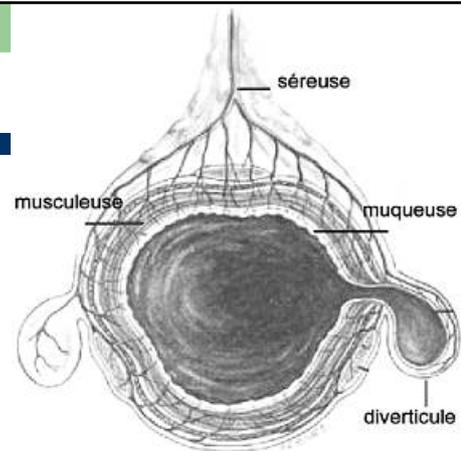
- Règles hygiéno-diététiques:
 - Activité sportive
 - Régime alimentaire équilibré:
 - Repas réguliers, heure fixe,
 - Boissons abondantes, Fibres
 - Minimum 5 fruits et légumes par jours
 - Hygiène défécatoire ++
- Médicaments: laxatifs haut et bas

Constipation – Complications

- Toutes les complications de l'hyperpression abdominale chronique:
 - Hernies,
 - Hémorroïdes et fissures annales
 - Diverticules coliques,
 - TFI

Diverticules coliques

- Définition:
 - Hernie de la muqueuse et de la muscularis mucosae à travers une déhiscence de la musculature.
- Physiopathologie: Constipation chronique



Diverticules coliques

- Fréquente ++++
- Asymptomatiques
- Découverte fortuite par coloscopie,
- Traitement: régime riche en fibres
- Complication = Sigmoidite

Diverticulite sigmoïdienne aiguë

- Appelé aussi Sigmoidite
- Complique 25 % des diverticuloses

Diverticulite sigmoïdienne aigüe

- Clinique:
 - Tableau d'appendicite GAUCHE chez un homme de plus de 40 ans ++

Sigmoïdite – examens complémentaires

- Scanner abdomino-pelvien en URGENCE avec opacification digestive et vasculaire
 - Confirme le diagnostique
 - Recherche complications: abcès, fistule, fuite
- CI à coloscopie !!!

Sigmoïdite - traitement

- Prise en charge médico-chirurgicale +++

Sigmoïdite - traitement

- Médicale:
 - Hospitalisation
 - Traitement symptomatique
 - ATB large spectre active sur BGN et anaérobies
 - Régime sans résidus
 - Surveillance ++

Sigmoïdite - traitement

- Chirurgicale
 - En urgence si douleur +++ ou complications
 - Sigmoïdectomie + Hartman
 - Au décours (2-3 mois) pour prévenir les récurrences
 - Après 2 poussées ou si 1 poussée avant 50 ans
 - Sigmoïdectomie + anastomose directe.

Sigmoïdite - Complications

- 2 fréquentes:
 - Perforation et péritonite
 - Abcès peri-sigmoïdien
- 3 complications rares:
 - Fistules
 - Sténose sigmoïdienne et occlusion
 - hémorragie

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES de l'INTESTIN (MICI)

- Maladie de Crohn
- Rectocolite Hémorragique

Maladie de Crohn

- Définition:
 - Inflammation intestinale chronique de cause inconnue,
 - Peut atteindre tout segments du tube digestif
 - Évolue par poussée
- Épidémiologie
 - Début entre 15 et 30 ans
 - 10% de formes familiales

Maladie de Crohn - Clinique

- AEG, anorexie, fièvre,
- Diarrhée chronique +/- rectorragie
- Douleurs abdominales
- Atteinte ano-périnéale: fissures, abcès...
- Atteintes extra digestives:
 - Ostéoarticulaires
 - Cutanéomuqueuse (erythème noueux, ulcérations buccales)
- Évolue par poussées

Maladie de Crohn – examens complémentaires

- Syndrome inflammatoire biologique ++
- Échographie abdominale
- Endoscopie digestive haute et basse + biopsies !!
 - Diagnostic,
 - extension,
 - sévérité++,
 - surveillance

Maladie de Crohn - Traitement

- Toujours:
 - Soutien psychologique ++
 - Arrêt tabac
- Au cours des poussées:
 - Régime sans résidus
 - Salicylés (per os ou en lavement)
 - Corticoïdes
 - +/- ATB

Maladie de Crohn - Traitement

- Formes chroniques:
 - Immunosuppresseurs
- Chirurgie: réservé aux formes graves avec complications
- Surveillance coloscopique régulière

Maladie de Crohn - Complications

- Colite grave ++
- Sténose, fistules, abcès
- Hémorragies, perforations,
- Retard staturo-pondéral chez l'enfant,
- Grêle court
- Dégénérescence maligne au long cours

Colite Grave

- Clinique: AEG, fièvre
- Abdomen douloureux ++
- Faire ASP ++
- Diagnostique coloscopique (ulcérations étendues)
- Urgence thérapeutique !!
- Score pronostique de TRUELOVE
 - Nbres de selles, $\theta > 38$, FC > 90 , VS > 30 , anémie < 10

Rectocolite Hémorragique

- Inflammation intestinale chronique de cause inconnue et évoluant par poussée
- Forme habituelle:
 - Rectosigmoidite de faible à moyenne intensité

Rectocolite Hémorragique

- Examens complémentaires:
 - Iléocoloscopie + biopsies et examen anatomopathologique +++

Rectocolite Hémorragique - Traitement

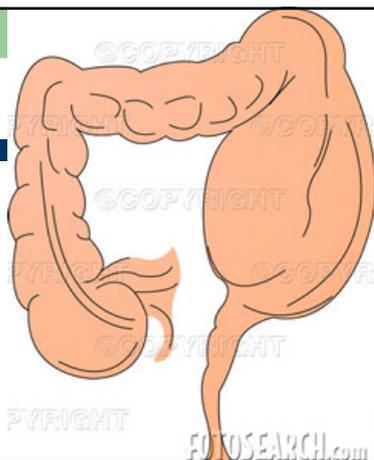
- Au cours des poussées:
 - Régime sans résidus
 - Salicylés (per os ou en lavement)
 - Corticoïdes
 - +/- ATB
- Si sévère:
 - Hospitalisation
 - Alimentation parentérale
 - ATB IV + CTCD +/- immunosuppresseurs

Rectocolite Hémorragique - Traitement

- Traitement radical:
 - Coloproctectomie totale avec anastomose iléo anale.
 - Permet une guérison définitive
 - Réservé aux formes graves avec échec du traitement médical intensif.

Rectocolite Hémorragique - Complications

- Colectasie ou Mégacolon
 - État pré perforatif définie par l'ASP
- Perforation
- Hémorragie
- Sepsis
- Dégénérescence carcinomateuse



Cancer Colo-Rectal

- 1^{er} cancer digestif
- Age moyen = 65 ans
- Localisation
 - Sigmöïde dans 45%
 - Rectum dans 30%
- Anapath: Adénocarcinome Liberkuhnien

Cancer Colo-Rectal - Clinique

- AEG,
- Douleurs abdo
- Réctorragie – Melena
- Trouble du transit
- Syndrome rectal (faux besoin, empreinte, tenesmes...)

Cancer Colo-Rectal

- TOUCHER RECTAL +++++
 - Perçoit la lesion si son pole inferieur est < 8cm de la marge anale
 - Siège,
 - Extension locale
 - Carcinose péritonéale

Cancer Colo-Rectal

- Coloscopie ++++
 - Visualise la tumeur
 - Précise son siège
 - Biopsies multiples
 - Examine le reste du cadre colique

Cancer Colo-Rectal

- Bilan d'extension:
 - TDM thoraco abdomino pelvien
 - Echo endoscopie rectale
- Marqueurs tumoraux pour le suivi:
 - ACE

Cancer Colo-Rectal - Dépistage

- Si ATCD familiaux de K < 60 ans:
 - Coloscopie tous les 5 ans des 45 ans
- TR tous les ans des 50 ans
- Hemocult tous les 2 ans

Cancer Colo-Rectal - Traitement

- Chirurgicale ++
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

- Indication selon la classification TNM

États pré cancéreux

- Polypes adénomateux
 - 90% des cancer colo rectaux
- Poly-adénopathie familiale
- Cancer colo rectal héréditaire sans polypose
- MICI

PROCTOLOGIE

- Pathologie Hémorroïdaire

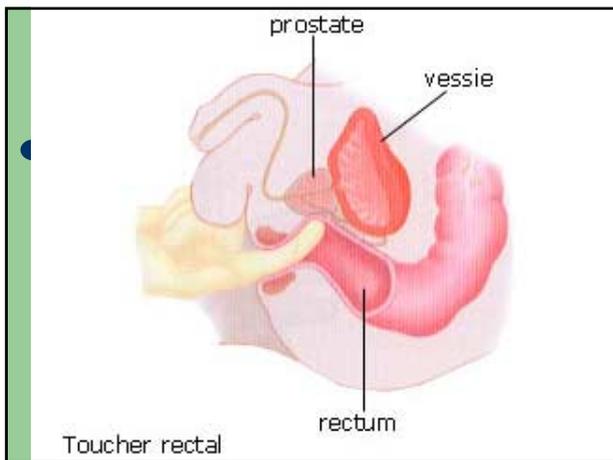
- Fissures

Hémorroïdes

- TRES fréquent !!! 30% des adultes
- FDR:
 - Constipation
 - Effort de poussée
 - Grossesse
 - Périodes menstruelles
 - Obésité
 - Station assise prolongée

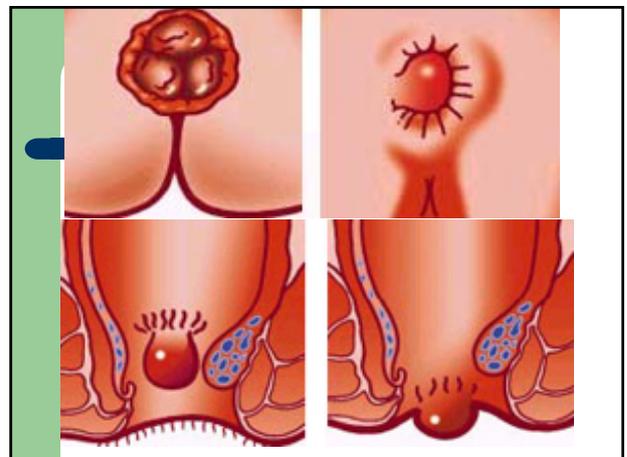
Examen proctologique

- Position genu pectorale
- Inspection
- TR
- Recherches d'adénopathies inguinales
- Anuscopie
- Coloscopie



Hémorroïdes

- Bien distinguer
 - hémorroïdes externes
 - Hémorroïdes Internes



Hémorroïdes Externe

- Diagnostic évident
- 1 complication: la THROMBOSE
 - Douleur anale brutale, intense, continue + tuméfaction bleutée



Hémorroïdes Externe - traitement

- Évolution naturelle en 7 jours
- Sinon:
 - Excision et évacuation sous AL
 - Régularisation du transit
 - AINS

Hémorroïdes Interne

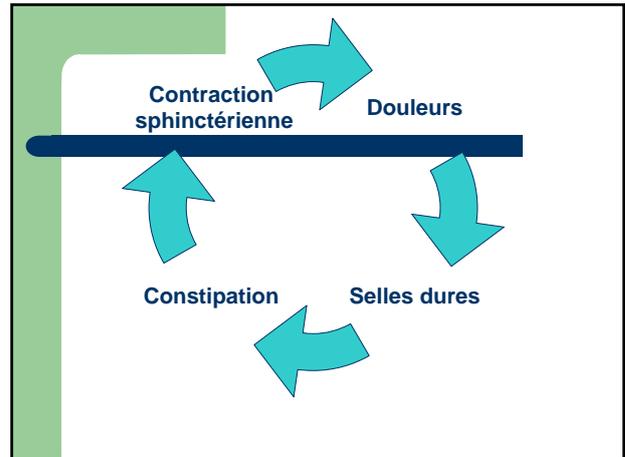
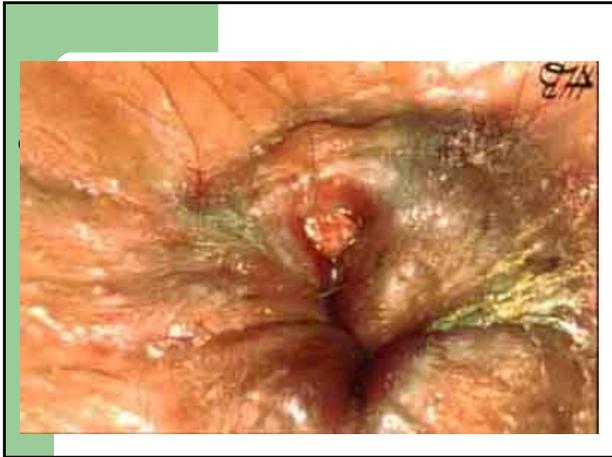
- 3 manifestations:
 - Hémorragie de fin de défécation
 - Procidence hémorroïdaire
 - Douleurs (gêne, pesanteur, thrombose...)

Hémorroïdes Interne - Traitement

- Régularisation du transit
- Veinotoniques
- Topiques
- Chirurgical:
 - Photo coagulation infrarouge
 - Ligature élastique

Fissure Anale

- Fréquent +++
- Clinique:
 - Syndrome fissuraire en 3 temps
 - Réctorragie
- 2 signes:
 - Ulcération superficielle du canal anal
 - Contracture douloureuse du sphincter anal



Fissure Annale - Traitement

- Régularisation du transit
- Topiques
- Antalgiques