



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 30 - Pathologies uro- néphrologiques et digestives

Pathologies digestives partie 1

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par PERAL MARIE à partir du cours du Pr Louis BUSCAIL présenté le 15 novembre 2023.

Pathologies digestives partie 1

I. Rappels

Le tube digestif part de la bouche pour aller jusqu'à l'anus. Il comprend tous les organes dans lesquels va passer le bol alimentaire ainsi que les glandes annexes (foie et pancréas).

L'abdomen est divisé en 9 parties (schéma ci-contre à connaître). Ce découpage est important car quand on cible les symptômes pour une maladie, ils vont correspondre à l'une de ces parties.

La plupart des épithéliums qui recouvrent le tube digestif sont des épithéliums glandulaires qui sécrètent, car le tube digestif est composé essentiellement de glandes (glandes gastriques, glandes de l'intestin et du colon, pancréas et foie...). Il y a deux exceptions : l'oesophage et l'anus, qui sont des épithéliums de revêtement épidermoïde.

Tout le tube digestif est pourvue de cellules endocrines qui sécrètent des hormones. Il peut donc potentiellement avoir des pathologies endocrine.

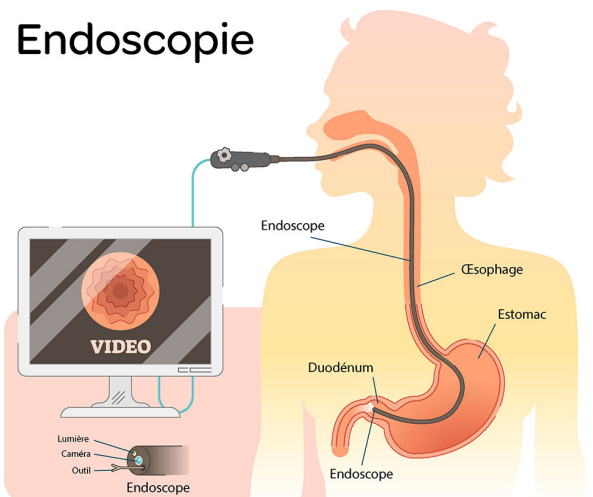
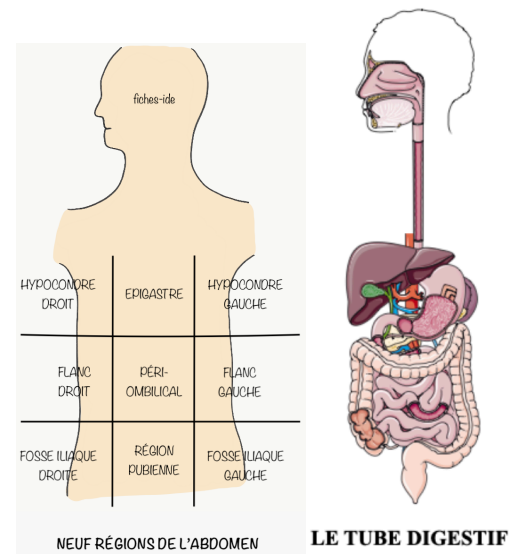
Les grands symptômes du tube digestif sont : les douleurs aiguës et chroniques, des diarrhées aiguës et chroniques, des ictères coloration jaune des téguments et des yeux), l'amaigrissement, l'anémie, ou bien des carences. L'interrogatoire du patient est primordial pour le diagnostic. Les urgences du tube digestif sont : les hémorragies (hématémèse et/ ou méléna, rectorragies), les occlusions, les péritonites, les pancréatites, les diverticulites (inflammation des diverticules du colon), les ischémies... Il y a deux types d'exploration : l'endoscopie diagnostique (on regarde à l'intérieur) ou thérapeutique (on enlève des calculs ou des tumeurs, drainer...) et les radiologies (l'échographie qui est l'examen de première intention, le scanner, l'IRM abdominal, la scintigraphie notamment le TEP scanner). Les traitements sont symptomatiques (traiter la douleur, les troubles...) et étiologiques (traiter la cause).

Endoscopies diagnostiques :

- Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies : oesophage, estomac et duodénum
- Coloscopie et plus ou moins iléoscopie avec biopsies : côlon et iléon
- Echoendoscopies haute et basse avec éventuellement une ponction
- Cholangiopancréatographie per-endoscopique (CPRE)
- Vidéocapsule grêle et côlon : cachet qu'on avale
- Entéroscopie

Endoscopies thérapeutiques :

- Hémostase (injections, ligature, clips..)
- Polypectomie, mucosectomie, dissection sous-muqueuse
- Dilatation
- Prothèse (digestives, biliaires, pancréatiques)
- Extraction de calculs biliaires, drainage collection...

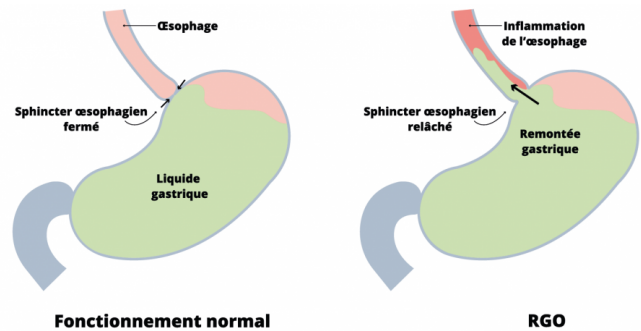


Les conditions de réalisation d'une endoscopie sont les suivantes : information éclairée (papiers informatifs et temps pour les questions), préparation et consultation de pré-anesthésie, le patient doit être à jeun, pose de perfusion, identitévigilance, salle et matériel adapté, fluides (O2...) et personnel dédié (endoscopie et anesthésie), surveillance per et post-geste, gestion des complications, visite de sortie, compte rendu détaillé.

II. Reflux gastro-oesophagien (RGO)

C'est une pathologie fréquente qui concerne 15 à 20% de la population. Les facteurs de risques sont l'obésité, le tabac, l'alcool... Physiopathologie : le contenu de l'estomac remonte dans l'oesophage, c'est ce qu'on appelle un reflux gastro-oesophagien. La plupart du temps (90%) il s'agit d'un reflux acide, il est la conséquence d'une mauvaise position ou bien de problèmes anatomiques le plus souvent. Dans des cas particuliers, il y a une hernie hiatale, c'est-à-dire que l'estomac remonte dans le thorax soit par glissement (la plus fréquente), soit par roulement. Il y

a fréquemment des signes cliniques, une inflammation à cause de l'acide qui part dans l'oesophage, et une métaplasie « endobrachyoesophage » (une partie de la muqueuse gastrique est entraînée dans l'oesophage).



a. Symptômes

Le RGO typique est celui qu'on appelle le pyrosis postural, car la brûlure est accentuée en fonction de la posture.

Les RGO atypiques provoquent des douleurs qui sont au niveau du pharynx, une toux chronique, une voix enrouée, des signes buccaux (douleur le matin comme si on avait une angine), des douleurs thoraciques, et parfois rien (asymptomatiques).

Il y a d'autres types de RGO qui sont plus rares et qui provoquent de l'anémie et une hématurie, ou une dysphagie (= déglutition normale mais sensation de blocage de l'aliment, pas forcément douloureux).

b. Complications

La première complication est l'oesophagite, du stade 1 au stade 3, avec parfois une sténose peptique (l'oesophage rétrécit).

L'une des complications peut également être l'endobrachyoesophage (EBO) : il y a une métaplasie de la muqueuse gastrique, elle fait le lit de la dysplasie (anomalie de formation de l'oesophage) et du cancer.

D'autres complications peuvent être les cancer développés sur les EBO, ou bien des régurgitations et des inhalations.

c. Explorations

La première exploration utilisée est l'endoscopie. Elle est importante car elle permet de voir, de mesurer et de faire une biopsie qui nous donne ensuite l'anatomopathologie.

On peut utiliser la PH-métrie (rare) : il s'agit d'un capteur de PH qu'on fait avaler au patient, il le garde pendant 24h ce qui permet de voir s'il y a des remontées d'acide, si c'est concomitant au repas, ou bien à la position... On utilise la PH-métrie quand on a des problèmes d'équilibration du traitement.

Il existe aussi l'impedencemétrie (mesure le flux de liquide dans l'oesophage) et la manométrie oesophagienne (capteur qu'on utilise quand on pense qu'il y a des contractions de l'oesophage ou des troubles moteurs).

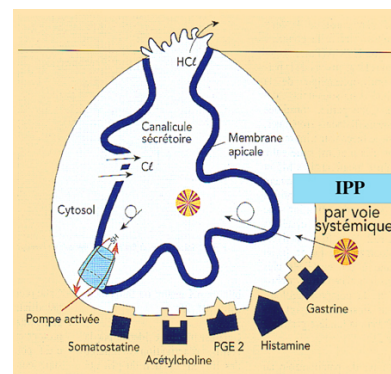
d. Traitement

Les règles hygiéno-diététiques sont primordiales : ne pas fumer, ne pas boire d'alcool, éviter la nourriture épicée, éviter de se pencher en avant, éviter de faire la sieste ou de se coucher directement après le repas...

Les médicaments utilisés sont les inhibiteurs de pompe à protons (IPP), des alginates, des antiacides (Ph+Al-).

Le dernier traitement est la chirurgie.

Quand le patient est jeune, on ne fait pas d'endoscopie mais un traitement est prescrit durant un à deux mois. Si le sujet à plus de 50 ans ou qu'il y a des signes d'alerte (dysphagie, douleurs importantes, amaigrissement...) : on fait une endoscopie, on traite avec des inhibiteurs de la pompe à protons pendant 2 mois ainsi que des alginates et des antiacides. S'il y a une EBO, on laisse les IPP et on surveille graphé à une endoscopie tous les 1 à 2 ans. La chirurgie est très rare mais on la propose si les patients résistent au traitement.

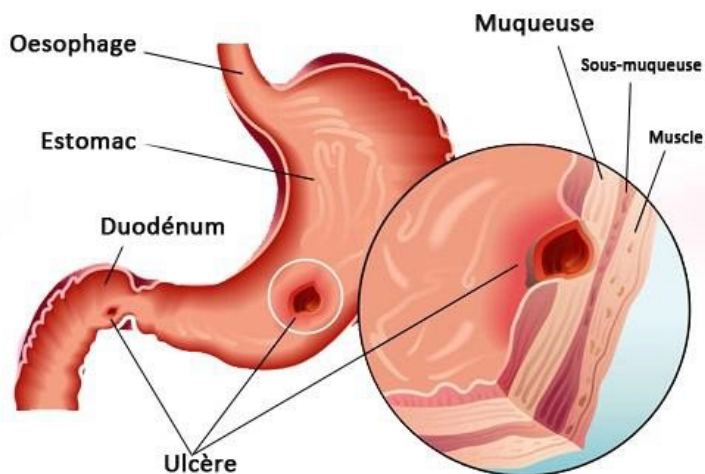


III. Ulcère gastro-duodéal (UGD)

C'est la maladie de l'acide avec l'hélicobacter pylori. Il a été démontré que l'acidité est due à la présence d'une bactérie au niveau de l'estomac, l'hélicobacter pylori, qui fait partie des muqueuses gastriques. Cette bactérie peut être inoffensive mais peut aussi être à l'origine d'une hyperacidité, d'une inflammation, d'une gastrite. Elle est responsable de l'UGD.

C'est également la maladie du stress.

Il y a aussi une hormone appelée la gastrine. L'aspirine et les AINS sont des facteurs d'UGD. Le tabac est un grand sécréteur d'acide, ainsi que l'alcool.



L'ulcère duodéal (le plus fréquent) est lié à l'hélicobacter pylori. L'ulcère gastrique est due à une défense gastrique altérée (avec l'âge, certains médicaments...).

Les conséquences sont les symptômes provoqués par l'UGD, les complications et l'altération de la qualité de vie.

a. Symptômes

Les symptômes typiques de l'ulcère duodéal : faim douloureuse, nausées, vomissement...

Les symptômes typiques de l'ulcère gastrique : douleurs post-prandiales, nausées...

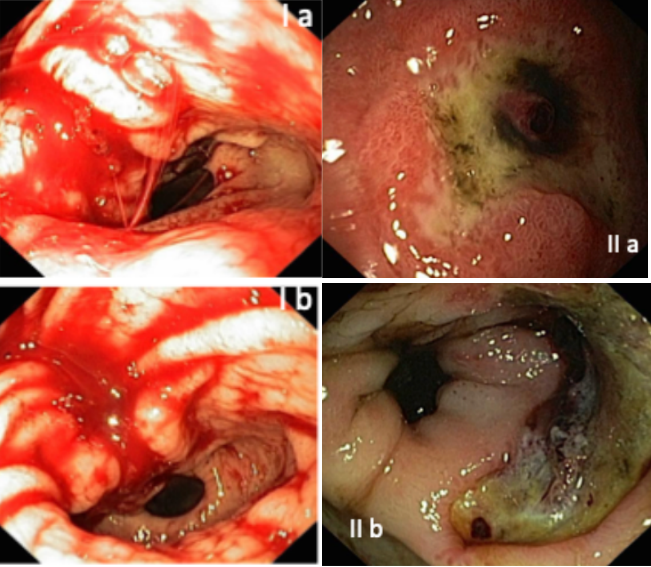
Les symptômes atypiques sont la dyspepsie ou bien lorsqu'il n'y a aucun symptôme.

Les complications sont :

- Les hémorragies digestives haute (hématémèse = rejet de sang par la bouche / méléna = rejet de sang digéré dans les selles), hémorragies macro ou micro (aspirine, AINS, anticoagulants) => anémie ferriprive hypochrome microcytaire
- Perforation
- Cancérisation de l'estomac (jamais au duodénum)
- Sténose du pylore (rare)

Il existe une classification pour les hémorragies : classification de Forrest (pas à apprendre)

CLASSIFICATION DE FORREST	
Classe	Description
I a	Hémorragie active en jet (artériel). Risque de récurrence hémorragique : 55%. Mortalité : 11%.
I b	Hémorragie active en nappe. Risque de récurrence hémorragique : 55%. Mortalité : 11%.
II a	Hémorragie récente non active, vaisseau visible. Risque de récurrence hémorragique : 40%. Mortalité : 11%.
II b	Hémorragie récente non active, caillot adhérent. Risque de récurrence hémorragique : 22%. Mortalité : 7%.
II c	Hémorragie récente non active, tâches pigmentées. Risque de récurrence hémorragique : 10%. Mortalité : 3%.
III	Pas de signe hémorragique, cratère propre. Risque de récurrence hémorragique : 5%. Mortalité : 2%.



b. Traitement

Les règles hygiéno-diététiques sont toujours les mêmes : arrêter le tabac et l'alcool, éviter de manger trop gras ou trop épicé...

Les médicaments : les IPP 4 semaines pour les ulcères duodénaux et jusqu'à 8 semaines pour les ulcères gastriques. On pratique une biopsie au moment de l'endoscopie pour détecter l'hélicobacter pylori, si c'est positif on traite grâce à des antibiotiques ou une quadrithérapie bismuth (spécifique à cette bactérie, dure 10 jours).

S'il y a un antécédent d'ulcère sous AINS on laisse les traitements en permanence. S'il y a des antécédents d'hémorragies d'ulcère on laisse les IPP.

Le suivi de l'ulcère gastrique se fait grâce à un contrôle endoscopique avec biopsies si l'ulcère persiste. Si l'ulcère ne guérit pas, on opère (car risque de cancer). Pour l'ulcère duodénal, il n'y a pas de contrôle particulier, on se fie à la clinique. Pour vérifier que l'hélicobacter pylori ai bien été éradiquée, on pratique un test respiratoire indirect 1 mois après.

IV. Les cancers digestifs

Les cancers les plus fréquents sont importants.

Les cancers digestifs représentent 25% des cancers. La plupart des cancers sont en augmentation, il est donc important de faire de la prévention des facteurs exogènes (alcool, tabac, alimentation) et des formes génétiques ou des diagnostics précoces des lésions précancéreuses. Les traitements sont médicaux (chimiothérapies, biothérapies, immunothérapie) ou chirurgicaux. Les soins de support correspondent à toute l'aide qu'on pourra apporter aux patients en tant que soignant : traiter la douleur, aide au niveau nutritionnel (sarcopénie = perte de poids), aide psychologique, aide aux proches des patients... Les traitements palliatifs sont des types d'aide aux patients qui sont en soins palliatifs, on traite notamment la douleur, le tube digestif, la dépression...

La classification TNM (Tumeur-Ganglion-Métastase) : c'est une classification anatomopathologique qui influence le traitement et le pronostic :

- T = tumeur : « in situ (au début), T1, T2, T3, T4 » (notion de cancer superficiel = T1)
- N = ganglions métastatiques : N0 (aucun), N1 et N2

- M = métastases à distance : M0 (aucune), M1 (il y en a), Mx (on ne sait pas)

a. Cancer de l'oesophage

L'incidence est de 5400 par an, le taux est de 1,6 à 6 pour 100 000 habitants. Il y a deux contextes de cancer de l'oesophage : l'alcool-tabagisme, cancer épidermoïde (cancer de revêtement) et l'endobrachyoesophage, provoque l'adénocarcinome. En France, c'est l'alcool-tabagisme qui est le plus fréquent. 16% de survie après 5 ans pour la femme et 20% pour l'homme. Le pronostic est bon pour les adénocarcinomes superficiels.

1) Les symptômes

Les symptômes typiques sont la dysphagie logique (mauvaise déglutition au début avec les solides puis avec les liquides). Les symptômes atypiques sont le RGO banal, des douleurs thoraciques, un ganglion cervical... Il peut s'agir également d'un dépistage chez un alcool-tabagique, d'un suivi d'EBO dysplasique, d'anémie et d'hématémèse, de métastases...

2) Le diagnostic

Le premier type de diagnostic utilisé est l'endoscopie avec biopsies (voir, mesurer, situer). On fait ensuite un bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien, echoendoscopie, fibroscopie bronchique, examen ORL, bilan général.

3) Traitements

Traitements curatifs : il dépend du stade du cancer, si c'est un début de cancer il peut y avoir une chirurgie précédée souvent de radio-chimiothérapie, ou bien une radio-chimiothérapie exclusive si les patients ne sont pas opérable.

Traitements palliatifs : concernent les cancers de stade 4 avec un mauvais état général. On pose une prothèse, on fait une dilatation, gastrostomie pour l'alimentation. Il peut y avoir des radiothérapies-chimiothérapies palliatives (mais ne marche pas tout le temps).

Traitements endoscopiques : concernent les cancers superficiels, on dissèque pour enlever la tumeur ou bien on fait une mucosectomie. Ce traitement est intéressant pour les petites lésions cancéreuses afin d'éviter la chirurgie.

Les résultats sont bons pour les T1, les T2 et les N0.

4) Prévention

Dépistage endoscopique :

- EBO tous les ans voire tous les 2 ans
- EOA épidermoïde : endoscopie chez les alcool-tabagiques
- Consultations ORL et stomato

Prévention primaire : sevrage tabac et alcool, traitement correct du RGO.

Cancers et pathologies associées : poumons, larynx, ORL, bouche, langue, vasculaire...

V. Cancer de l'estomac

L'incidence est de 8 300 nouveaux cas par an avec un taux de 2,6 à 11 sur 100 000 habitants. Il y a des lésions précancéreuses : gastrite chronique atrophique « métaplasie, dysplasie... », polyadénome gastrique, ulcère gastrique, maladie de Biermer et infection à *Helicobacter pylori* (HP). Au niveau histologique il y a des adénocarcinomes ++, des lymphomes (MALT par infection à HP), des tumeurs neuro endocrines et des tumeurs stromales. Le pronostic de survie est de 27 à 30% au bout de 5 ans.



a. Symptômes et circonstances

Les symptômes typiques sont : anorexie, altération de l'état général, anémie, phlébite profonde spontanée, nausées et vomissements, douleurs épigastriques, ganglion sus claviculaire gauche (ganglion de Troisier) et anémie chronique.

Les symptômes dans d'autres circonstances : on effectue un dépistage chez les patients qui ont une gastrite ou des RGO, s'il y a des hématuries et/ ou des méléna et s'il y a des métastases (foie, os, péritoine...).

Les symptômes dans le cas particulier du cancer du cardia : dysphagie, douleurs épigastriques, anorexie, altération de l'état général, anémie, phlébite profonde, ganglion de Troisier...

b. Diagnostic

On pratique une endoscopie avec biopsies (statut HER2) :



Bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien, TEP scanner, echoendoscopie (cardia), bilan général et bilan per-opératoire.

c. Traitement

Traitement curatif :

- Chirurgie précédée ou non de chimiothérapie/ biothérapie
- Radio-chimiothérapie (cardia) puis chirurgie
- Chirurgie puis chimiothérapie adjuvante

Traitement palliatif : chimiothérapie, soins de support, soins palliatifs.

d. Prévention

On prévient le cancer de l'estomac grâce à l'endoscopie : lors de gastrites chroniques (antre, fundus), lésions précancéreuses = polypes, endoscopie si symptômes.

La prévention primaire permet la diminution de la fréquence, l'éradication de l'infection à HP, prévenir le tabac et l'alcool.

Il y a une forme familiale (rare) : mutation E-cadhérine.

VI. Cancer colo-rectal

L'incidence est de 47 300 nouveaux cas par an, avec un taux de 25 à 30 / 100 000 habitants. C'est le deuxième cancer le plus fréquent chez les hommes et les femmes. Il y a différents types de lésions précancéreuses et formes génétiques : les polypes (excroissance de la muqueuse) et tumeurs villosités (champignons), rectocolite hémorragique et maladie de Crohn et les syndromes génétiques comme la PAF (APC) et le syndrome de Lynch (dMMR). Au niveau histologique, on observe des adénocarcinomes ++, des tumeurs neuro endocrines (notamment au niveau de l'appendice), ainsi que des lymphomes. Le pronostic de survie est de 62 à 65% après 5 ans. Il y a de plus en plus de cancers colo-rectaux mais on les guérit de plus en plus grâce à un dépistage et des traitements efficaces.

a. Symptômes et circonstances

Les symptômes typiques sont :

- Au niveau du côlon droit : constipation et anémie
- Au niveau du côlon gauche : troubles du transit, occlusion et rectorragies (= sang dans les selles)
- Au niveau du rectum : syndrome rectal = épreintes (douleurs quand le rectum se contracte), ténésmes et rectorragies

Autres circonstances : dépistage par coloscopie car il y a des antécédents ou bien dépistage par test fécal. Il peut y avoir des métastases au niveau du foie et du péritoine, une altération de l'état général, un syndrome génétique connu dans la famille (dépistage ++). Il faut faire une surveillance : maladie de Crohn et acromégalie.

Dans tous les cas, s'il y a des signes digestifs récents on fait une coloscopie automatique.

b. Diagnostic

L'examen clinique au niveau du rectum se fait par touché rectal. On le fait si le patient se plaint d'une masse, hépatomégalie (cancer métastatique)... Le cancer du rectum est un moins bon pronostic que le cancer du colon.

On peut effectuer une endoscopie avec biopsies.

On pratique un diagnostic per-opératoire s'il y a une occlusion colique.

Bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien, IRM et echoendoscopie pour le rectum, bilan général (+ dosage du marqueur ACE), bilan per-opératoire « foie, ganglions ».

c. Traitement

Curatif : chirurgie et éventuellement une chimiothérapie adjuvante (après la chirurgie s'il y a des ganglions) s'il s'agit d'un cancer de stade 3.

Cas particulier : si c'est le bas et le moyen rectum qui sont touchés, il faut effectuer une radiochimio pré-opératoire si EUS/IRM T3 et/ou N1. Le haut rectum est quant à lui traité comme le côlon gauche.

Palliatif : chimiothérapie, biothérapie, immunothérapie (dMMR), traitements des métastases (péritoine, foie), soins de support et palliatifs.

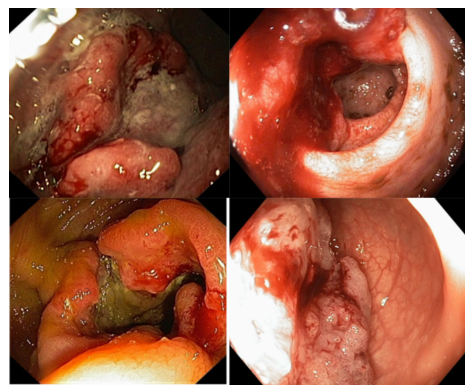
d. Dépistage et prévention

On pratique un dépistage de masse sur toute la population, il ne nécessite pas d'antécédents. Ce dépistage consiste à rechercher du sang dans les selles pour les personnes entre 50 et 74 ans (FIT test).

Le dépistage cible vise les personnes avec des antécédents personnels et familiaux de polypes et de cancers, des maladies génétiques, des MICI...

La prévention se fait sur l'alimentation, l'alcool, l'exercice physique, l'obésité, avec un diagnostic et une exérèse de polypes coliques.

La forme particulière du cancer de l'anus (rare) concerne les patients immunodéprimés ou atteints d'une infection à HPV.



VII. Cancer du foie

L'incidence est de 11 600 nouveaux cas par an. Le taux est de 3 à 12 sur 100 000 habitants. Le foie de cirrhose « OH, HVC, HVB, hémochromatose, NASH... » est primitif tandis que les métastases sont secondaire. Au niveau

histologique, on retrouve des hépatocarcinomes, des cholangiocarcinomes, des métastases à analyser pour leurs marqueurs qui orientent vers un primitif. Le pronostic de survie est de 18% après 5 ans.

a. Symptômes et circonstances

S'il y a une cirrhose connue, il faut surveiller pour éviter l'apparition de nodules hépatiques. Si la cirrhose est non connue, il peut y avoir une perturbation du bilan hépatique, une décompensation « ascétique, encéphalopathie... », une masse compressive, un ictère, une thrombose portale, une métastase (péritoine, ganglions, poumon, os, cerveau...). Les cancers secondaires avec un bilan primitif connu atteignent le système digestif, le sein, les poumons, les reins, la sphère ORL, tumeurs neuro-endocrines... Si le cancer secondaire est fortuit : altération de l'état général, perturbations du bilan hépatique, examen d'imagerie pour autre indication...

b. Diagnostic

En imagerie on utilise l'échographie et l'échodoppler. Le scanner avec injection d'iode, l'IRM. On pratique une biopsie si le scanner ou l'IRM sont atypiques, et une biopsie des métastases s'il y a un doute avec d'autres lésions hépatiques ou si c'est un cancer primitif connu. Bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien ainsi que d'autres examens en fonction des symptômes.

c. Traitement

Curatif : il y a le primitif = chirurgie, transplantation et thermoablation, et le secondaire = pour certains cancer comme les tumeurs neuro-endocrines ou le cancer du colon, les traitements sont peu nombreux et on ne guérit pas la plupart du temps.

Palliatif : biothérapies, immunothérapies, chimioembolisation, la plupart des métastases.

d. Dépistage et prévention

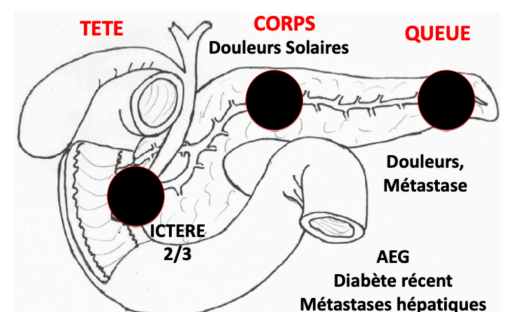
Le dépistage cible est la surveillance des cirrhoses par échographie et alpha-foeto protéine tous les 6 mois. On prévient ce cancer par traitement de la cirrhose, mais le risque persiste même si les lésions sont « fixées ».

VIII. Cancer du pancréas

L'incidence est de 15 000 nouveaux cas par an, avec un taux de 8 à 11 pour 100 000 habitants. C'est la deuxième cause de mortalité par cancer. L'épidémiologie est peu connue, il y a des lésions précancéreuses : kystes mucineux (cystadénomes, TIPMP). Au niveau histologique on observe des adénocarcinomes dans 90% des cas ainsi que des tumeurs neuro-endocrines. Le pronostic de survie est de 10 à 13% au bout de 5 ans.

a. Symptômes et circonstances

Il y a 3 parties dans le pancréas : la tête, le corps et la queue. Quand le cancer touche la tête, les patients ont la jaunisse (ictère), car le cancer comprime les voies biliaires. Quand le cancer touche corps, les patients ont des douleurs solaires, ce sont des douleurs très importantes épigastriques à radiation postérieure (atteignent le plexus solaire). Quand le cancer touche la queue, le patient a des douleurs et des métastases. Pour un cancer du pancréas, on observe une altération de l'état général, un diabète récent et des métastases hépatiques.



b. Diagnostic

On fait le diagnostic du cancer du pancréas par imagerie : échographie, scanner et échoendoscopie. On fait une biopsie sous échoendoscopie ou une biopsie de métastases hépatiques ou péritonéales. On peut pratiquer un bilan d'extension grâce à un scanner TAP APC et une échoendoscopie au moment per-opératoire.

c. Traitement

Curatif : chirurgie (seulement 15% des patients peuvent être opérés d'un cancer du pancréas curatif), plus ou moins précédée de chimiothérapie ou de radiochimiothérapie.

Palliatif : chimiothérapie ou soins de support et palliatif.

Il n'y a pas de prévention des lésions précancéreuses ou de formes génétiques. L'alcool n'est pas un facteur de risque, le tabac est un facteur minime.

IX. Cas particulier des tumeurs neuro endocrines

Les cellules neuro-endocrines se retrouvent un peu partout (estomac, duodénum, pancréas, iléon, rectum...), surtout dans l'appendice (25% des tumeurs neuro-endocrines). Les tumeurs neuro-endocrines peuvent être sécrétrices, elles sont découvertes la plupart du temps de manière fortuite. Elle sont rare mais il y a un bon pronostic grâce à un bon traitement.

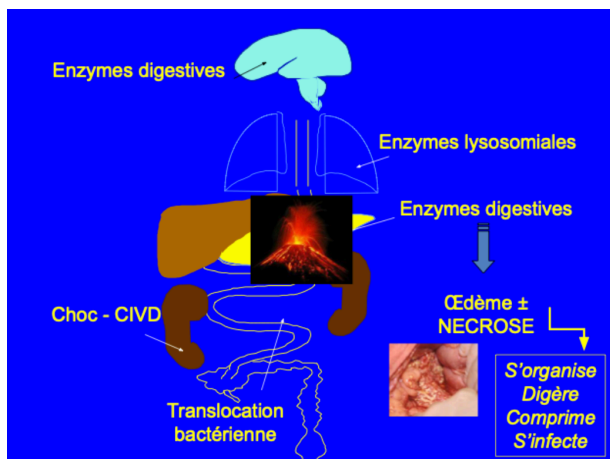
X. Les maladies du pancréas exocrine

a. Généralités

Les maladies du pancréas exocrine peuvent être des inflammations comme des pancréatites aiguës, chroniques ou auto-immunes, des tumeurs kystiques ou des maladies génétiques.

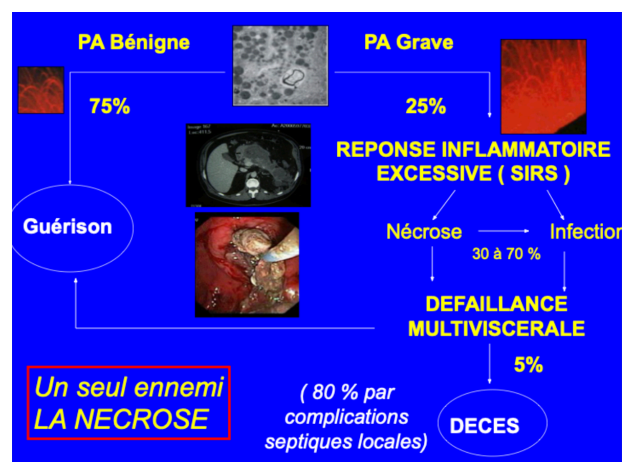
b. Pancréatite aiguë

Quand la maladie est bénigne il n'y a pas de défaillance d'organe ni de complications. Si la maladie est modérément sévère il y a une défaillance d'organe résolue en 48h, une complication locale ou systémique mais sans défaillance d'organe persistante. Si la maladie est sévère, il y a une défaillance de plus de 48h et/ ou elle est multiple et il y a des complications (nécrose du pancréas).



Mécanisme : les enzymes digestives provoquent des oedèmes et une nécrose. Il y a une compression. Des translocations bactériennes peuvent provoquer des infections. La CIVD (enzymes nosomiales) qui attaquent les poumons et le cerveau.

75% de pancréatites aiguës sont bénignes, il y aura donc une guérison. 25% des pancréatites aiguës sont graves à cause de la nécrose. Il y a une infection et les enzymes digestives digèrent directement le pancréas (nécrose).

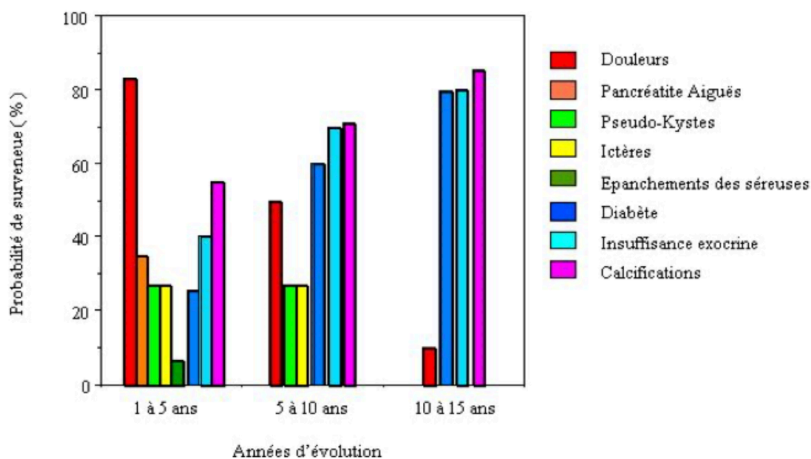


Les causes : elles sont essentiellement biliaires (30 à 40% des cas) car le calcul migre dans les voies biliaires provoquant ainsi une pancréatite aiguë. Les autres causes sont l'alcool chronique, les médicaments, formes idiopathiques, ou bien il n'y a pas de cause (15% des pancréatites aiguës, plus d'un cancer sur 10)...

Signes et diagnostic : les patients présentent des douleurs épigastriques brutales, des vomissements, une lipase sanguine supérieure à 3 fois la normale. Si la pancréatite est non compliquée, le diagnostic se fait à jeun, une CRP et une SIRS sont prélevées, il y a une administration d'une perfusion de 3L et des antalgiques palier II et III. Une tomodensitométrie doit être réalisée dans la 72 à 96 heures. Il y a une surveillance clinique et biologique et une réalimentation s'il n'y a plus de douleur. Si la pancréatite aiguë est causée par des calculs biliaires, il faut de suite enlever la vésicule biliaire (risque de récurrences ++). Elle se diagnostique grâce à une biologie et une échographie.

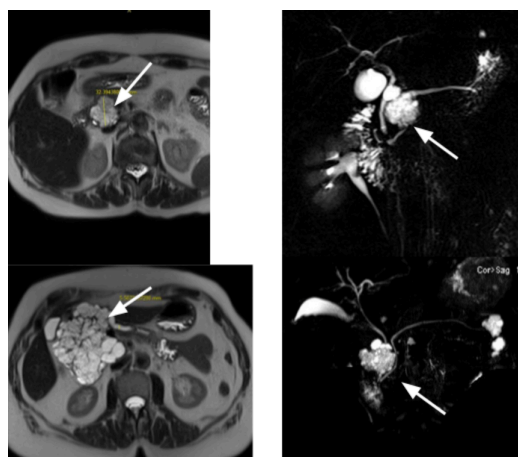
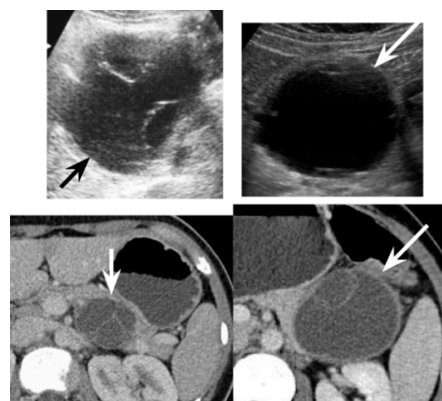
c. Pancréatites chroniques

90% des pancréatites chroniques en France sont causées par l'alcoolisme chronique (alcool tous les jours pendant 12 à 13 ans). Cette maladie évolue en 3 phases : la pancréatite aiguë (épanchement, compression du cholédoque, pseudokystes qui sont des collections liquidiennes du pancréas), puis il y a moins de douleur mais un apparition de complications chroniques appelées l'insuffisance pancréatique exocrine (le pancréas ne sécrète plus, il faut le substituer) et l'insuffisance pancréatique endocrine (= diabète).



d. Tumeurs kystiques pancréatiques

Tumeurs mucineuses : le diagnostic est fait de façon fortuite. Ces tumeurs peuvent dégénérer, elles sont liquidiennes. Si elles font plus de 4 cm on les enlève. Les tumeurs TIPMP (tumeurs intracalaires mucineuses papillaires) sont des petites tumeurs kystiques qui sont appendus au canal du pancréas, elles atteignent les canaux secondaires. Quand elles se mettent à grossir elles peuvent dégénérer, on les enlève.



Tumeurs séreuses : tumeurs bénignes qui sont parfois grosses et assez typiques. On les surveilles rarement.

XI. Maladies génétiques

Il y a deux maladies génétiques les plus fréquentes en France : la mucoviscidose (à connaître) et l'hémochromatose. La mucoviscidose est une maladie du gène CFTR, elle touche surtout le système respiratoire (toux, encombrements) et le pancréas. Les formes majeures se retrouvent chez les enfants. Les formes mineures se portent sur le pancréas.

