



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 30
**Pathologies uro-
néphrologiques et
digestives**

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 et 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.

Pathologies digestives

I. RAPPELS.....	3
II. INTRODUCTION.....	3
III. LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN (RGO).....	4
1. SYMPTOMES.....	4
2. COMPLICATIONS	4
3. EXPLORATIONS.....	4
4. TRAITEMENT	5
IV. ULCERE GASTRO-DUODENAL	5
1. SYMPTOMES.....	5
2. EXPLORATION	6
3. TRAITEMENT	6
V. LES CANCERS DIGESTIFS.....	6
1. GENERALITES	6
2. CANCER DE L'ŒSOPHAGE	6
3. CANCER DE L'ESTOMAC	7
4. CANCER COLO-RECTAL	9
5. CANCER DU FOIE	10
6. CANCER DU PANCREAS	11
VI. LES MALADIES DU PANCREAS EXOCRINE	12
1. GENERALITES.....	12
2. PANCREATITES AIGUËS	12
3. PANCREATITES CHRONIQUES	13
VII. MALADIES GENETIQUES.....	13

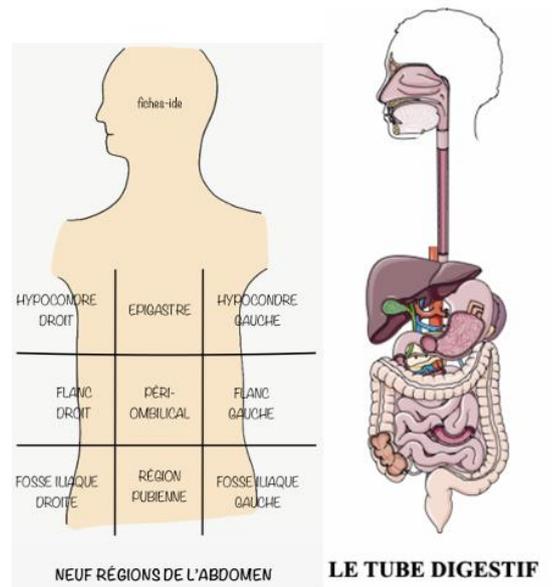
I. Rappels

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 côlon, pancréas et foie...). Il y a deux exceptions : l'œsophage et l'anus, qui sont des épithéliums de revêtement épidermoïde.

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



II. Introduction

Les grands symptômes : interrogatoire

- Douleurs aiguës et chroniques
- Diarrhées aiguës et chroniques
- Ictère, amaigrissement, anémie, carences

Les urgences :

- Hémorragies hautes : hématomèse et/ou méléna (sang digéré dans les selles), rectorragies
- Occlusion (arrêt du transit : colon, intestin grêle)
- Péritonite
- Pancréatite, diverticulite, ischémie

Les explorations :

- Endoscopie diagnostique et thérapeutique
- Radiologique : échographie, scanner, IRM, scintigraphie

Endoscopie diagnostique	Endoscopies thérapeutiques
<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies - Coloscopie +/- iléoscopie avec biopsies - Echoendoscopies haute et basse +/- ponction - Cholangiopancréatographie per-endoscopique (CPRE) - Vidéocapsule grêle et côlon - Entéroscopie 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémostase (injections, ligature, clips..) - Polypectomie, mucoséctomie, dissection sous-muqueuse - Dilatation - Prothèse (digestives, biliaires, pancréatiques) Extraction de

Les conditions de réalisation :

- Information éclairée, préparation et consultation de pré-anesthésie

- A jeun, pose de perfusion, identitovigilance
- Salle et matériel adapté, fluides (O2...) et personnel dédié (endoscopie et anesthésie),
- Surveillance per et post-geste, gestion des complications
- Visite de sortie, CR détaillé.

Les traitements : symptomatiques et étiologies

III. Le reflux gastro-oesophagien (RGO)

Généralités :

- Pathologie/symptômes fréquents
- Facteurs : obésité, tabac, alcool...

Physiopathologie :

- Acide 90%
- Béance cardiale
- Hernie hiatale

Conséquences :

- Signes cliniques ou non
- Inflammation
- Métaplasie « endobrachyoesophage »

1. Symptômes

Typique : « Pyrosis postural »

Atypique :

- Douleurs pharyngiennes
- Toux chronique, voix enrouée, signes buccaux
- Douleurs thoraciques
- Rien

Autres :

- Anémie, hématurie
- Dysphagie

2. Complications

Oesophagite :

- Stades 1 à 3
- Au maximum sténose peptique

Endobrachyoesophage :

- Métaplasie muqueuse gastrique
- Fait le lit de la dysplasie et du cancer

Autres :

- Cancer développé sur EBO
- Régurgitations et inhalation

3. Explorations

Endoscopie :

- Voir et mesurer
- Biopsies
- Anatomopathologie

PH-métrie : En cas de RGO résistant au traitement

Autres :

- Impédancemétrie

- Manométrie œsophagienne

4. Traitement

Les règles hygiéno-diététiques (+++)

Les médicaments :

- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Alginate (film protecteur)
- Antiacides (Ph+Al-)

Chirurgie

Sujet jeune : pas d'endoscopie et traitement 1 à 2 mois « règles hd et ipp »

Sujet > 50 ans ou signes d'alerte = endoscopie :

- Inhibiteurs de la pompe à protons : 2 mois
- Alginate
- Antiacides

Et après si possible « traitement à la carte » :

- EBO = IPP simple dose et surveillance endoscopique
- Chirurgie → si résistance au traitement IPP

IV. Ulcère gastro-duodéal

Généralités :

- Maladie de l'acide avec *Helicobacter Pylori* (HP)
- Afférence vagale = HCL mais aussi Gastrine
- AINSI, aspirine
- Tabac, alcool

Physiopathologie :

- Ulcère duodéal = HP
- Ulcère gastrique = barrière muqueuse gastrique

Conséquences : symptômes, complications, qualité de vie...

1. Symptômes

Typiques :

- UD : faim douloureuse, nausée, vomissements
- UG : douleurs post-prandiales, nausées

Atypiques :

- Rien
- Dyspepsie

Complications :

- Hémorragie macro ou micro (aspirine, AINS, anticoagulants)
- Perforation
- Cancérisation « estomac » (jamais duodénum)
- Sténose du pylore

→ Hémorragie Digestive Haute = hématomèse et/ou méléna

2. Exploration

Endoscopie avec biopsies :

- Ulcère gastrique (n = 8 à 12) !!
- Recherche d'HP « antre, jonction antro-fundique, fundus »

3. Traitement**Les règles hygiéno-diététiques****Les médicaments :**

- Inhibiteurs de la pompe à protons 4 (UD) à 8 semaines (UG)
- Eradication de l'infection à HP = quadrithérapie bismuthée ou antibiotiques

Prévention :

- Antécédent d'ulcère sous AINS
- Antécédents hémorragiques

Suivi :

- Contrôle endoscopique = UG avec biopsies si persistance
- Contrôle éradication HP par breath test urée marquée (test où on souffle pour savoir si HP est éliminé)

V. Les cancers digestifs**1. Généralités**

Fréquences : # 25 % des cancers tous confondus

Incidences : la plupart en augmentation de 10 à 30/ 100 000

Prevention/diagnostic précoce → facteurs exogènes, formes génétiques, lésions pré-cancéreuses-

Traitement médical et chirurgical → chimiothérapie, biothérapies, immunothérapie, chirurgie

Soins de support et traitement palliatif → douleurs, alimentation, sarcopénie, effets secondaires des traitements

Classification TNM = classification anatomopathologique :

- **T** = tumeur « in situ, T1, T2, T3, T4 » (notion de cancer superficiel)
- **N** = ganglions métastatiques N0, N1, N2
- **M** = métastases à distance - STADES UICC = 1, 2, 3, 4

2. Cancer de l'œsophage**a. Présentation**

Incidence = 5 400 – TAUX = 1,6 à 6 / 100 000

Contexte : alcoolo-tabagisme ou endobrachyoesophage

Histologies : épidermoïde ou adénocarcinome

Pronostic : 16 à 20 % de survie à 5 ans, bon pronostic des adénocarcinomes superficiels

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. Symptômes

Typiques : Dysphagie logique « solide puis liquides »

Atypiques : RGO banal, douleurs thoraciques, ganglion cervical

Autres circonstances :

- Dépistage chez un alcool-tabagique
- Suivi d'un EBO dysplasique
- Anémie, hématémèse
- Métastase

c. Diagnostic

→ Endoscopie avec biopsies

Bilan d'extension :

- Scanner Thoraco-abdomino-pelvien
- Echoendoscopie
- Fibroscopie bronchique
- Examen ORL
- Bilan général

d. Traitement

Curatif :

- Dépend du stade
- Chirurgie précédée souvent de radio-chimiothérapie
- Radio-chimiothérapie exclusive

Palliatif :

- Stade 4, mauvais état général
- Prothèse, dilatation, gastrostomie
- (Radiothérapie)-Chimiothérapie

Traitement endoscopique → Cancers superficiels : dissection > mucosectomie

Résultats → Bons pour T1 – T2N

e. Prévention

Dépistage endoscopique :

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

Prevention primaire :

- Sevrage tabac et alcool
- Traitement correct du RGO

Cancers et pathologies associées :

- Poumons
- Larynx, ORL
- Bouche, langue
- Vasculaire

3. Cancer de l'estomac

Incidence = 8 300 – **TAUX** = 2,6 à 11 / 100 000

Lésions pré-cancéreuses :

- Gastrite chronique atrophique « métaplasie, dysplasie... »
- Polyadénome gastrique
- Ulcère gastrique

- Maladie de Biermer
- Infection à HP

Histologies :

- Adénocarcinome
- Lymphome (MALT par infection à HP)
- Tumeur neuroendocrine
- Tumeurs stromales

Pronostic : 27 à 35 % à 5 ans

a. Symptômes et circonstances

Typiques :

- Anorexie, AEG, anémie, phlébite profonde, nausées et vomissement
- Douleurs épigastriques, ganglion sus claviculaire gauche (Troisier), anémie chronique

Autres circonstances :

- Dépistage chez un patient avec gastrite, RGO
- Hématémèse et/ou méléna
- Métastase (foie, os, péritoine)

Cas particulier = cancer du cardia → Dysphagie, douleurs épigastriques, anorexie, AEG, anémie, phlébite profonde, Troisier

b. Diagnostic

Endoscopie avec biopsies (statut HER2)

Bilan d'extension :

- Scanner Thoraco-abdomino-pelvien
- TEP scanner
- Echoendoscopie (cardia)
- Bilan général
- Bilan per-opératoire

c. Traitement

Curatif :

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

Palliatif :

- Chimiothérapie
- Soins de supports
- Soins palliatifs

d. Prévention

Dépistage endoscopique :

- Gastrites chroniques (antre, fundus)
- Lésions pré-cancéreuses = polypes
- Endoscopie pour symptômes

Prevention primaire :

- Diminution de fréquence du fait de la congélation
- Eradication de l'infection à HP
- Tabac, alcool

Formes familiales → mutation E-cadhérine

4. Cancer colo-rectal

Incidence = 47 300 – TAUX = 25 à 35 / 100 000-

→ 2ième cancer hommes + femmes

Lésions pré-cancéreuses et formes génétiques :

- Les polypes et tumeurs villosités
- Syndromes génétiques : PAF (APC) et Sd de Lynch (dMMR)
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn-

Histologies :

- Adénocarcinome
- Tumeurs neuroendocrines (appendice)
- Lymphome

Pronostic : 62 à 65 % à 5 ans

a. Symptômes et circonstances

Typiques :

- Côlon droit : constipation, anémie
- Côlon gauche : troubles du transit, occlusion, rectorragies
- Rectum : syndrome rectal = épreintes, ténésmes, rectorragies

Autres circonstances :

- Dépistage : coloscopie car antécédents ou test fécal +-
- Métastases : foie, péritoine
- AEG
- Syndrome génétique connu dans la famille
- Surveillance MICI, acromégalie

« Quoiqu'il en soit signes digestifs récents = coloscopie »

b. Diagnostic

Examen clinique :

- Masse ? Hépatomégalie ?
- Si rectum = TOUCHER RECTAL

Endoscopie avec biopsies = statut MMR

Diagnostic per-opératoire si occlusion colique

Bilan d'extension :

- Scanner Thoraco-abdomino-pelvien
- IRM et Echoendoscopie pour le rectum
- Bilan général (+ dosage de l'ACE)
- Bilan per-opératoire « foie, ganglions »

c. Traitement

Curatif → Chirurgie + ou – chimiothérapie adjuvante si stade 3

Cas particulier du cancer du rectum :

- Si bas et moyen rectum = radiochimio pré-opératoire si EUS/IRM T3 et/ou N1
- Haut rectum traité comme côlon gauche

Palliatif :

- Chimiothérapie, biothérapie
- Immunothérapie (dMMR)
- Traitements des métastases (péritoine, foie)
- Soins de support et palliatifs-

Résultats

d. Dépistage et prévention

Dépistage de masse → Pas de signes ni antécédents = recherche de sang dans les selles entre 50 et 74 ans (FIT test)

Dépistage cible :

- Antécédents personnels de polype, cancer
- Antécédents familiaux de cancer, polypes
- Maladie génétique
- MICI

Prevention :

- Alimentation, alcool, exercice physique, obésité...
- Diagnostic et exérèse de polypes coliques

Forme particulière = cancer de l'anوس → Patients immunodéprimés, infection à HPV

5. Cancer du foie

Incidence = 11 600 TAUX = 3 à 12 / 100 000

Epidémiologie :

- Foie de cirrhose « OH, HVC, HVB, hémochromatose, NASH... » = Primitif
- Métastases = secondaire

Histologies :

- Hépatocarcinome
- Cholangiocarcinome
- Métastases à analyser pour marqueurs orientant vers un primitif

Pronostic : 18 % à 5 an

a. Symptômes et circonstances

Surveillance d'une cirrhose connue = nodule(s) hépatiques

Si cirrhose non connue :

- Perturbations du bilan hépatique
- Décompensation « ascitique, encéphalopathie... »
- Masse compressive
- Ictère
- Thrombose portale
- Métastase : péritoine, ganglions, poumon, os, cerveau...

Cancer secondaire :

- Bilan de primitif connu : Digestif +++, sein, poumon, rein, ORL, TNE, ...
- Fortuite : AEG, perturbations du bilan hépatique, examen d'imagerie pour autre indication

b. Diagnostic

Imagerie :

- Echographie + echodoppler
- Scanner avec injection d'iode
- IRM

Biopsie... si scanner/IRM pas typiques, biopsie des métastases si doute avec d'autres lésions hépatiques ou si primitif non connu

Bilan d'extension :

- Scanner thoraco-abdominopelvien APC
- Autres examens en fonction des symptômes

c. Traitement

Curatif :

- Primitif = chirurgie, transplantation, thermoablation
- Secondaire = pour certains cancers comme TNE, colon si peu nombreuses

Palliatif :

- Biothérapies, immunothérapie, chimio embolisation
- La plupart des métastases

Résultats : 18% à 5 ans

d. Dépistage et prévention

Dépistage cible → surveillance d'une cirrhose : échographie, alpha-foeto protéine

Prevention :

- Traitement de la cause de la cirrhose
- Mais le risque persiste même si les lésions sont « fixées »

6. Cancer du pancréas

Incidence = 15 000 → Taux : 8 à 11 / 100 000

→ 2^{ème} cause de mortalité par cancer

Epidémiologie :

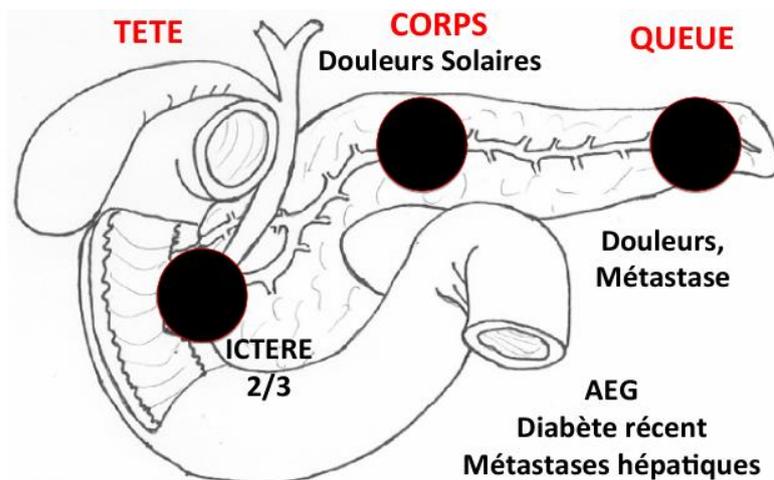
- Peu connue
- Lésions pré-cancéreuses : kystes mucineux (cystadénomes, TIPMP)

Histologies :

- Adénocarcinomes 90%
- TNE

Pronostic : 10 à 13 % à

a. Symptômes et circonstances



b. Diagnostic

Imagerie :

- Echographie
- Scanner
- Echoendoscopie

Biopsie : sous échoendoscopie ou biopsies de métastases hépatiques ou péritonéales

Bilan d'extension :

- Scanner TAP APC
- Echoendoscopie

- Per-opératoire

c. Traitement

Curatif → Chirurgie (plus ou moins précédée de chimio ou radio-chimio)

Palliatif :

- Chimiothérapie
- Soins de support et palliatif

Prevention : ?? (Lésions pré-cancéreuses, formes génétiques ?)

VI. Les maladies du pancréas exocrine

1. Généralités

Inflammation :

- Pancréatites aiguës
- Pancréatites chroniques
- Pancréatites auto-immunes

Tumeurs kystiques

Maladies génétiques

2. Pancréatites aiguës

a. Classification

Bénigne :

- Pas de défaillance d'organe
- Pas de complications

Modérément sévère :

- Défaillance d'organe résolue en 48 h
- Complication locale ou systémique
- Sans défaillance d'organe persistante

Sévère → Défaillance > 48 h et/ou multiples

b. 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 :

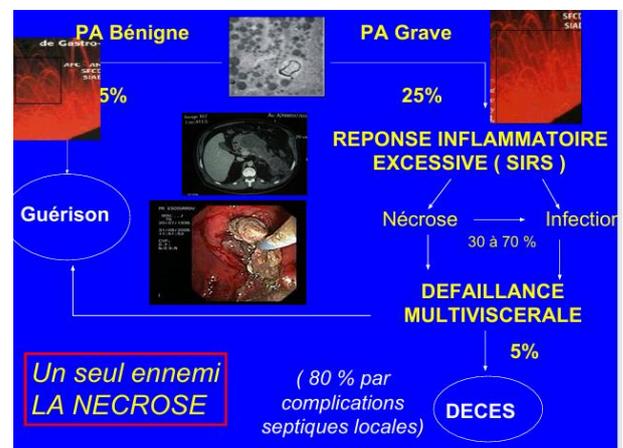
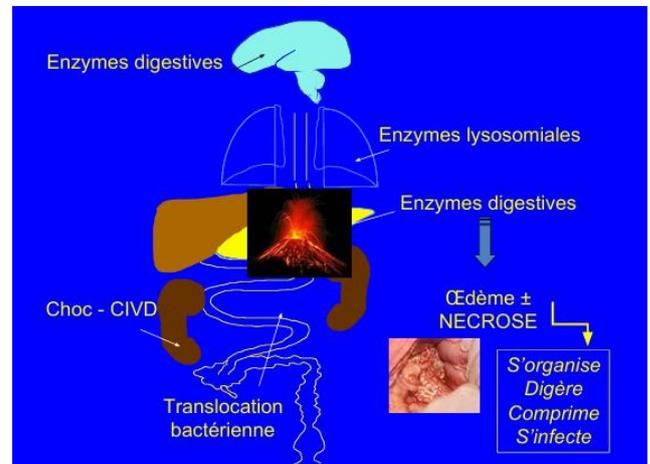
- L'alcool chronique
- Les médicaments
- Les formes idiopathiques
- Ou bien il n'y a pas de cause (15% des pancréatites aiguës, plus d'un cancer sur 10)

c. Signes et diagnostic

Le diagnostic → Douleur épigastrique brutale, vomissement, lipase > 3N

La conduite à tenir :

- PA non compliquée
 - o À jeun, CRP, SIRS ?
 - o Perfusion 3 litres



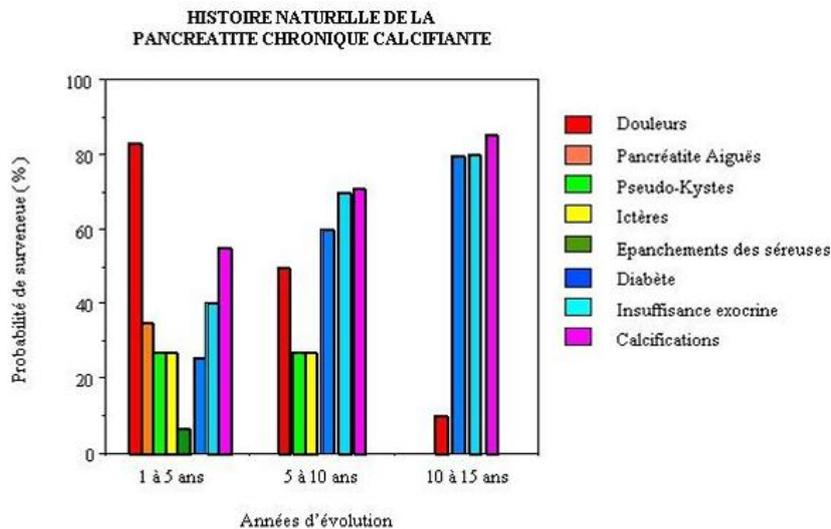
- Antalgiques palier II voir III
- TDM à 72 – 96 heures
- Surveillance clinique et biologique
- Réalimentation si plus de douleur
- PA biliaire bénigne
 - Le terrain
 - La biologie et l'écho
 - Cholécystectomie dans la foulée

3. 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 étapes :

- La pancréatite aiguë (épanchement, compression du cholédoque, pseudokystes qui sont des collections liquidiennes du pancréas)
- Puis il y a moins de douleur mais une apparition de complications chroniques appelées l'insuffisance pancréatique exocrine (le pancréas ne sécrète plus, il faut le substituer)
- Et l'insuffisance pancréatique endocrine (= diabète)



VII. 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.

