



## 2.1 Symptômes et moyens d'exploration de l'estomac

[Quels symptômes orientent vers une maladie gastroduodénale ?](#)

[Quels sont les symptômes typiques d'un ulcère ?](#)

[Qu'est ce qu'une brûlure épigastrique ?](#)

[Qu'est ce que la dyspepsie ou syndrome dyspeptique ?](#)

[Quel est le symptôme principal de la sténose pyloro-duodénale ?](#)

[Comment est définie une anémie par saignement chronique ?](#)

[Quelle différence y a t-il entre anorexie et dysphagie ?](#)

[Quelles différences y a t-il entre régurgitation, nausée et le vomissement ?](#)

[Quelles sont les étapes pour le diagnostic d'une maladie gastro-duodénale ?](#)

[Quelle est la définition anatomique d'un ulcère ?](#)

[Comment se déroule une endoscopie œso-gastro-duodénale \(fibroscopie\) ?](#)

[Dans quels cas pratiquer une radio \(TOGD\) plutôt qu'une endoscopie ?](#)

[Est-il possible de mesurer la sécrétion acide gastrique et quel intérêt ?](#)

[Helicobacter pylori : comment rechercher la bactérie ?](#)

[Qu'est ce que l'échoendoscopie gastrique ?](#)

### 2.1.1. Quels symptômes orientent vers une maladie gastroduodénale ?

Les principaux signes faisant découvrir une maladie gastroduodénale sont : une douleur épigastrique (crampe ou brûlure), un syndrome dyspeptique, une anorexie, des nausées, des vomissements, une dysphagie, une hémorragie digestive (hématémèse, méléna), une diarrhée, une tumeur épigastrique, un "ganglion" sus-claviculaire gauche (Troisier), une anémie, une altération de l'état général (anorexie et amaigrissement), une métastase (foie, poumon)...

### 2.1.2. Quels sont les symptômes typiques d'un ulcère ?

Le syndrome ulcéreux est une douleur épigastrique quotidienne, typiquement une crampe, survenant à distance du repas, pouvant être nocturne, calmée par l'alimentation ou un antiacide et évoluant par périodes de durée et de fréquence variables dans l'année, entrecoupées de rémissions complètes. Mais de nombreux ulcères se présentent sous une forme moins typique (simple brûlure épigastrique).

### 2.1.3. Qu'est ce qu'une brûlure épigastrique ?

Les brûlures épigastriques (sensations de cuisson et d'acidité) surviennent en général après le repas, en particulier après l'ingestion de certains aliments, tels les boissons alcoolisées et les aliments gras, épicés, acides ou sucrés. Elles sont souvent encore désignées par le terme de "gastrite", impropre s'agissant d'un symptôme (voir 2.2). Elles sont fréquentes dans le RGO.

### 2.1.4. Qu'est ce que la dyspepsie ou syndrome dyspeptique ?

Le syndrome dyspeptique est une sensation d'inconfort, parfois douloureuse, siégeant dans la partie haute de l'abdomen, notamment dans le creux épigastrique. Il est en général ressenti après les repas. Présents depuis au moins 4 semaines, les symptômes du syndrome dyspeptique peuvent être permanents ou intermittents. Ces symptômes peuvent révéler une maladie organique mais sont le plus souvent d'origine fonctionnelle.

### 2.1.5. Quel est le symptôme principal de la sténose pyloro-duodénale ?

Les vomissements sont alimentaires, non biliaires, se produisant en général longtemps après les repas.

### 2.1.6. Comment est définie une anémie par saignement chronique ?

L'anémie se caractérise par : un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl chez la femme, et à 12g/dl chez l'homme, une microcytose (VGM inférieur à 80), une hyposidérémie (inférieure à 13 micromole/l), avec une augmentation de la capacité totale de fixation de la sidérophiline, une hypoferritinémie...

### 2.1.7. Quelle différence y a t-il entre anorexie et dysphagie ?

L'anorexie est la perte de l'appétit ; elle peut porter électivement sur certains aliments (viande). La dysphagie, sensation de blocage alimentaire, peut résulter de l'extension au cardia de tumeurs gastriques. Le diagnostic différentiel entre ces deux symptômes est parfois difficile.

### 2.1.8. Quelles différences y a t-il entre régurgitation, nausée et le vomissement ?

La régurgitation est le retour dans la bouche du contenu gastrique ou œsophagien sans effort de vomissement, ni

nausée. Le vomissement est un phénomène actif caractérisé par l'expulsion par la bouche du contenu gastrique accompagnée de contractions musculaires abdominales et diaphragmatiques douloureuses. La nausée est l'équivalent subjectif *a minima* du vomissement qu'elle peut précéder. Ces deux derniers phénomènes sont accompagnés de troubles neurovégétatifs : pâleur, sudation, salivation, hypotension artérielle et bradycardie.

### 2.1.9. Quelles sont les étapes pour le diagnostic d'une maladie gastro-duodénale ?

Ce sont :

- un interrogatoire précis cherchant à définir les symptômes fonctionnels, leurs siège et irradiations, leur mode d'installation, les éléments déclenchant ou sédatifs, leur rythme dans la journée et l'année ;
- un examen physique complet ;
- éventuellement, une endoscopie œso-gastro-duodénale. Cet examen est le premier prescrit pour des symptômes évocateurs d'une affection digestive haute.

### 2.1.10. Quelle est la définition anatomique d'un ulcère ?

L'ulcère chronique est une lésion de la paroi digestive creusant plus ou moins profondément cette paroi mais atteignant le plan de la couche musculaire. Il est limité et entouré par une réaction inflammatoire. Lors de la cicatrisation de l'ulcère, il y a ré-épithélialisation en surface et constitution au fond d'un socle scléreux avec névromes et endartérite. Cette lésion anatomopathologique diffère des pertes de substance superficielles de la muqueuse (abrasion, érosion, exulcération, par ordre croissant de profondeur), qui n'atteignent jamais la couche musculaire et ne laissent pas de séquelles.

### 2.1.11. Comment se déroule une endoscopie œso-gastro-duodénale (fibroscopie) ?

L'endoscopie est réalisée à jeun, le plus souvent après une simple anesthésie pharyngée à la lidocaïne. Elle peut aussi être effectuée sous sédation ou anesthésie. L'endoscopie permet de pratiquer des biopsies en l'absence de troubles de l'hémostase. Enfin, l'endoscopie rend possible les actes thérapeutiques : hémostase de lésions hémorragiques, ablation (anse diathermique) ou destruction de tumeurs (coagulation monopolaire ou bipolaire, laser...), gastrostomie cutanée per-endoscopique...

### 2.1.12. Dans quels cas pratiquer une radio (TOGD) plutôt qu'une endoscopie ?

Cet examen est indiqué essentiellement en cas de sténose rendant la progression de l'endoscope impossible. Il est également parfois demandé avant une intervention œso-gastro-duodénale afin de préciser la stratégie chirurgicale.

### 2.1.13. Est-il possible de mesurer la sécrétion acide gastrique et quel intérêt ?

Le tubage gastrique permet de recueillir la sécrétion gastrique et de mesurer le débit acide gastrique à l'état basal, et lors d'épreuves dynamiques. Ses principales indications sont la recherche de l'hypersécrétion acide du syndrome de Zollinger-Ellison ([SZE] dû à un gastrinome) et la recherche d'une achlorhydrie de la maladie de Biermer après stimulation par la pentagastrine.

### 2.1.14. *Helicobacter pylori* : comment rechercher la bactérie ?

Les méthodes sont directes ou indirectes.

**Les méthodes directes** reposent sur le prélèvement de biopsies antrales et fundiques.

Trois types de tests peuvent être réalisés. L'histologie permet à fort grossissement la mise en évidence des bactéries spiralées caractéristiques de *H. pylori*. Le test rapide à l'uréase (**figure 1**) (résultats au décours immédiat de l'endoscopie) repose sur le virage d'un indicateur coloré du fait de l'alcalinisation du milieu par transformation de l'urée en ammoniac et CO<sub>2</sub> en raison de l'activité uréasique du fragment biopsique maintenu à 37 °C. La culture est la méthode de référence, mais sa difficulté la fait réserver à des centres spécialisés.

**Les méthodes indirectes** sont de deux types : la sérologie (recherche d'anticorps dans une prise de sang) et le test respiratoire à l'urée<sup>13C</sup>.

Le test respiratoire à l'urée <sup>13C</sup> repose sur la mise en évidence de l'activité uréasique de la muqueuse infectée (**figure 2**). En cas d'infection par *H. pylori*, l'ingestion d'urée<sup>13C</sup> est suivie d'un enrichissement de l'air expiré en <sup>13</sup>CO<sub>2</sub> du fait de la transformation par les bactéries gastriques de l'urée en ammoniac et CO<sub>2</sub> ; ce dernier gaz diffuse rapidement dans le sang puis dans l'air expiré.

On peut également faire la recherche d'antigènes bactériens dans les selles

**Les indications respectives** sont : méthodes directes, lors de la mise en évidence endoscopique d'ulcères ou de tumeurs gastro-duodénales ; méthodes indirectes (test respiratoire à l'urée<sup>13C</sup>) pour vérifier l'éradication, sans nécessiter une endoscopie.

Toute recherche de l'infection doit être réalisée au moins 4 semaines après la prise de médicaments susceptibles de raréfier la population bactérienne (antibiotiques ou anti-sécrétoires).

### 2.1.15. Qu'est ce que l'échoendoscopie gastrique ?

L'échoendoscopie, en portant une sonde d'échographie au contact de la muqueuse, permet l'analyse de la paroi digestive et des structures avoisinantes (pancréas, voie biliaire principale, vésicule biliaire, ganglions, vaisseaux). Elle est réalisée le plus souvent sous anesthésie générale.