



Urgences digestives

Aurélien Amiot¹ et F. Gottrand²

Sur la base des comptes rendus des communications de A. Amiot¹, A. Alves³, M. Raphael⁴, F. Gottrand²

1. Service d'hépatogastroentérologie, assistance publique des hôpitaux de Paris, hôpital Henri-Mondor, équipe EC2M3, université Paris Est Créteil, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France
2. Unité de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHU Lille, université Lille 2, avenue Eugène-Avinée, F-59000 Lille, France
3. Service de chirurgie digestive et générale, CHU Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen, France
4. Service d'accueil des urgences, hôpital du Kremlin-Bicêtre, université Paris Sud, 78, rue du Général, 94270 Kremlin-Bicêtre, France

Correspondance :

Aurélien Amiot, Service d'hépatogastroentérologie, assistance publique des hôpitaux de Paris, hôpital Henri-Mondor, équipe EC2M3, université Paris Est Créteil, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France
aurelien.amiot@hmn.aphp.fr

Gastro-intestinal emergencies

Mots-clés

Maladies neuromusculaires
Pseudo-obstruction
intestinale chronique
Gastroparésie
Volvulus du sigmoïde
Syndrome d'Ogilvie
Pince aorto-mésentérique

Keywords

Neuromuscular disorders
Chronic intestinal
pseudo-obstruction
Gastroparesis
Sigmoid volvulus
Acute colonic pseudo-
obstruction
Superior mesenteric artery
syndrome

■ Points essentiels

- * Les manifestations digestives sont fréquentes au cours des maladies neuromusculaires.
- * La gravité des urgences digestives peut être augmentée par une comorbidité cardiorespiratoire sous-jacente.
- * La cause la plus fréquente est une atteinte de la motricité digestive.
- * Une réduction d'autonomie, une déformation rachidienne ou la prise de médicaments opioïdes ou psychotropes peuvent également participer aux troubles de la motricité digestive.
- * Avant toute chose, il est essentiel de corriger les troubles hydroélectrolytiques sous-jacents et de prévenir la décompensation d'une éventuelle comorbidité cardiorespiratoire.
- * L'utilisation d'agents prokinétiques permet de régulariser en partie la motricité digestive.
- * Une prise en charge chirurgicale est envisageable parfois en première intention, mais doit être précautionneuse en prenant en compte le terrain du patient.

Abréviations

MNM	Maladies neuromusculaires
POIC	Pseudo-obstruction intestinale chronique

Introduction

Les maladies neuromusculaires (MNM) sont des pathologies du muscle ou de sa commande nerveuse. Au cours des MNM, la présence de manifestations digestives a été fréquemment rapportée mais de façon hétérogène. Ainsi, environ 15 % des patients atteints par une encéphalomyopathie mitochondriale présentent des manifestations digestives alors que près de 84 % des patients atteints de dystrophie myotonique progressive s'en plaignent/en souffrent [1,2].

La motricité digestive est un processus parfaitement coordonné dans le temps et l'espace. Elle tend à faciliter le brassage et la mise en contact du bol alimentaire avec la muqueuse intestinale et donc son absorption et sa propulsion [3]. Elle dépend de l'interaction fine d'un large panel d'acteurs, dont les principaux sont l'appareil musculaire lisse intestinal, le système nerveux entérique (SNE) et l'activité *pacemaker* générée par les cellules interstitielles de Cajal. *De facto*, la plupart des manifestations digestives observées au cours des MNM résultent d'anomalies de la motricité digestive. Au-delà des atteintes spécifiques de la motricité digestive, les patients atteints de MNM présentent diverses conditions favorisant la survenue de symptômes digestifs comme la réduction d'autonomie, la prise de médicaments altérant la motricité digestive (antalgiques, psychotropes, certains antiépileptiques, etc.), la présence de déformation rachidienne ou de troubles hydroélectrolytiques. Enfin, les patients atteints de MNM présentent fréquemment des comorbidités sévères notamment cardiorespiratoires qui peuvent compliquer la prise en charge d'urgences digestives non spécifiques.

Le but de cette revue est de discuter des urgences digestives pouvant s'observer au cours des MNM et de proposer des conduites à tenir adaptées à la MNM.

Dilatation aiguë de l'estomac

La dilatation aiguë de l'estomac se manifeste par une distension gazeuse et liquidienne de l'estomac. Elle survient *de novo* ou vient décompenser une gastroparésie sous-jacente. La présentation clinique comporte des vomissements subintrants, responsables d'une déshydratation et d'une distension abdominale. La dilatation gastrique peut s'accompagner d'une hypertonie vagale symptomatique (bradycardie et hypotension artérielle) et parfois d'une dyspnée et/ou d'un hoquet (irritation diaphragmatique et/ou intrathoracique). En l'absence de prise en charge, la dilatation peut évoluer vers une perforation et/ou une nécrose gastrique.

Les examens radiologiques et endoscopiques mettent en évidence la dilatation gastrique et parfois la compression des organes de voisinage (*figure 1*). L'ingestion de produits de contraste peut être utile pour éliminer un obstacle mécanique, notamment un syndrome de la pince aorto-mésentérique.

Parmi les étiologies possibles, on distinguera en particulier :

- **Syndrôme de l'artère mésentérique supérieure** : cela correspond à la compression du troisième duodénum par une pince formée par l'aorte en arrière et l'artère mésentérique supérieure,

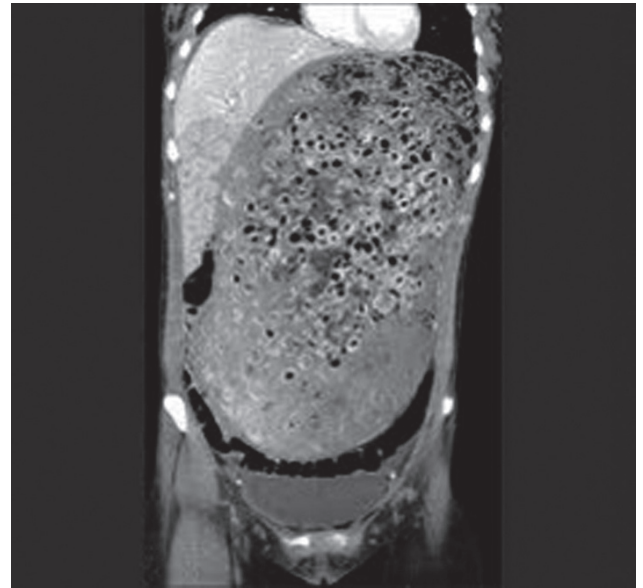


FIGURE 1
Aspect tomographique de dilatation aiguë de l'estomac sous la forme d'une distension aérique et alimentaire

en avant [4]. Il s'observe généralement en cas d'amaigrissement rapide et massif chez des patients longilignes. Il s'observe également dans les suites d'une correction chirurgicale d'une déformation rachidienne (scoliose ou cyphose, en particulier chez les patients longilignes), en cas de brûlure grave, de port de corset plâtré ou de décubitus prolongé. L'imagerie met en évidence une distension des 1^{er} et 2^e duodénums (*figure 2*). L'opacification digestive haute permet de visualiser l'empreinte des vaisseaux au niveau du 3^e duodénum.

- **Origine médicamenteuse** : anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques.
- **MNM par elle-même** : des cas de dilatation gastrique aiguë ont été décrits chez des patients atteints de dystrophie musculaire de Duchenne, d'amyotrophie spinale, de sclérose latérale amyotrophique, d'accident vasculaire cérébral et de décubitus prolongé.
- **Décompensation d'une gastroparésie chronique** : la gastroparésie est un trouble fonctionnel digestif caractérisé par un ralentissement objectif de la vidange gastrique, en l'absence de tout obstacle mécanique organique [5]. La présence de vomissements rythmés et améliorant les symptômes et d'une sensation d'inconfort épigastrique est classique. Les symptômes sont généralement chroniques et volontiers nocturnes. La présence d'aliments non digérés, ingérés plusieurs jours auparavant, doit faire évoquer le diagnostic. Le diagnostic repose sur la réalisation d'une scintigraphie de vidange gastrique. Les principales causes de gastroparésie sont la maladie diabétique et les séquelles de la chirurgie œso-gastrique. Les MNM, notamment les dystrophies myotoniques et la sclérose latérale amyotrophique, peuvent néanmoins également être responsables de gastroparésie. Le traitement (préventif, curatif, au long cours ?) repose sur les prokinétiques (érythromycine et dompéridone) et sur des mesures hygiéno-diététiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744145>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744145>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)