

---

## CHAPITRE 5 – APPAREIL DIGESTIF

*Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires.*

**Le contenu de ce chapitre a été mis à jour en octobre 2011.**

### Table de matières

---

ÉVALUATION DE L'APPAREIL DIGESTIF .....	5-1
EXAMEN DE L'ABDOMEN.....	5-2
AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL DIGESTIF .....	5-4
Fissure anale .....	5-4
Constipation .....	5-5
Déshydratation (hypovolémie) .....	5-9
Diarrhée .....	5-13
Maladie diverticulaire .....	5-17
Diverticulite .....	5-17
Diverticulose .....	5-18
Dyspepsie .....	5-19
Cholécystopathies.....	5-20
Colique biliaire.....	5-24
Cholécystite ou cholangite .....	5-24
Reflux gastro-œsophagien (RGO) .....	5-25
Hémorroïdes .....	5-28
Hernie.....	5-30
Syndrome du côlon irritable .....	5-32
Ulcère gastroduodéal (UGD) .....	5-34
URGENCES GASTRO-INTESTINALES .....	5-36
Douleur abdominale (aiguë).....	5-36
Appendicite .....	5-39
Saignement gastro-intestinal (supérieur et inférieur) .....	5-41
Occlusion de l'intestin grêle ou du gros intestin .....	5-43
Pancréatite (aiguë).....	5-46
SOURCES.....	5-48



## ÉVALUATION DE L'APPAREIL DIGESTIF

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Chronologie
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence, durée et évolution
- Gravité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

### SYMPTÔMES DOMINANTS

Outre les caractéristiques générales énumérées ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques ci-après.

#### **Douleur abdominale**

Demandez des détails sur toutes les caractéristiques. (voir « Évaluation de l'appareil digestif »)

#### **Nausées et vomissements**

- Fréquence et volume
- Cholémèse
- Hématémèse et couleur (par exemple, rouge vif, rouge foncé, marc de café)

#### **Habitudes intestinales**

- Fréquence, couleur et consistance des selles (habituelles et changeantes)
- Changement du diamètre des selles
- Présence de sang ou méléna
- Douleur avant, pendant ou après la défécation
- Impression que les intestins n'ont pas complètement été vidés après la selle
- Ténésme
- Emploi de laxatifs
- Antécédents d'hémorroïdes ou de fissure anale
- Érucation, ballonnement et flatulence

#### **Ictère**

- Antécédents d'hépatite aiguë (virale – A, B, C, virus d'Epstein-Barr, hépatite médicamenteuse ou provoquée par l'alcool)
- Antécédents de maladies hépatiques chroniques
- Ictère sclérotique
- Coloration jaunâtre de la peau
- Urine foncée
- Selles de la couleur de l'argile
- Prurit

#### **Dysphagie**

- Aliments solides ou liquides
- Localisation du blocage
- Régurgitation
- Antécédents alimentaires/médicaux
- Impression de blocage alimentaire qui s'atténue en mangeant

#### **Autres symptômes associés**

- Fièvre
- Malaise
- Céphalées
- Peau sèche
- Déshydratation
- Bouche sèche
- Régime alimentaire habituel, appétit, aliments évités (et pourquoi)
- Repas (par exemple, petits, fréquents)
- Anorexie
- Perte ou gain de poids récent non voulu

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Appareil digestif :

- Maladies de l'œsophage (reflux gastro-œsophagien (RGO), syndrome de Barrett, lésion toxique)
- Maladies affectant l'estomac/le duodénum (ulcères gastriques, gastroparésie diabétique, hernie hiatale, ulcère gastroduodénal)
- Cholécystopathie (colique biliaire, cholélithiase, cholédocholithiase, cholécystite)
- Hépatopathie (hépatite, maladies chroniques, cirrhose)
- Pancréatopathie (pancréatite)

- Entéropathie – intestin grêle et côlon – (maladie intestinale inflammatoire, colite ischémique, diverticulose/diverticulite, polypes, épisodes antérieurs de saignements)
- Colopathie fonctionnelle (syndrome du côlon irritable, constipation, occlusion)
- Maladies proctologiques (fissure anale, proctite)
- Présence d'une hernie, de masses
- Transfusion sanguine
- Néoplasmes abdominaux
- Chirurgie abdominale
- Emploi actuel et antérieur de médicaments, de suppléments, d'herbes médicinales (par exemple, anti-inflammatoires non stéroïdiens, œstrogène, progestérone, inhibiteurs calciques, anticholinergiques, antiacides, antibiotiques, diurétiques thiazidiques, stéroïdes, digoxine, azathioprine)

Considérations non liées à l'appareil digestif (pouvant provoquer des maladies/symptômes de maladies gastro-intestinales):

- Cardiopathie (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, vascularite, hypertension)
- Néphropathie (maladie polykystique des reins)
- État/affections gynécologiques (grossesse, endométriose, kystes ovariens)

#### **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (APPAREIL DIGESTIF)**

- Alcoolisme
- Antécédents médicaux liés à l'appareil digestif (voir la section « Antécédents médicaux »)
- Membre de la maisonnée souffrant de gastro-entérite, intoxication alimentaire

- Maladie métabolique (par exemple, diabète sucré, porphyrie)
- Cardiopathie
- Néphropathie

#### **ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (APPAREIL DIGESTIF)**

- Consommation d'alcool
- Tabagisme
- Consommation de caféine
- Consommation de drogues illicites, y compris les drogues injectables
- Consommation de stéroïdes anabolisants
- Voyage dans une région où des troubles gastro-intestinaux infectieux sont endémiques
- Tatouages ou perçages
- Stress au travail, à la maison ou à l'école
- Consommation d'aliments contenant des nitrates (par exemple, viandes fumées)
- Régime alimentaire (y compris la viande de gibier)
- Obésité
- Consommation d'eau non traitée
- Problèmes sanitaires à la maison ou dans la communauté
- Pratiques sexuelles

#### **MILIEU PROFESSIONNEL OU SCOLAIRE**

- Emploi dans le milieu de la santé
- Membre du personnel ou pensionnaire d'un établissement (par exemple, centre de soins infirmiers)
- Exposition à certaines substances dans l'environnement
- Exposition à des produits chimiques

## **EXAMEN DE L'ABDOMEN**

- État de santé apparent
- Apparence de bien-être ou de détresse
- Position de confort préférée (allongé sur le dos, assis, penché en avant, allongé sur le côté)
- Teint (par exemple, rouge, pâle, jaune)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Hydratation (signe du pli cutané)
- Concordance entre l'âge apparent et l'âge déclaré

#### **SIGNES VITAUX**

- Température et pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

#### **INSPECTION DE L'ABDOMEN**

- Contour de l'abdomen, symétrie, cicatrices, veines dilatées
- Mouvements de la paroi abdominale à la respiration
- Masses visibles, hernies, pulsations, péristaltisme

**AUSCULTATION**

À effectuer *avant* la percussion et la palpation afin de ne pas modifier les bruits intestinaux.

- Présence, caractéristiques et fréquence des bruits intestinaux
- Présence d'autres bruits (rein, région iliaque ou aorte abdominale)

**PERCUSSION**

- Commencez par les régions sonores et finissez par les régions mates
- Foie : repérez les bords supérieur et inférieur, mesurez sa largeur (largeur normale : 6–12 cm dans la ligne médio-claviculaire)
- Rate : vérifiez l'existence d'une sonorité normale au-dessus du dernier espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure
- Vessie : décelez toute distension ou plénitude
- Détectez les autres régions mates, sensibles ou excessivement sonores
- Repérez tout signe de ballonnement si vous soupçonnez une ascite

**PALPATION SUPERFICIELLE**

- Sensibilité, défense musculaire, rigidité
- Masses et organes superficiels

**PALPATION PROFONDE**

- Régions sensibles, douleur à la décompression brusque
- Foie : taille, sensibilité, bord régulier ou irrégulier, ferme ou dur
- Rate : hypertrophie, sensibilité, consistance
- Reins : sensibilité, hypertrophie, sensibilité dans l'angle costo-vertébral
- Masses : localisation, taille, forme, mobilité, sensibilité, mouvements à la respiration, pulsations, hernies (médianes, cicatricielles, inguinales)
- Ganglions inguinaux : hypertrophie, sensibilité
- Pouls fémoraux

**EXAMEN ABDOMINAL : RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES**

- Jaunisse (ictère sclérotique, teint)
- Angiomes stellaires sur le visage, le cou ou la partie supérieure du tronc
- Érythème palmaire, maladie de Dupuytren (associés tous deux à une atteinte hépatique chronique)
- Hippocratisme digital (signe tardif associé à une affection intestinale inflammatoire, à un cancer)

**EXAMEN RECTAL**

- Sang occulte (signe de saignement gastro-intestinal [GI])
- Douleur projetée (dans les cas d'appendicite)
- Masses, hémorroïdes, fissures anales, tonus du sphincter, etc.
- Examen de la prostate chez les hommes (taille, consistance, sensibilité)

**EXAMEN CARDIOVASCULAIRE ET PULMONAIRE**

Il faut également effectuer un examen cardiovasculaire et pulmonaire.

- Bruits cardiaques
- Poumons (crépitations, bruits respiratoires bronchiques au niveau des lobes inférieurs)
- Pouls périphériques (un anévrisme de l'aorte peut entraîner une modification ou une asymétrie des pouls)
- L'état de choc peut entraîner une modification des signes vitaux et du temps de remplissage capillaire
- Douleur abdominale (parfois projetée à partir des poumons, dans les cas de pneumonie, ou du cœur, lors d'un infarctus du myocarde)

Considérations en regard des personnes âgées

- On ne doit pas se fier aux symptômes classiques propres à la maladie chez les personnes âgées en raison de leur perception amoindrie de la douleur, des affections concomitantes et de la fonction organique réduite découlant du processus de vieillissement
- Les symptômes tendent à se présenter plus tard au cours de la maladie
- Les symptômes peuvent être aspécifiques et/ou mal localisés, compliquant ainsi l'établissement du diagnostic différentiel
- Ces personnes sont plus susceptibles d'avoir un déficit intellectuel et/ou des altérations de l'état mental lors de la consultation, compliquant ainsi l'évaluation et le diagnostic
- Le délire et la confusion accompagnent souvent une constipation, une hydratation inadéquate et une anémie attribuable à une perte de sang dans l'appareil digestif
- Il peut y avoir absence de fièvre, même lors d'une infection grave
- Comme la perception de la douleur est réduite, il se peut que le sujet ne présente pas les symptômes classiques de l'abdomen aigu

- Les personnes âgées courent un risque plus élevé de contracter certaines affections et d'avoir des complications en raison du processus de vieillissement (affections cardiovasculaires [anévrisme de l'aorte abdominale, ischémie intestinale paroxystique], cholécystopathie, occlusion intestinale, ulcère gastroduodéal, constipation)
- Envisagez un test de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes de > 50 ans au moyen du toucher rectal et/ou du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS)<sup>1</sup>

## AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL DIGESTIF

### FISSURE ANALE<sup>2,3,4</sup>

Lésion longitudinale douloureuse de la muqueuse anale.

#### CAUSES

- Constipation chronique
- Traumatisme du canal anal (causé par des selles dures, des relations anales, un corps étranger)
- Complication de la maladie de Crohn, de la colite ulcéreuse, du VIH/sida, de la syphilis, de la leucémie, de la tuberculose ou du cancer

Lorsqu'il y a fissure anale, un cycle de lésions récurrentes s'enclenche : des spasmes du sphincter anal provoquent la rétraction des bords de la lésion, empêchant ainsi la guérison de celle-ci, et la blessure ressurgit pendant la défécation, ce qui peut mener à une fissure chronique. Si la lésion ne guérit pas à la suite du traitement, soupçonnez une cause sous-jacente.

#### ANAMNÈSE

- Douleur aiguë pendant et après la défécation (la douleur peut être vive; elle est souvent décrite comme une « déchirure »)
- Douleur pouvant persister pendant plusieurs heures après la défécation
- Léger écoulement de sang rouge clair à la défécation
- Saignement généralement peu abondant (qui, dans bien des cas, n'apparaît que sur le papier hygiénique après l'essuyage)
- Irritation ou prurit périanal
- Constipation causée par la peur de la douleur
- Se rencontre généralement chez les adultes jeunes ou d'âge moyen
- Cause la plus fréquente de douleurs périanales chroniques

#### OBSERVATIONS

Pour examiner la région anale, demandez au client de s'allonger sur le côté gauche, les genoux relevés vers la poitrine. Écartez fermement les fesses pour bien voir le tissu anal.

- Des hémorroïdes peuvent être dissimulées par la muqueuse anale sus-jacente
- Une fissure aiguë a l'aspect d'une lacération récente
- On observe à la base de la blessure une enflure, une marisque et une fibrose du sphincter (fissure chronique)
- On n'observe habituellement qu'une seule fissure, qui se trouve près de la ligne médiane postérieure (soupçonnez un autre diagnostic sous-jacent si la fissure ne se trouve pas près de la ligne médiane ou s'il y a plusieurs fissures)
- Le toucher rectal est très douloureux

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hémorroïdes externes thrombosées
- Abscess périanal ou périrectal
- Maladie intestinale inflammatoire (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
- Infections transmissibles sexuellement (VIH/sida, syphilis)
- Tumeur anorectale
- Tuberculose
- Leucémie
- Proctite

#### COMPLICATIONS

- Constipation
- Fissure anale chronique
- Spasme et douleur secondaires au niveau du sphincter

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Aucun

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager la douleur, le spasme au niveau du sphincter
- Favoriser la cicatrisation
- Traiter la constipation sous-jacente
- Éviter la récurrence
- Prévenir la formation d'une sténose

**Interventions non pharmacologiques**

- La plupart des fissures aiguës sont superficielles et guérissent spontanément en 4-6 semaines
- Bains de siège de 20 minutes, 3 ou 4 fois par jour, dans de l'eau tiède salée

**Éducation du client**

- Expliquez au client les règles d'hygiène périnéale et les moyens de prévenir l'infection
- Conseillez le client sur ses habitudes de vie et son régime alimentaire (accroître l'apport en fibres alimentaires et en liquides, le niveau d'activité physique)

**Interventions pharmacologiques**

Diminution de la douleur locale et de l'inconfort

Les préparations topiques sans corticostéroïdes peuvent être utiles :

onguent de sulfate de zinc (Anusol), bid et après chaque selle

L'onguent est préférable au suppositoire parce que la préparation demeure dans la région atteinte.

Cicatrisation, réduction de la douleur persistante provoquée par la défécation

administration d'agents qui augmentent le bol fécal et de laxatifs émoulinants (*voir la section « Interventions pharmacologiques » sous « Constipation »*)

**Surveillance et suivi**

Suivi après 1-2 semaines.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Fixez un rendez-vous avec le médecin si la fissure n'est pas cicatrisée après 4-6 semaines, si la fissure ne se trouve pas près de la ligne médiane, si le client a des antécédents de fissures chroniques, s'il a des douleurs intolérables, si vous soupçonnez une maladie inflammatoire ou si le client a des antécédents de maladies inflammatoires ou d'autres affections sous-jacentes à l'origine de la fissure.

**CONSTIPATION**<sup>5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18</sup>

D'après les critères diagnostiques de Rome III pour les troubles fonctionnels intestinaux, la constipation se traduit par la présence d'au moins deux des symptômes suivants pendant une période de 12 semaines au minimum; ces symptômes doivent apparaître au moins 6 mois avant l'établissement du diagnostic<sup>17,19</sup> :

- Moins de trois selles par semaine
- On constate un ou plusieurs des symptômes ci-dessous dans au moins 25 % des défécations :
  - Efforts d'évacuation
  - Selles dures ou grumeleuses
  - Impression que le rectum n'a pas complètement été vidé après la selle
  - Impression de blocage ou d'obstruction ano-rectal
  - Manœuvres nécessaires pour faciliter la défécation (par exemple, évacuation digitale, pression pelvienne externe)

De plus, les selles diarrhéiques sont rares si aucun laxatif n'est utilisé. Le client ne répond pas aux critères du syndrome du côlon irritable (*voir « Syndrome du côlon irritable »*).

**CAUSES**

- Ne pas tenir compte du besoin d'aller à la selle (habitude pour éviter l'inconfort causé par des hémorroïdes ou une fissure anale)
- Insuffisance de liquides et de fibres alimentaires
- Mauvaises habitudes intestinales
- Inactivité physique
- Grossesse
- Effets secondaires de certains médicaments
- Abus de laxatifs
- Cancer du côlon ou du rectum
- Troubles du gros intestin (transit intestinal lent, défécation dyssynergique, syndrome du côlon irritable)

- Dystrophie myotonique
- Sclérodémie généralisée
- Sténoses intestinales (secondaires à une affection intestinale inflammatoire, postchirurgicale)
- Problèmes endocriniens (hypothyroïdie, diabète sucré, panhypopituitarisme)
- Affections neurologiques (neuropathie autonome, maladie de Hirschsprung, maladie de Chagas, pseudo-obstruction intestinale, sclérose en plaques, lésion médullaire, maladie de Parkinson)

### MÉDICAMENTS ASSOCIÉS À LA CONSTIPATION

- Amantadine
- Antipsychotiques
- Anticholinergiques
- Antihistaminiques (de première génération)
- Anticonvulsivants (par exemple, phénytoïne, carbamazépine)
- Agents contenant des ions métalliques (par exemple, antiacides à l'aluminium, suppléments de calcium, préparations de fer)
- Inhibiteurs calciques
- Diurétiques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Analgésiques opioïdes
- Pseudoéphédrine
- Antidépresseurs tricycliques

### ANAMNÈSE

La constipation est un symptôme et non une maladie. Il est donc important de procéder à un examen physique minutieux et de vérifier de près les antécédents médicaux du client afin de déterminer les causes sous-jacentes.

- Habitudes intestinales
- Durée de la constipation (problème récent ou chronique)
- Changements récents sur le plan de l'évacuation intestinale ou de la consistance des selles
- Fréquence des selles
- Difficulté à évacuer les selles (efforts, manœuvres nécessaires, impression de blocage ou d'occlusion intestinale, impression que le rectum n'est pas complètement vidé)
- Rectorragie (hémorroïdes)
- Fausse diarrhée
- Douleur abdominale, crampes et ballonnement associés à la fonction intestinale

- Défécation douloureuse (hémorroïdes, fissure anale)
- Ténésme
- Moment des dernières selles
- Apport hydrique
- Apport alimentaire (teneur en fibres)
- Activité et exercice
- Médication actuelle, consommation actuelle et antérieure de laxatifs
- Présence de stress émotionnel, d'anxiété ou de dépression (surtout chez les personnes âgées)
- Troubles de l'alimentation
- Grossesse (actuelle)
- Troubles endocriniens (par exemple, diabète sucré, hypothyroïdie)
- Affections neurologiques (par exemple, maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
- Collagénose avec manifestations vasculaires (par exemple, sclérodémie généralisée)
- Mesure dans laquelle le client comprend le fonctionnement normal des intestins

### OBSERVATIONS

- Habituellement pas de souffrance
- Le client semble bien portant
- Distension possible de l'abdomen; son tympanique
- Les bruits intestinaux sont normaux, mais ils peuvent être moindres dans les cas de constipation chronique
- Les bruits intestinaux sont normaux ou sourds dans le quadrant inférieur gauche; les mêmes observations valent aussi parfois pour le quadrant inférieur droit
- Les matières fécales peuvent être palpables dans le quadrant inférieur gauche ou droit
- Les quadrants inférieurs gauche et droit peuvent être sensibles
- Petites selles dures dans le rectum ou rectum vide
- Hémorroïdes ou fissures anales possibles



**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Syndrome du côlon irritable
- Maladie diverticulaire
- Occlusion intestinale partielle
- Fissure rectale
- Fissure anale ou hémorroïdes
- Inactivité physique
- Cancer du côlon, du rectum ou d'un autre organe
- Maladies du gros intestin
- Problèmes endocriniens (par exemple, hypothyroïdie)
- Affections neurologiques (par exemple, maladie de Parkinson)

**COMPLICATIONS**

- Douleur abdominale chronique
- Hémorroïdes
- Fissure anale
- Fécalome
- Incontinence anale et urinaire
- Rétention urinaire
- Hernie inguinale provoquée par l'effort pendant la défécation
- Occlusion intestinale

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Dosage de l'hémoglobine

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Favoriser la régularité des selles
- Éliminer les facteurs contributifs
- Déceler et traiter la maladie sous-jacente
- Traiter et prévenir les complications (par exemple, fécalome, hémorroïdes, fissures anales, prolapsus rectal, incontinence anale, occlusion intestinale)
- Éliminer la nécessité de forcer pendant la défécation et prévenir les effets secondaires d'efforts répétés (par exemple, hernie, reflux gastro-œsophagien, dysfonction coronarienne et cérébrale chez les personnes âgées)

**Interventions non pharmacologiques**

- Veillez à ce que l'apport hydrique soit adéquat, c'est-à-dire 1,5-2 l/jour
- Veillez à ce que la consommation de fibres alimentaires soit adéquate, c'est-à-dire 20-30 g/jour. Recommandez au client de consommer du son, des grains entiers, des fruits et légumes, du jus de pruneaux et de la compote de pruneaux et de figues
- Mettez fin à la prise des médicaments qui provoquent la constipation, si possible
- Réduisez au minimum l'usage de laxatifs
- Incitez le client à faire des exercices pour détendre les structures périnéales et les muscles externes du sphincter anal

**Éducation du client**

- Expliquez en quoi consiste la constipation ainsi que les règles à suivre pour l'éviter
- Soulignez l'importance d'évacuer les selles dès que le besoin se fait sentir, en précisant au client que s'il ne tient pas compte de ce besoin, il sera moins réceptif au fil du temps
- Encouragez le client à fixer un moment précis après un repas pour aller à la selle, alors que l'activité du côlon a été stimulée, afin de favoriser l'apparition d'un réflexe conditionné (le moment idéal est tôt le matin après le déjeuner)
- Conseillez au client d'éviter de rester trop longtemps sur le siège de toilette
- Incitez les clients plus âgés et sédentaires à faire plus d'activités physiques
- Informez le client que la rééducation intestinale peut prendre des mois (il faut faire preuve de patience et de persistance et continuer d'observer les nouvelles règles alimentaires)

**Interventions pharmacologiques**

La prise de certains médicaments peut être nécessaire pour soulager la constipation dans un premier temps. Évitez de donner un traitement prolongé par laxatifs.

**Constipation aiguë**

Pour soulager rapidement le client souffrant de constipation, utilisez des laxatifs osmotiques :

hydroxyde de magnésium (lait de magnésie), 30-60 ml/jour PO (peut être administré en doses fractionnées). Évitez d'administrer ce produit si vous soupçonnez une diminution de la fonction rénale.

ou

lactulose, 15-30 ml/jour PO

Il est possible d'ajouter un stimulant péristaltique en cas de constipation sévère si le client ne répond pas bien au traitement par laxatifs osmotiques :

senosides (Senokot), 1-2 comprimés 1 ou 2 fois par jour jusqu'à l'évacuation des selles

On peut aussi recommander au client de recourir à un agent qui augmente le bol fécal (doit être pris avec une quantité suffisante de liquides) :

psyllium (Metamucil), 1 c. à thé (5 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide, PO, 1-4 fois par jour

Le client peut se procurer du Metamucil avec une prescription auprès d'un fournisseur de services pharmaceutiques des SSNA.

Administrez d'abord une seule dose quotidienne d'un agent qui augmente le bol fécal, puis augmentez la fréquence des doses tous les 2-3 jours, selon la tolérance du client.

Si le client a de la difficulté à évacuer les selles, ajoutez :

suppositoires de glycérine, 1 ou 2 par jour, prn

ou

lavement Fleet prn, pendant 3-4 jours

Dans les cas de fécalome, procédez à une extraction manuelle au besoin. Utilisez des lavements (par exemple, Fleet, solution salée, rétention d'huile). Faites un suivi attentif jusqu'à ce que les selles soient régulières.

### Constipation chronique

Les médicaments suivants peuvent s'ajouter aux interventions non pharmacologiques :

*Étape 1* : Recommandez au client de recourir à un agent qui augmente le bol fécal (doit être pris avec une quantité suffisante de liquides) :

psyllium (Metamucil), 1 c. à thé (5 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide, PO, 1-3 fois par jour

Le client peut se procurer du Metamucil avec une prescription auprès d'un fournisseur de services pharmaceutiques des SSNA.

Administrez d'abord une seule dose quotidienne d'un agent qui augmente le bol fécal, puis augmentez la fréquence des doses tous les 2-3 jours, selon la tolérance du client.

*Étape 2* : Pour soulager rapidement le client souffrant de constipation, ajoutez des laxatifs osmotiques :

hydroxyde de magnésium (lait de magnésie), 15-40 ml/jour PO. Évitez d'administrer ce produit si vous soupçonnez une diminution de la fonction rénale. Peut causer des crampes abdominales.

ou

lactulose, 15-30 ml/jour PO. Peut augmenter les gaz intestinaux.

Il est possible d'ajouter un stimulant péristaltique en cas de constipation sévère si le client ne répond pas bien au traitement par laxatifs osmotiques :

senosides (Senokot), 1-2 comprimés 1 ou 2 fois par jour jusqu'à l'évacuation des selles

*Étape 3* : Si le client a de la difficulté à évacuer les selles, ajoutez :

suppositoire de glycérine, 1 ou 2 par jour, prn

### Surveillance et suivi

Faites des contrôles réguliers toutes les 2-4 semaines, jusqu'à ce que les selles soient régulières. On recommande de continuer à administrer des agents augmentant le volume du bol fécal sur une longue période. Une fois la constipation traitée, procédez à un traitement dégressif afin de maintenir une évacuation régulière des selles.

Le docusate sodique (Colace), un laxatif émollient, convient mieux dans les cas où l'effort doit être évité pendant une période définie.

L'utilisation à long terme de stimulants péristaltiques (senosides) et de lavements Fleet doit être évitée.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour d'autres analyses dans les cas suivants :

- sang occulte décelé dans les selles;
- faible taux d'hémoglobine;
- symptômes d'une autre maladie organique;
- la constipation est apparue récemment chez une personne de plus de 50 ans;
- la constipation ne disparaît pas malgré un traitement approprié

Un effort important à la défécation ou une sensation persistante de plénitude rectale, même si le rectum est vide, justifie une évaluation plus poussée.

## DÉSHYDRATATION (HYPOVOLÉMIE)<sup>20,21,22,23,24,25,26</sup>

Diminution anormale du volume plasmatique circulant.

### CAUSES

- Élimination urinaire excessive (par exemple, prise de diurétiques, polyurie ou polydipsie inexplicée)
- Pertes excessives par voie digestive (vomissements, diarrhée, accumulation de liquide dans l'abdomen attribuable à une ascite ou à une pancréatite)
- Pertes excessives par voie cutanée (brûlures, fièvre, dermatite exfoliatrice)
- Apport alimentaire ou hydrique insuffisant (maladie gastro-intestinale, immobilité, perte de conscience, déficience intellectuelle)

### TYPES

#### Déshydratation hypotonique

- Principalement causée par une perte de sodium (perte de sodium plus importante que la perte d'eau)
- Peut être attribuable au remplacement des pertes gastro-intestinales (vomissements et diarrhée) par des liquides hyposodiques, comme du jus dilué, des boissons au cola ou du thé faible
- Plus rapidement symptomatique que la déshydratation isotonique ou hypertonique (à titre indicatif, utilisez la perte pondérale estimative :  
3 % = légère déshydratation,  
6 % = déshydratation modérée,  
9 % = déshydratation sévère)
- La léthargie et l'irritabilité sont fréquentes; le collapsus vasculaire peut survenir promptement

#### Déshydratation isotonique

- Perte d'eau et de sodium (la perte d'eau et de sels minéraux s'effectue dans les mêmes proportions)
- Symptômes moins spectaculaires que ceux de la déshydratation hypotonique (à titre indicatif, utilisez la perte pondérale estimative :  
5 % = légère déshydratation,  
10 % = déshydratation modérée,  
15 % = déshydratation sévère)

#### Déshydratation hypertonique

- Principalement causée par une perte d'eau (la perte d'eau est plus importante que la perte de sels minéraux)
- Peut être attribuable à l'utilisation d'une dose de charge sodée trop massive pour compenser les pertes gastro-intestinales, à une sécrétion rénale importante d'eau libre (diurétiques), à des pertes insensibles importantes d'eau (exposition à la chaleur), au diabète insipide, à des infections et à la fièvre
- La texture épaisse et pâteuse de la peau (pli cutané rare), la tachypnée et la polydipsie sont des symptômes typiques
- L'état de choc est un symptôme survenant beaucoup plus tardivement

### EXAMEN PHYSIQUE

- Déterminez la possibilité d'une hypotension orthostatique si, en position couchée, la tension artérielle semble normale. Une fois le client en position couchée, attendez 5–10 minutes avant de prendre sa tension artérielle. Reprenez-la immédiatement après que le client s'est mis en position assise ou debout, puis une troisième fois, dans cette même position, 2–3 minutes plus tard. L'hypotension orthostatique est manifeste s'il y a une chute de la tension artérielle systolique  $\geq 20$  mm Hg ou de la tension diastolique  $\geq 10$  mm Hg, lorsque le client passe de la position couchée à la position assise ou debout<sup>27</sup>
- Déterminez la possibilité d'une tachycardie orthostatique (état apyrétique: pouls > 100 battements/minute ou changement de la fréquence cardiaque de 10 à 20 battements/minute lorsque le client change de position, tel qu'il est décrit au point précédent)
- Vérifiez le poids (une perte de poids très marquée peut aider à déterminer le degré de déshydratation)
- Perte estimative – La perte d'un litre équivaut à une perte pondérale d'environ 1 kg (voir le tableau 1 « Signes physiques selon le degré de déshydratation »)

Tableau 1 – Signes physiques selon le degré de déshydratation

Signe clinique	Légère déshydratation	Déshydratation modérée*	Déshydratation sévère*
Perte hydrique (% du poids corporel)	< 6 %	de 6 % à 10 %	> 10 %
Pouls radial	Normal	Rapide, faible	Très rapide, faible
Respiration	Normale	Profonde	Profonde, rapide
Tension artérielle systolique	Normale	Basse ou changement > 10 mm Hg en position orthostatique	Très basse ou imperceptible
Pli cutané	Disparaît rapidement	Disparaît lentement	Disparaît très lentement
Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés
État mental	Éveillé	Agité	Somnolent, comateux
Débit urinaire	Normal	Peu abondant	Oligurie
Voix	Normale	Rauque	Inaudible

\*La déshydratation modérée ou sévère peut s'accompagner de perturbations de l'équilibre électrolytique.

### Considérations en regard des personnes âgées

- Clients déshydratés présentant des signes et des symptômes non spécifiques
- Une perte de poids marquée constitue le signe le plus distinctif. (Remarque : Chez les personnes âgées, comme la teneur en eau de l'organisme est moindre comparativement à la masse pondérale, le volume d'eau extracellulaire est encore plus réduit lors d'une perte de poids.)
- Il peut y avoir d'autres explications aux résultats évoquant une hypovolémie (par exemple, la sécheresse buccale peut être causée par des médicaments, la faiblesse musculaire peut être attribuable à l'inaction et à une atrophie)
- Les personnes âgées courent un risque plus élevé d'hypernatrémie en raison de l'altération de la réponse dipsogène et de leurs limites physiques (comme l'impotence et la dysphagie) les empêchant de consommer une plus grande quantité de liquides
- Le risque de déshydratation est plus élevé chez les personnes âgées qui répondent, notamment, aux critères ci-dessous :
  - femmes
  - > 85 ans
  - > 4 affections chroniques
  - > 4 médicaments
  - état grabataire
  - usage de laxatifs
  - infections chroniques

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Rétablir un état d'hydratation normal
- Déterminer et corriger la cause de la déshydratation

#### Interventions non pharmacologiques

Voir « État de choc » dans le chapitre intitulé « Urgences générales et traumatismes majeurs ».

#### Principes généraux de la réhydratation

Un traitement de réhydratation compte deux éléments : les liquides d'entretien (pour combler les pertes liquidiennes continues) et les liquides de remplacement (pour corriger le déficit hydrique et électrolytique).

- Assurez-vous de calculer le volume de liquide requis comme suit : pertes connues (par exemple, diurèse, vomissements) + besoins hydriques de base + liquides de remplacement des pertes
- Si le client mange, calculez l'apport liquidien à 75 % du volume total
- Dans un cas de déshydratation hypotonique ou isotonique, calculez la quantité totale de liquides (besoins de base plus remplacement des pertes) pour les 24 premières heures. Administrez la moitié de cette quantité dans les 8 premières heures et l'autre moitié dans les 16 heures suivantes

- Dans un cas de déshydratation hypertonique, compensez lentement les pertes hydriques (sur une période d'environ 48 heures)
- N'ajoutez pas de potassium au traitement IV avant que le débit urinaire ne soit établi (l'acidocétose diabétique peut constituer une exception, car la correction de l'hyperglycémie et de l'acidose peut entraîner rapidement l'hypokaliémie)

Il faut chercher la cause sous-jacente de la déshydratation tout en administrant le traitement de réhydratation, afin d'éviter que des pertes hydriques persistantes n'entraînent une nouvelle déshydratation.

### Méthodes de réhydratation

Par voie orale

- La réhydratation par voie orale est le traitement initial à moins que le volume du déficit et la sévérité des symptômes ou que l'impossibilité d'une absorption par voie orale rendent nécessaire le traitement IV
- Les solutions orales de réhydratation sont efficaces, mais ce traitement doit être tenté chez les clients ayant une tension artérielle suffisante qui peuvent prendre des liquides par voie orale
- Les solutions orales de réhydratation doivent contenir du sodium et du glucose pour que l'absorption de ces deux éléments par l'organisme soit maximale

On peut se servir de sel et de sucre ordinaires pour faire une solution orale de réhydratation à la maison : 1 c. à thé (5 ml) de sel, 8 c. à thé (40 ml) de sucre (sucre brut sous toutes ses formes), 4 tasses (1 l) d'eau. Il faut faire preuve de vigilance lorsqu'on recommande cette préparation, car les risques d'erreur sont grands<sup>28</sup>. On peut également se procurer des solutions commerciales (par exemple, Gastrolyte).

Par voie intraveineuse

- Le traitement de réhydratation de choix se fait au moyen d'un soluté physiologique ou du soluté lactate de Ringer
- Une perfusion trop rapide chez les clients ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque ou les personnes âgées peut provoquer une surcharge liquidienne

### Maintien de l'équilibre liquidien<sup>29</sup>

Les besoins liquidiens d'entretien varient selon le poids de l'adulte (*voir le tableau 2 « Besoins liquidiens d'entretien chez les adultes de 20–80 kg (base horaire) »* ci-dessous). Des affections diverses peuvent aussi modifier ces besoins (*voir le tableau 3 « Affections modifiant les besoins liquidiens quotidiens »*). L'apport liquidien quotidien devrait être augmenté de 100–150 ml/jour pour chaque degré Celsius dépassant 37,0 °C (température buccale). Les liquides d'entretien peuvent être administrés par voie orale ou intraveineuse.

**Tableau 2 – Besoins liquidiens d'entretien chez les adultes de 20–80 kg (base horaire)<sup>29</sup>**

#### Méthode de calcul

4 ml/kg par heure pour les 10 premiers kg de poids corporel  
 + 2 ml/kg par heure pour les 10 kg suivants (c'est-à-dire les 10 kg s'ajoutant aux 10 premiers kg de poids corporel)  
 + 1 ml/kg par heure pour chaque kg excédant 20 kg de poids corporel

**\*\*Maximum de 120 ml par heure ou 3 000 ml par jour pour assurer le maintien de l'équilibre liquidien**

#### Exemples

Adulte de 20 kg : (10 kg x 4 ml/kg/h) + (5 kg x 2 ml/kg/h) = 50 ml/h = 50 ml par heure  
 Adulte de 45 kg : (10 kg x 4 ml/kg/h) + (10 kg x 2 ml/kg/h) + (25 kg x 1 ml/kg/h) = 85 ml par heure

**Tableau 3 – Affections modifiant les besoins liquidiens quotidiens<sup>29</sup>**

Augmentation des besoins	Diminution des besoins
Fièvre, sudation	Insuffisance rénale
Diarrhée ou vomissements abondants et persistants	Œdème (par exemple, en raison d'une insuffisance cardiaque ou d'une cirrhose)
Diabète	Hypothyroïdie
Brûlures	

Remarque : En cas de fièvre, l'apport liquidien quotidien devrait être augmenté de 100–150 ml/jour pour chaque degré Celsius dépassant 37,0 °C (température buccale)

**Réhydratation (liquides de remplacement)<sup>29</sup>**

Le traitement de réhydratation varie selon la perte liquidienne.

Aucune formule ne permet de calculer avec précision les pertes liquidiennes, sauf si la perte de poids corporel est connue. Des signes cliniques comme la tension artérielle, le signe du pli cutané, l'état mental et le débit urinaire servent à évaluer la perte liquidienne. Le traitement substitutif varie selon le degré de déshydratation (*voir le tableau 1 « Signes physiques selon le degré de déshydratation » pour déterminer le degré de déshydratation*). Ces signes sont également pris en compte pour suivre la réponse au traitement et évaluer les besoins pour d'autres traitements de réhydratation.

Les lignes directrices ci-dessous concernant l'état d'hypernatrémie et d'hyponatrémie devront être modifiées de manière à éviter tout risque de lésion neurologique.

**Déshydratation légère à modérée**

- Administrez 50–100 ml de solution de réhydratation orale toutes les heures, dans la mesure du possible, pour combler toute perte en cours (par exemple, vomissements, débit urinaire, diarrhée) et les besoins liquidiens d'entretien. *Voir le tableau 2 « Besoins liquidiens d'entretien chez les adultes de 20–80 kg (base horaire) »*
- Donnez à boire souvent et en petites quantités
- L'apport hydrique dans les 24–48 premières heures doit suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte en cours par voie digestive, urinaire et cutanée

**Déshydratation sévère**

- Pratiquez une perfusion IV en mettant en place deux tubulures de gros calibre (16 ou 18) et administrez du soluté physiologique ou du soluté lactate de Ringer
- Administrez rapidement un bolus de 20 ml/kg de soluté physiologique ou de soluté lactate de Ringer par IV sur une période de 15 minutes (perfusez plus lentement le soluté si le client présente des risques d'insuffisance cardiaque ou s'il est plus âgé)
- Réévaluez l'état du client afin de détecter tout signe persistant de choc hypovolémique, d'insuffisance cardiaque et de détresse respiratoire
- Si l'état de choc persiste, continuez d'administrer la solution sous forme de bolus de 500–1 000 ml et réévaluez l'état du client après chaque bolus

- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min, une tension artérielle systolique > 90 mm Hg et un état mental normal
- Adaptez le débit de perfusion en fonction de la réponse clinique (le traitement IV continu dépend de la réponse à la réanimation liquidienne initiale, des pertes en cours et de la cause sous-jacente de la déshydratation)
- Consultez un médecin dès que possible après avoir amorcé le traitement de réhydratation

**Potassium**

- L'administration de potassium peut être inutile dans un cas de légère déshydratation
- En cas de déshydratation modérée ou sévère attribuable à des pertes par voie digestive ou rénale, *l'administration de potassium* (par exemple, chlorure de potassium) *est parfois nécessaire*. Consultez un médecin au sujet d'une prescription

**Surveillance et suivi**

Surveillez fréquemment l'hydratation, l'état général et les signes vitaux jusqu'à ce la situation se stabilise. Faites un suivi après 24 heures (avant, si l'absorption orale ne compense pas les pertes).

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Procédez à l'évacuation médicale de tout client :

- qui est modérément déshydraté (perte pondérale de 6 % à 10 %) si sa tension artérielle et son état mental ne reviennent pas à des valeurs normales dans l'heure qui suit l'amorce du traitement de réhydratation
- qui est sévèrement déshydraté (perte pondérale  $\geq$  10 %)
- qui est âgé et présente plusieurs problèmes de santé
- qui ne peut tolérer les liquides administrés par voie orale
- chez qui les bruits intestinaux sont absents
- qui présente une sensibilité à la palpation ou à la palpation appuyée au niveau de l'abdomen
- qui présente une forte fièvre et semble gravement malade

## DIARRHÉE<sup>30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup>

Émission fréquente de selles molles ou liquides (en grande quantité ou non).

- *Diarrhée aiguë* : diarrhée durant moins de 14 jours
- *Diarrhée persistante* : diarrhée durant plus de 14 jours
- *Diarrhée chronique* : diarrhée durant plus de 30 jours

La diarrhée est un symptôme et non une maladie. Il faut donc procéder à un examen physique minutieux et vérifier de près les antécédents médicaux du client pour en trouver la cause sous-jacente. La diarrhée aiguë est habituellement causée par une infection virale, bactérienne ou parasitaire et est spontanément résolutive. Si les symptômes persistent pendant plus de 14 jours, il faut procéder à un examen approfondi pour trouver d'autres facteurs causals.

### CAUSES

#### *Diarrhée aiguë*<sup>53</sup>

- Infection virale (cause la plus fréquente) : norovirus, rotavirus; chez les clients immunodéprimés : cytomégalovirus, adénovirus, virus *Herpes simplex* et virus de l'hépatite A
- Infection bactérienne : *Campylobacter*, *Clostridium difficile* (la prise récente d'antibiotiques et l'immunodéficience sont des facteurs de risque), *Escherichia coli*, *E. coli O157:H7*, *Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus aureus*, *Yersinia*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Vibrio parahaemolyticus*
- Infection parasitaire (par exemple, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Microsporidie*, *Isospora*, *Cyclospora*)

#### *Diarrhée persistante ou chronique*<sup>54</sup>

- Diarrhée osmotique : ingestion de magnésium, de phosphate ou de sulfate; malabsorption des glucides
- Diarrhée grasseuse (stéatorrhée) : syndromes de malabsorption (malabsorption par résection intestinale étendue, post-résection) et de maldigestion (insuffisance pancréatique exocrine)
- Diarrhée inflammatoire : affection intestinale inflammatoire (colite ulcéreuse, maladie de Crohn, diverticulite), colique ischémique, néoplasie

- Diarrhée sécrétoire : médicaments (antibiotiques, antiacides, laxatifs), trouble de motilité (syndrome du côlon irritable, post-vagotomie), vascularite, affections endocriniennes (hyperthyroïdie, diabète sucré), néoplasie, tumeurs neuroendocriniennes
- Autres : diarrhée factice, fausse diarrhée secondaire à une constipation

Pendant la débâcle du printemps et à la fin de l'été, les éclosions de diarrhée à *E. coli* sont courantes lorsque l'eau est de piètre qualité. *E. coli* et des parasites peuvent être en cause si le client a récemment voyagé. Le botulisme est une forme rare de clostridiose; la toxine du botulisme est sécrétée, causant ainsi des symptômes neurologiques.

### ANAMNÈSE

- Apparition, fréquence, volume et durée d'émission de selles trop molles et liquides
- Présence de sang, de pus ou de mucus, méléna, stéatorrhée (selles grasses et volumineuses)
- Douleur abdominale (possibilité de crampes)
- Relation possible avec l'ingestion d'un aliment particulier
- Incontinence fécale (pouvant être confondue avec de la diarrhée)
- Relation possible avec la consommation actuelle ou récente de médicaments, de suppléments alimentaires, d'herbes, de produits de médecine traditionnelle
- Voyage récent
- Apport alimentaire et hydrique au cours des 24 dernières heures
- Consommation récente d'eau non traitée
- Symptômes connexes (par exemple, nausées ou vomissements, fièvre, céphalées, soif, sensation ébrieuse, douleur articulaire, aphtes buccaux)
- Diminution du débit urinaire (possible si la diarrhée est sévère ou prolongée)
- Antécédents personnels ou familiaux d'affections intestinales (par exemple, affection intestinale inflammatoire, diverticulose)
- Antécédents sexuels (possibilité de proctite, d'infection à VIH)
- Hospitalisation récente

Si la diarrhée est sanglante, envisagez une infection bactérienne (*Shigella*, *Salmonella*, *E. coli O157:H7*) ou une affection intestinale inflammatoire ou ischémique.

**OBSERVATIONS**

- La température peut être élevée (si la diarrhée résulte d'une affection intestinale infectieuse ou inflammatoire)
- La fréquence cardiaque peut être accélérée (s'il y a déshydratation, fièvre ou dérèglement métabolique)
- Perte pondérale (si la diarrhée est chronique ou si le client est déshydraté)
- Tension artérielle faible si la déshydratation est sévère
- Hypotension orthostatique si la déshydratation est modérée
- Le client semble légèrement ou gravement incommodé (selon la cause et la sévérité de la diarrhée)
- Sécheresse possible des muqueuses
- Les yeux peuvent être cernés et enfoncés
- La peau peut sembler sèche (persistance du pli cutané)
- Sclère ou teint bilieux (cas d'hépatite A)
- L'abdomen peut être légèrement distendu par les gaz
- Les bruits intestinaux sont anormalement nombreux
- Hypersonorité de l'abdomen s'il y a excès de gaz.
- L'abdomen peut être légèrement sensible à la palpation dans tous les quadrants
- Présence possible d'une masse abdominale (selon la cause sous-jacente de la diarrhée, par exemple, maladie de Crohn)
- Examen rectal (délicat) visant à déterminer la sensibilité (proctite), la présence de masses ou de fécalomes (entraîne une fausse diarrhée)
- La région périanale peut être irritée ou excoriée
- Présence de symptômes neurologiques: vision trouble, paresthésie, faiblesse motrice (botulisme)

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Infection virale
- Infection bactérienne
- Infection parasitaire
- Régime alimentaire (par exemple, consommation excessive d'alcool ou de fruits)
- Prise de médicaments (par exemple, prise actuelle ou récente d'antibiotiques, de suppléments alimentaires, de laxatifs)
- Syndrome du côlon irritable

- Maladie intestinale inflammatoire (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, colite ischémique)
- Fécalome avec fausse diarrhée
- VIH ou sida
- Syndrome de malabsorption (par exemple, carence en lactase)

Voir la section « Causes » (sous « Diarrhée »).

**COMPLICATIONS**

- Déshydratation (voir « Déshydratation (hypovolémie) »)
- Malabsorption (émaciation, anémie)
- Fissure, fistule
- Prolapsus rectal
- Hémorroïdes
- Infection générale (septicémie)
- Syndrome hémolytique et urémique

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Culture, antibiogramme et examen parasitologique des selles en vue de détecter une maladie grave; observation des symptômes diarrhéiques pendant plusieurs jours; antécédents de maladie intestinale inflammatoire, diarrhée sanglante
- Recherche de *C. difficile* dans les selles en cas d'antibiothérapie ou d'hospitalisation récente
- Dépistage du VIH (en présence de diarrhée chronique ou de comportements à risque)
- Hémocultures si vous soupçonnez une septicémie

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Établir une motilité intestinale normale
- Prévenir les complications (par exemple, déshydratation)
- Éviter les complications des anti-diarrhéiques (par exemple, constipation, mégacôlon toxique)

**Consultation**

Consultez un médecin si la déshydratation est modérée ou sévère ou en cas de diarrhée sanglante.



### Interventions non pharmacologiques

#### Modifications de l'alimentation

- Il est possible que le client doive jeûner pendant une brève période (6 heures) si les selles sont fréquentes et liquides, ou si la diarrhée s'accompagne de vomissements
- En cas de diarrhée aiguë, la meilleure stratégie peut consister à combiner des bouillons clairs, des solutions orales de réhydratation et une petite quantité de liquides hypotoniques (par exemple, eau, jus, boissons gazeuses)
- Une diète sans lactose réduira la durée et la sévérité de la diarrhée (une malabsorption secondaire du lactose est courante à la suite d'une entérite infectieuse)
- Le client doit reprendre progressivement une diète normale dès qu'il est capable de tolérer les aliments. Le régime anti-diarrhéique constitué de bananes, de riz, de compote de pommes et de rôties n'est plus recommandé, car son apport protéinique et calorique est insuffisant<sup>55</sup>
- Le client doit d'abord envisager d'éviter le café, l'alcool, les fruits et légumes les plus riches en fibres, les viandes rouges et les aliments très épicés.
- En cas de diarrhée chronique ou persistante, l'essai, à des fins thérapeutiques, d'un régime restreint en lactose pendant deux semaines pourrait confirmer que le problème est attribuable à une intolérance au lactose

#### Éducation du client

- Expliquez au client de bien se laver les mains pour éviter de propager l'infection
- Expliquez au client comment prévenir la diarrhée récurrente (en faisant bouillir l'eau potable pendant 20 minutes au moins)
- Enseignez au client à reconnaître les signes et les symptômes de la déshydratation et demandez-lui de revenir à la clinique s'ils se manifestent
- Dans la mesure du possible, le client devrait cesser temporairement de prendre tout médicament associé à la diarrhée
- Des tampons d'ouate imbibés d'hamamélis (Tucks) peuvent soulager la région périanale à vif

#### Traitement de réhydratation

Un traitement de réhydratation compte deux éléments : les liquides d'entretien (pour combler les pertes liquidiennes continues) et les liquides de remplacement (pour corriger le déficit hydrique et électrolytique).

#### Par voie orale

- Un traitement de réhydratation par voie orale peut traiter avec succès une diarrhée aiguë; il doit être utilisé chez les clients ayant une tension artérielle suffisante, qui sont capables de boire
- Les personnes âgées ou affaiblies risquent particulièrement de souffrir de déshydratation, et l'utilisation de solutions orales de réhydratation est recommandée promptement dans le traitement
- L'eau, les jus et les boissons gazeuses ne peuvent pas remplacer les électrolytes parce qu'ils contiennent peu de sodium. Une consommation trop grande de ces liquides hypotoniques peut entraîner une hyponatrémie
- Les solutions orales de réhydratation doivent renfermer du sodium, du potassium et du glucose pour que l'absorption de ces composants soit maximale
- On peut se servir de sel et de sucre ordinaires pour faire une solution orale de réhydratation à la maison : 1 c. à thé (5 ml) de sel, 8 c. à thé (40 ml) de sucre (sucre brut sous toutes ses formes), 4 tasses (1 l) d'eau. Il faut faire preuve de vigilance lorsqu'on recommande cette préparation, car les risques d'erreur sont grands<sup>56</sup>. On peut également se procurer des solutions commerciales (par exemple, Gastrolyte)

#### Liquides d'entretien

Les besoins liquidiens d'entretien varient selon le poids de l'adulte (*voir le tableau 2 « Besoins liquidiens d'entretien chez les adultes de 20-80 kg (base horaire) » dans la section « Déshydratation (hypovolémie) »*). Des affections diverses peuvent aussi modifier ces besoins (*voir le tableau 3 « Affections modifiant les besoins liquidiens quotidiens » dans la section « Déshydratation (hypovolémie) »*). L'apport liquidien quotidien devrait être augmenté de 12 % pour chaque degré Celsius dépassant 37,5 °C (température rectale). Les liquides d'entretien peuvent être administrés par voie orale ou intraveineuse.

#### Liquides de remplacement<sup>29</sup>

Le traitement de réhydratation varie selon la perte liquidienne. Aucune formule ne permet de calculer avec précision les pertes liquidiennes, sauf si la perte de poids corporel est connue. Des signes cliniques comme la tension artérielle, le signe du pli cutané, l'état mental et le débit urinaire servent à évaluer la perte liquidienne. Le traitement substitutif varie selon le degré de déshydratation (*voir le tableau 1 « Signes*

*physiques selon le degré de déshydratation* » pour déterminer le degré de déshydratation). Ces signes sont également pris en compte pour suivre la réponse au traitement et évaluer les besoins pour d'autres traitements de réhydratation.

Les lignes directrices ci-dessous concernant l'état d'hypernatrémie et d'hyponatrémie devront être modifiées de manière à éviter tout risque de lésion neurologique.

#### Déshydratation légère à modérée

Administrez 50–100 ml de solution de réhydratation orale toutes les heures, dans la mesure du possible, pour combler toute perte en cours (par exemple, vomissements, débit urinaire, diarrhée) et les besoins liquidiens d'entretien. Voir le tableau 2 « Besoins liquidiens d'entretien chez les adultes de 20–80 kg (base horaire) » dans la section Déshydratation (hypovolémie).

- Donnez à boire souvent et en petites quantités
- Réévaluez souvent l'état du client pour vérifier s'il répond bien au traitement
- L'apport hydrique dans les 24–48 premières heures doit suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte en cours par voie digestive, urinaire et cutanée

#### Déshydratation sévère

- Pratiquez une perfusion IV en mettant en place deux tubulures de gros calibre (16 ou 18) et administrez du soluté physiologique ou du soluté lactate de Ringer
- Administrez rapidement un bolus de 20 ml/kg de soluté physiologique ou de soluté lactate de Ringer par IV sur une période de 15 minutes (perfusez plus lentement le soluté si le client présente des risques d'insuffisance cardiaque ou s'il est plus âgé)
- Réévaluez l'état du client afin de détecter tout signe persistant de choc hypovolémique, d'insuffisance cardiaque et de détresse respiratoire
- Si l'état de choc persiste, continuez d'administrer la solution sous forme de bolus de 500–1 000 ml et réévaluez l'état du client après chaque bolus
- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min, une tension artérielle systolique > 90 mm Hg et un état mental normal

- Adaptez le débit de perfusion en fonction de la réponse clinique (le traitement IV continu est établi en fonction de la réponse à la réanimation liquidienne initiale, des pertes en cours et de la cause sous-jacente de la déshydratation)
- Consultez un médecin dès que possible après avoir amorcé le traitement de réhydratation par IV

#### Interventions pharmacologiques

Enrayez les nausées et les vomissements s'ils sont importants :

dimenhydrinate (Gravol), 25–50 mg IM en dose unique, puis 50 mg PO q4-6h prn

Des antidiarrhéiques peuvent contribuer à soulager les symptômes :

chlorhydrate de loperamide (Imodium), 4 mg pour débiter, puis 2 mg après chaque selle diarrhéique jusqu'à un maximum de 16 mg/jour, puis 2–4 mg bid

Des antispasmodiques peuvent contribuer à soulager les crampes abdominales :

butylbromure d'hyoscine (Buscopan), 20 mg IM/IV, puis 10 mg PO 3–4 fois par jour

#### Surveillance et suivi

Surveillez fréquemment l'hydratation, l'état général et les signes vitaux jusqu'à ce que la situation se stabilise. Faites un suivi après 24 heures (avant, si l'absorption orale ne compense pas les pertes).

#### Orientation vers d'autres ressources médicales

Dès que possible, adressez à un médecin le client atteint de diarrhée chronique, si son état est stable, afin qu'il subisse une évaluation.

Procédez à l'évacuation médicale de tout client :

- qui est modérément déshydraté (perte pondérale de 6 % à 10 %) si sa tension artérielle et son état mental ne reviennent pas à des valeurs normales dans l'heure qui suit l'amorce du traitement de réhydratation
- qui est sévèrement déshydraté (perte pondérale  $\geq$  10 %)
- qui est âgé et présente plusieurs problèmes de santé
- qui ne peut tolérer les liquides administrés par voie orale
- chez qui les bruits intestinaux sont absents
- qui présente une sensibilité à la palpation ou à la palpation appuyée au niveau de l'abdomen
- qui présente une forte fièvre et semble gravement malade

## MALADIE DIVERTICULAIRE<sup>57,58,59,60,61,62,63,64</sup>

La maladie diverticulaire comprend la diverticulose (voir « *Diverticulose* ») et les complications de l'hémorragie diverticulaire, de même que la diverticulite (voir « *Diverticulite* ») et les complications connexes découlant d'une perforation, d'un abcès, d'une fistule et d'une occlusion.

### DIVERTICULE

Les pseudodiverticules sont les diverticules du côlon les plus courants; il s'agit de hernies de la muqueuse ou de la sous-muqueuse à travers la musculature aux sièges de pénétration des artères nourricières. La plupart des diverticules apparaissent au niveau du côlon sigmoïde et du côlon descendant.

Hémorragie diverticulaire

L'hémorragie résulte d'une faiblesse et d'une lésion progressive de l'artère nourricière du segment de l'intestin hernié. L'artère peut se rompre, entraînant ainsi une hémorragie dans la lumière digestive (voir « *Saignement gastro-intestinal inférieur* » sous « *Urgences gastro-intestinales* »).

### DIVERTICULITE

Inflammation et infection d'un ou plusieurs diverticules. Dans bien des cas, le côlon sigmoïde est atteint.

Micro ou macroperforation de la paroi diverticulaire causée par une pression accrue d'une selle qui s'impacte dans les diverticules ou par une pression intraluminaire accrue. La diverticulite se limite souvent à des microperforations bénignes qui guérissent spontanément. Toutefois, si les diverticules s'étendent, un abcès localisé pourrait se former. Des complications découlant de la formation d'une fistule à travers les tissus adjacents, d'une occlusion, d'une perforation plus importante et d'une péritonite peuvent se présenter.

### ANAMNÈSE

- Douleur abdominale (le plus souvent au niveau du quadrant inférieur gauche) pouvant se manifester de façon aiguë, mais qui se présente habituellement au fil des heures ou des jours
- Fièvre et frissons
- Anorexie
- Nausées et vomissements
- Dysurie si l'inflammation est adjacente à la vessie

### OBSERVATIONS

- Fièvre
- Tachycardie
- Abdomen sensible à la palpation et sensibilité possible à la décompression
- Présence possible d'une masse perceptible indiquant un abcès ou phlegmon (inflammation)
- Présence possible de bruits intestinaux dans un cas d'occlusion partielle; bruits intestinaux rares ou absents dans un cas de péritonite
- L'examen rectal peut aider à localiser l'abcès ou la masse inflammatoire

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Appendicite
- Maladie intestinale inflammatoire
- Colite ischémique
- Cancer du côlon
- Autres causes d'occlusion intestinale
- Troubles urologiques ou gynécologiques

### COMPLICATIONS

- Abcès
- Perforation
- Fistule dans la vessie ou dans la paroi vaginale ou abdominale
- Péritonite
- Septicémie

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Analyse d'urine

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Reposer les intestins
- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

#### Consultation

Consultez un médecin.

#### Interventions non pharmacologiques

- Ne rien administrer par voie orale

**Traitement adjuvant**

- Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique pour maintenir l'équilibre hydrique si les symptômes sont modérés ou sévères
- Mettez en place une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande

**Interventions pharmacologiques**

- Administrez des antibiotiques à large spectre comme la ciprofloxacine associée au métronidazole; consultez un médecin avant de commencer l'antibiothérapie IV
- L'administration des antibiotiques doit se poursuivre pendant 7-10 jours

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Procédez à l'évacuation médicale. La chirurgie peut s'imposer en cas de péritonite, avec ou sans signe de perforation, d'occlusion non résolue ou de fistule. La chirurgie est également indiquée si l'état du client ne s'est pas amélioré après plusieurs jours de soins médicaux ou si un traitement réussi a été suivi d'une rechute.

**DIVERTICULOSE**

Présence de plusieurs diverticules, ce qui ne sous-entend pas un état pathologique.

**ANAMNÈSE**

- Facteurs de risque :
  - faible apport en fibres alimentaires
  - âge (prévalence de 5 % à 40 ans et de 30 % dès l'âge de 60 ans)
  - manque d'exercice
- Dans la plupart des cas, les diverticules du côlon sont asymptomatiques (70 %)
- Lorsque les diverticules sont symptomatiques, les clients peuvent les décrire comme suit :
  - crampes (habituellement dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen)
  - ballonnement
  - flatulence
  - selles irrégulières (constipation, diarrhée)
- Les symptômes peuvent se confondre avec ceux du syndrome du côlon irritable

- L'apparition hâtive de la maladie diverticulaire se produit chez les sujets souffrant d'affections du tissu conjonctif (par exemple, le syndrome de Marfan) et chez ceux atteints de la maladie polykystique des reins
- La diverticulose est souvent observée de façon fortuite pendant d'autres examens

**OBSERVATIONS**

- Parfois, aucune observation importante n'est signalée
- Sensibilité possible
- Côlon sigmoïde ferme contenant des matières fécales dans le quadrant inférieur gauche (évoque de la constipation)
- L'examen rectal peut révéler la présence de selles fermes et exemptes de sang occulte (résultats négatifs au test au guaïac)

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Syndrome du côlon irritable
- Diverticulite
- Cancer du côlon
- Maladie intestinale inflammatoire
- Trouble urologique ou gynécologique

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Les tests ne sont peut-être pas indiqués si les symptômes sont bénins et que le client est par ailleurs bien portant
- Lorsque les symptômes sont sévères ou en présence de sang occulte dans les selles, d'une perte pondérale ou d'autres symptômes inquiétants, on doit obtenir une formule sanguine complète
- Consultez un médecin au sujet d'une sigmoïdoscopie, un lavement baryté ou une coloscopie

**TRAITEMENT**

- Semblable au traitement du syndrome du côlon irritable (SCI)
- Recommandez un régime alimentaire riche en fibres
- Recommandez d'éviter les laxatifs cathartiques

**Interventions non pharmacologiques**

- Recommandez au client de modifier ses habitudes alimentaires (par exemple, repas réguliers, augmentation progressive de la consommation de fibres)
- Recommandez au client de consommer plus de fibres alimentaires (par exemple, son brut, pain brun, maïs soufflé, céréales All-Bran, Puffed Wheat ou Shredded Wheat). Pour prévenir le ballonnement et la flatulence, commencer par une petite quantité de son brut, puis augmenter la consommation jusqu'à ¼ ou ½ tasse par jour
- Il convient d'éviter les aliments dont on sait qu'ils causent les symptômes (ces aliments varient d'une personne à l'autre)
- Recommandez au client de boire suffisamment lorsqu'il prend des suppléments de fibres.
- Recommandez au client de ne pas fumer ni prendre de médicaments contenant de la codéine

**Interventions pharmacologiques**

Recommandez un produit qui augmente le bol fécal :

psyllium (Metamucil), 1-2 c. à thé (5-10 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide, par voie orale, 2-3 fois par jour

Le client peut se procurer du Metamucil avec une prescription auprès d'un fournisseur de services pharmaceutiques des SSNA.

**Surveillance et suivi**

- Suivi après 1-2 semaines
- Modifiez la quantité de fibres consommée en fonction de la réponse au traitement
- Diminuez temporairement la consommation de fibres si la flatulence et le ballonnement sont importants
- Augmentez l'apport en fibres si la réponse clinique est faible

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin si vous craignez que les signes ou les symptômes ne soient causés par un facteur autre qu'une atteinte intestinale organique, ou si le traitement ne soulage pas les symptômes.

**DYSPEPSIE**

La dyspepsie désigne une diversité de symptômes observés dans le tractus gastro-intestinal supérieur. Caractéristiques les plus courantes de la dyspepsie :

Symptômes de la dyspepsie s'apparentant à un reflux gastro-œsophagien :

- brûlures d'estomac
- régurgitation du contenu gastrique
- brûlures rétrosternales

Dyspepsie ulcéreuse ou acide caractérisée par des symptômes tels que :

- sensation de brûlures dans l'épigastre
- faim douloureuse
- soulagement de la douleur au moyen d'antiacides et/ou d'antisécrétoires

Indigestion appelée dyspepsie fonctionnelle conformément aux critères de Rome III suivants :

- sensation de réplétion postprandiale gênante (sensation de plénitude après le repas causant de l'inconfort)
- sensation de satiété accélérée (incapacité d'ingérer un repas normal)
- douleurs/brûlures épigastriques (syndrome de douleurs épigastriques : entre l'extrémité inférieure du sternum et le nombril)

**SYMPTÔMES ET SIGNES ALARMANTS<sup>65,66</sup>**

Les symptômes ci-dessous requièrent tous une endoscopie afin d'établir un diagnostic rapide :

- Dyspepsie persistante chez les clients de plus de 55 ans ayant eu un épisode récent (il y a moins d'un an) de dyspepsie pendant au moins 4 semaines
- Perte pondérale inexplicée (plus de 3 kg ou > 10 % du poids corporel)
- Anémie/carence en fer inexplicée
- Saignement gastro-intestinal
- Dysphagie et odynophagie progressives
- Chirurgie gastrique antérieure
- Vomissements persistants
- Masse épigastrique
- Tumeur maligne antérieure dans la jonction œsophago-gastrique
- Repas baryté soupçonné
- Ulcère gastroduodéal antérieur
- Douleurs épigastriques sévères nécessitant une hospitalisation
- Satiété accélérée

- Antécédents familiaux de cancer gastro-intestinal
- Adénopathie

### CAUSES

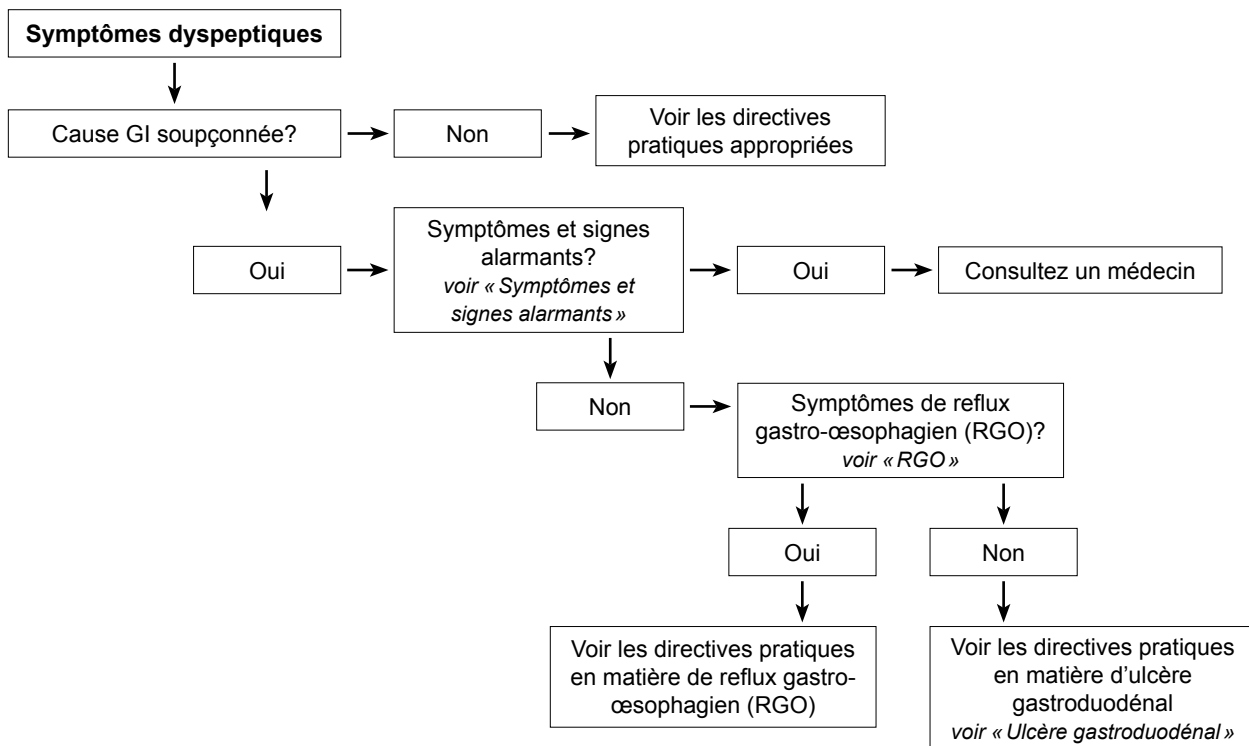
Affections les plus courantes pouvant causer des symptômes de dyspepsie :

- Reflux gastro-œsophagien
- Ulcère gastroduodéal
- Douleur découlant d'une colique hépatique

- Gastropathie/gastrite induite par l'alcool ou des médicaments
- Gastro-entéropathie chez le client diabétique
- Syndrome du côlon irritable

Comme plusieurs symptômes importants peuvent se chevaucher, il peut être difficile de déterminer la cause de la dyspepsie sans procéder à un examen. Une anamnèse approfondie permettrait de déterminer la cause possible de la dyspepsie et de prendre les mesures appropriées (*voir la section « Algorithme de la dyspepsie »*).

### ALGORITHME DE LA DYSPEPSIE



### CHOLÉCYSTOPATHIES<sup>61,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77</sup>

Les cholécystopathies comprennent les calculs biliaires asymptomatiques, la colique biliaire, la cholécystite, la cholédocholithiase et la cholangite.

### CAUSES

La *cholélithiase* est la présence de calculs biliaires dans la vésicule biliaire. La plupart des calculs biliaires (60 % à 80 %) sont asymptomatiques. Les petits calculs sont plus susceptibles d'être symptomatiques que les gros calculs.

La *colique biliaire* résulte habituellement de la contraction et de la pression exercée par la vésicule biliaire pour expulser la bile alors qu'un calcul bloque l'orifice de sortie, c'est-à-dire le canal cystique, augmentant ainsi la pression à l'intérieur de la vésicule biliaire et la douleur. Après un certain temps, la vésicule biliaire se distend, le calcul retourne dans la vésicule et les symptômes disparaissent. Les épisodes de colique biliaire sont nombreux, surtout après un repas copieux. Un client peut présenter des symptômes similaires en cas de microlithiase ou de boue biliaire.

La *cholédocholithiase* survient lorsque les calculs biliaires se déposent dans le canal cholédoque; elle peut entraîner la cholangite, une cholangite ascendante ou une pancréatite aiguë.

La *cholécystite* est une inflammation de la vésicule biliaire habituellement causée par l'obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire (cholécystite lithiasique). L'inflammation peut être stérile ou d'origine bactérienne. L'obstruction peut être alithiasique (habituellement chez les malades en phase critique) ou causée par de la boue.

La *cholangite* survient lorsque l'obstruction du canal cholédoque entraîne une stase biliaire, permettant ainsi aux bactéries du duodénum de remonter dans le canal. La pression élevée causée par l'obstruction du canal favorise la migration des bactéries dans la circulation sanguine, ce qui provoque une infection générale.

Une cholécystectomie ou l'absence de calcul biliaire n'exclut pas l'apparition d'une colique biliaire, car les calculs peuvent également se former dans les canaux biliaires et provoquer des symptômes similaires.

### FACTEURS DE RISQUE

- La cholélithiase est plus courante chez les femmes; les hommes sont plus susceptibles de souffrir d'une cholécystite
- Vieillesse (les facteurs de risque sont les mêmes chez les adolescents que chez les jeunes adultes, qui peuvent développer une cholécystopathie)
- Antécédents familiaux de calculs biliaires
- Obésité
- Grossesse (on ignore si le risque de calculs biliaires est supérieur chez les femmes enceintes ou qui ont plusieurs grossesses, ou si celles-ci présentent simplement davantage de symptômes)
- Certains médicaments peuvent favoriser la cholélithiase, notamment les contraceptifs oraux et l'œstrogénothérapie, le clofibrate, la ceftriaxone et l'octréotide
- Certaines affections favorisent la stase vésiculaire (diabète sucré, nutrition parentérale totale, vagotomie, somatostatine, lésion de la moelle épinière, cirrhose, anémies hémolytiques, hypertriglycéridémie, résection iléale terminale)
- Activité physique réduite (hommes)
- Perte pondérale rapide (maladie, très faible apport calorique, traitement chirurgical de l'obésité morbide)

### Considérations en regard des personnes âgées

- Risque accru de cholélithiase en raison de l'âge avancé
- Possibilité de calculs biliaires asymptomatiques
- Risque accru de complications graves, surtout en l'absence de symptômes de colique biliaire

### ANAMNÈSE

En général, les symptômes apparaissent soudainement et sont constants. Le client peut indiquer que les symptômes surviennent après l'ingestion d'aliments gras ou que les douleurs se manifestent la nuit. Il peut également révéler que des épisodes similaires se sont produits par le passé. Le client peut aussi savoir qu'il a des calculs biliaires. L'indigestion, l'éructation, le ballonnement et l'intolérance aux aliments gras seraient des symptômes typiques de calculs biliaires. Or, ces symptômes sont tout aussi courants chez les personnes qui n'ont pas de calculs biliaires.

La plupart des patients ressentent des symptômes avant que les complications apparaissent, sauf dans le cas de personnes âgées, qui peuvent présenter des complications aiguës sans qu'aucun symptôme de colique biliaire soit observé. Les clients ayant de la fièvre ou des douleurs incessantes pendant plus de 6 heures sont susceptibles de présenter des complications de la cholécystite. Il incombe de procéder à une anamnèse détaillée, d'établir minutieusement l'anamnèse et de procéder à un examen physique approfondi pour déterminer le risque de complications.

### Colique biliaire

- 1–6 heures de coliques constantes siégeant communément à l'épigastre et/ou dans le quadrant supérieur droit. La douleur est souvent décrite comme étant sourde, térébrante ou se manifestant à la pression
- En général, l'intensité de la douleur est variable; elle est légère lorsqu'elle se manifeste, elle atteint son point culminant dans la première heure, pour ensuite disparaître dans les 6 heures suivantes
- La douleur peut irradier vers l'épaule antérieure droite et parfois le dos
- La douleur se manifeste souvent des heures après un repas
- La douleur apparaît souvent la nuit et peut réveiller le client
- Le client a tendance à bouger fréquemment pour soulager la douleur, en vain

- Les antiacides, la flatuosité et la défécation n'offrent aucun soulagement
- Les nausées, les vomissements, la diaphorèse, la douleur pleurétique et la fièvre sont des symptômes associés. (Remarque : Une douleur épigastrique aiguë et incessante accompagnée de vomissements peut indiquer une pancréatite aiguë résultant de l'obstruction du conduit pancréatique par un calcul biliaire.)
- Les AINS ou les analgésiques opioïdes peuvent soulager le client dans une certaine mesure

### **Cholécystite**

- Le client présente des symptômes de colique biliaire qui persistent pendant plus de 6 heures, voire quelques jours
- La douleur peut être plus aiguë que celle ressentie pendant les épisodes antérieurs de colique biliaire
- On associe plus communément les nausées, les vomissements et l'anorexie à une cholécystite
- Faible fièvre
- Numération leucocytaire élevée (ce qui peut être normal)
- Ictère (< 20 % des clients)

### **Cholangite**

- Fièvre
- Ictère
- Douleur aiguë dans le quadrant supérieur
- Hypotension et confusion si la maladie évolue vers une infection générale

### **OBSERVATIONS**

- Les signes vitaux correspondent au degré de la maladie
- Les signes vitaux sont relativement normaux dans un cas de colique biliaire
- La tachycardie et la fièvre sont associées à la cholangite, mais peuvent aussi être présentes dans les cas de cholécystite
- Les clients atteints de cholangite peuvent aussi montrer des signes d'hypotension
- Défense musculaire volontaire/involontaire
- Absence possible de fièvre, surtout chez les personnes âgées
- Ictère (causé par la cholédocholithiase, la cholécystite, la cholangite)

### **EXAMEN DE L'ABDOMEN DANS LES CAS DE COLIQUE BILIAIRE ET DE CHOLÉCYSTITE**

- Sensibilité au niveau de l'épigastre et du quadrant supérieur droit
- Signe de Murphy (pause inspiratoire à la palpation du quadrant supérieur droit, épreuve spécifique, mais non sensible pour une cholécystopathie)
- Défense musculaire à la palpation
- Signes de péritonite en raison de la douleur dans le quadrant supérieur droit provoquée à la détente brusque de la paroi abdominale après palpation (cholécystite, cholangite)
- Vésicule biliaire palpable ou sensation de plénitude dans le quadrant supérieur droit pouvant être décelée lors de la palpation

Comme dans tous les cas de douleur abdominale, on doit effectuer un examen physique complet (y compris l'examen rectal et l'examen pelvien chez les femmes). Une cholécystite ou une cholangite occulte peut être la source de fièvre, de septicémie ou d'altérations de l'état mental chez les personnes âgées et les diabétiques.

### **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Appendicite
- Occlusion intestinale aiguë
- Cholangite ascendante
- Cholélithiase
- Troubles œsophagiens (spasmes œsophagiens, œsophagite)
- Maladie diverticulaire
- Gastro-entérite
- Gastrite
- Hépatite
- Maladie intestinale inflammatoire
- Infarctus mésentérique
- Pancréatite
- Ulcère gastroduodénal
- Perforation viscérale
- Abscès abdominal
- Anévrisme de l'aorte
- Cardiopathie (ischémie myocardique, infarctus du myocarde, angine de poitrine, péricardite)
- Pneumonie droite
- Complications de la grossesse (éclampsie, rupture de grossesse extra-utérine, hyperemesis gravidarum (vomissements de la grossesse))
- Néphropathie : rein droit (calcul, pyélonéphrite, polykystose rénale, tumeur)



## COMPLICATIONS

- Cholélithiase (présence de calculs dans les voies biliaires et le conduit pancréatique)
- Cholécystite
- Pancréatite (causée par l'obstruction d'un calcul dans le conduit pancréatique)
- Fistules cholécysto-cholédociennes (fistules présentes entre la vésicule biliaire perforée et le duodénum ou le jéjunum)
- Iléus biliaire (causé par une obstruction d'un calcul par le biais d'une fistule cholécysto-cholédocienne)
- Perforation de la vésicule biliaire
- Vésicule biliaire nécrotique
- Cholécystite emphysemateuse (causée par une infection due à des organismes produisant des gaz)
- Péritonite
- Cholangite
- Choc septique
- Abcès

## TESTS DIAGNOSTIQUES

Les analyses de laboratoire seront choisies en fonction du fait que le client va suffisamment bien pour être traité en clinique externe ou nécessite d'être hospitalisé pour passer des analyses plus approfondies en laboratoire. Les résultats des analyses devraient être parfaitement normaux dans les cas de cholélithiase ou de colique biliaire. Des valeurs élevées aux tests de la fonction hépatique indiquent des complications de la fonction du système biliaire.

- Hémogramme et tests différentiels et de la fonction hépatique (dosage de l'alanine-aminotransférase [ALAT], de l'aspartate-aminotransférase [ASAT], de la bilirubine et des phosphatases alcalines [AP]) peuvent être utiles au diagnostic de la cholécystite et de la cholangite
- La cholédocholithiase peut augmenter le dosage des AP, de même que de l'ALAT et de l'ASAT de façon importante
- Un taux de bilirubine > 3,5 µmol/l et un dosage élevé des phosphatases alcalines peuvent révéler la présence de calculs dans le canal cholédoque ou d'une cholangite ascendante
- Une numération leucocytaire élevée et une légère augmentation du dosage des AP, de l'ALAT et de l'ASAT peuvent révéler une cholécystite, bien qu'il pourrait n'y avoir aucun changement appréciable de ces dosages

- Une légère augmentation du taux d'amylase (jusqu'à 3 fois la concentration normale) peut accompagner la cholécystite, surtout dans un cas de gangrène
- La cholangite augmente la numération leucocytaire donc une augmentation du nombre de bandes dans le cadre des tests différentiels et des valeurs élevées aux tests de la fonction hépatique
- Un taux élevé de lipase révèle une pancréatite.
- Dans la mesure du possible, on doit procéder à des hémocultures chez les clients fébriles avant d'entreprendre une antibiothérapie
- Analyse d'urine
- Test de grossesse chez les femmes en âge de procréer
- Échographie abdominale, après consultation d'un médecin

## TRAITEMENT

Les cas de colique biliaire sans complication peuvent être traités sans qu'il y ait évacuation médicale. Les recherches ont montré que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les narcotiques s'équivalent dans le traitement de la douleur. Les clients ayant consommé des AINS couraient un risque moins élevé de voir leur colique biliaire évoluer vers une cholécystite<sup>78</sup>.

### Consultation

Les clients dont la douleur ne s'atténue pas dans les 6 heures qui suivent doivent consulter un médecin pour passer un examen plus approfondi visant à déceler des complications d'une cholécystopathie ou d'une autre affection sous-jacente. Une consultation s'impose également lorsque les douleurs aiguës ne sont pas soulagées par le traitement habituel, ou encore en cas de fièvre, de signes péritonéaux ou d'hypotension. Les clients souffrant de douleurs épigastriques aiguës constantes et de tiraillements dans le quadrant supérieur droit, avec ou sans irradiation dans le dos, nausées et vomissements, peuvent avoir une pancréatite (*voir la section « Pancréatite » sous « Urgences gastro-intestinales »*).

## COLIQUE BILIAIRE

### Objectifs du traitement

- Soulager la douleur, les nausées et les vomissements
- Prévenir les complications

### Consultation

Consultez un médecin si la douleur ne s'estompe pas dans les 6 heures qui suivent, si le client se met à faire de la fièvre ou si les vomissements importants persistent, car ces symptômes peuvent annoncer des complications.

### Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Diète liquide si le client vomit

### Éducation du client

- Expliquez l'évolution et le pronostic de la maladie
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence)
- Recommandez un régime à faible teneur en gras (aliments que le client tolère), lorsque la douleur a disparu

### Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

kétorolac 30 mg IM q6h au besoin (maximum de 120 mg/24 heures). Ne pas administrer aux clients souffrant d'un ulcère gastroduodéal actif ou ayant eu un épisode récent de saignement gastro-intestinal.

Si le client ne répond pas au traitement, s'il est atteint d'une insuffisance rénale ou s'il a des allergies/intolérances :

morphine 5–10 mg IM ou SC q3-4h au besoin

Antiémétiques pour soulager les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol), 25–50 mg IM q4-6h au besoin

### Surveillance et suivi

Observez le client pendant quelques heures. Une fois que les nausées et les vomissements ont cessé, faites-lui prendre des liquides clairs. Il est recommandé de faire un suivi après 24 heures. Les clients ne courant aucun risque de trouble rénal ou gastro-intestinal peuvent prendre 400 mg d'ibuprofène par voie orale dès l'apparition de la douleur et lors des épisodes ultérieurs.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Le risque de complications découlant des calculs biliaires au cours des deux années suivant le premier épisode de colique biliaire est d'environ 70 %. Adressez dès que possible le client à un médecin pour lui faire passer une échographie abdominale s'il n'a aucun antécédent de calcul biliaire ou si un nouvel épisode de colique biliaire comportant des calculs asymptomatiques survient.

## CHOLÉCYSTITE OU CHOLANGITE

### Objectifs du traitement

- Soulager la douleur, les nausées et les vomissements
- Prévenir les complications

### Consultation

Consultez un médecin ou procédez à l'évacuation médicale, au besoin, si vous soupçonnez une cholécystite ou une cholangite.

### Traitement adjuvant

- Perfusion de soluté physiologique (réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge, de l'état d'hydratation et des problèmes de santé préexistants du client)
- Oxygénothérapie, si l'état du client est instable au moment de la consultation
- Mise en place de deux tubulures de gros calibre et administration de liquides par voie IV aux clients dont l'état est instable
- Hémocultures aérobie et anaérobie chez les clients fébriles (avant d'administrer une antibiothérapie)
- Mise en place d'une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande. La sonde doit être reliée à un drainage par gravité

### Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale

### Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

Plusieurs études récentes ont montré que le traitement précoce de la douleur dans les cas de douleur abdominale ne nuit pas à l'établissement du diagnostic. On doit donc soulager promptement la douleur, sans attendre le diagnostic ou l'avis du chirurgien<sup>79</sup>.

kétorolac 30 mg IM q6h au besoin (maximum de 120 mg/24 heures).

Si le client ne répond pas au traitement, s'il est atteint d'une insuffisance rénale ou s'il a des allergies/intolérances :

morphine 5–10 mg IM ou SC q3-4h au besoin

Antémétiques pour soulager les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol), 25–50 mg IM q4-6h au besoin

Antibiotiques :

S'il s'agit d'une cholécystite non compliquée, c'est-à-dire que l'inflammation constitue le processus primaire, une antibiothérapie prophylactique est généralement administrée pour empêcher toute infection bactérienne secondaire à une stase biliaire, bien qu'aucune donnée probante sur l'efficacité de cette antibiothérapie n'existe. Si le client est fébrile, une antibiothérapie à plus large spectre est habituellement amorcée.

Antibiothérapie prophylactique :

céfazoline 1 g IV toutes les 8 heures  
ou

ampicilline 2 g IV toutes les 6 heures

et

métronidazole (Flagyl), 500 mg IV q12h

### Surveillance et suivi

Surveillez la saturation en oxygène (oxymètre de pouls), les signes vitaux (souvent), la glycémie, l'apport liquidien et le débit urinaire.

La cholécystite grave peut dégénérer en septicémie ou en cholangite, et même causer la mort, surtout lorsqu'il s'agit d'un patient diabétique ou âgé chez qui le diagnostic peut être retardé.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible; l'avis d'un chirurgien est requis.

## REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN (RGO)<sup>80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91</sup>

Reflux du contenu de l'estomac dans l'œsophage, qui provoque l'irritation ou l'inflammation de l'œsophage.

### CAUSES

Présence du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage due à la laxité du sphincter inférieur de l'œsophage.

### Facteurs prédisposants

- Obésité
- Grossesse
- Œstrogénothérapie
- Médicaments (par exemple, nitrates, anticholinergiques, inhibiteurs de canaux calciques)
- Tabagisme
- Consommation d'alcool
- Facteurs génétiques
- Clairance œsophagienne déficiente
- Hypersécrétion d'acide gastrique
- Alimentation riche en matières grasses
- Présence concomitante d'une hernie hiatale et de diabète
- Vidange gastrique retardée

### ANAMNÈSE

- Brûlures d'estomac, la plupart du temps après un repas
- Sensation de brûlure rétrosternale qui irradie vers le haut (pouvant même atteindre la gorge)
- Le contenu acide de l'estomac peut être régurgité
- Réveille souvent le client la nuit
- S'accompagne de toux sèche la nuit
- Les symptômes associés peuvent inclure :
  - toux, mal de gorge, enrouement, respiration sifflante
  - difficulté à avaler (causée par une œsophagite érosive ou une sténose œsophagienne)
  - déglutition douloureuse (causée par un ulcère œsophagien)
  - nausées
  - salivation excessive (régurgitations acides)
  - toux nocturne, douleur réveillant le client la nuit
  - sensation de boule dans la gorge (comme si quelque chose était coincé dans la gorge)

- Facteurs aggravants possibles :
  - repas copieux, s'étendre et se pencher après un tel repas
  - consommation de certains aliments irritants (par exemple, caféine, chocolat, alcool, menthe poivrée, aliments gras)
  - port de vêtements serrés
  - stress aggravant les symptômes
- Facteurs atténuants possibles :
  - antiacides, gomme à mâcher
  - position assise, tête surélevée en position couchée
  - certains aliments ou boissons à éviter pour limiter les symptômes

Les clients qui ont des brûlures d'estomac et/ou des régurgitations au moins deux fois par semaine sont considérés comme ayant des reflux gastro-œsophagiens (RGO), sauf s'ils ressentent d'autres symptômes ou si un traitement d'essai du RGO a échoué.

### OBSERVATIONS

Évaluation du poids. Présence possible d'une légère sensibilité épigastrique.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ulcère gastroduodéal
- Trouble de la motilité œsophagienne
- Saignement gastro-intestinal
- Tumeur de l'œsophage
- Œsophagite (œsophagite médicamenteuse, œsophagite infectieuse, œsophagite éosinophilique)
- Douleur angineuse/cardiaque
- Douleur épigastrique induite par des médicaments
- Colique hépatique
- Pancréatite
- Gastrite

### COMPLICATIONS

- Œsophage de Barrett (anomalies précancéreuses du revêtement muqueux causées par un RGO chronique; syndrome plus courant chez les sujets de plus de 50 ans)
- Œsophagite/ulcère œsophagien
- Sténose de l'œsophage
- Aspiration nocturne (suffocation, toux, asthme, pneumonite récurrente)
- Laryngite postérieure, enrouement chronique
- Érosion dentaire

- Sinusite chronique
- Pharyngite
- Sténose sous-glottique
- Cancer de l'œsophage/du larynx

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Dosage de l'hémoglobine
- Détection de *H. pylori* (analyse sérologique ou test respiratoire, qui doivent être prescrits par un médecin)

### TRAITEMENT

La gravité du RGO ne peut être déterminée par les symptômes présentés, bien que la dysphagie peut indiquer une œsophagite érosive ou un ulcère œsophagien causé par le reflux. Tout symptôme de dysphagie nécessite la consultation immédiate d'un médecin aux fins d'examen.

### Objectifs

- Soulager les symptômes, surtout les brûlures gastriques
- Favoriser la guérison de l'œsophage
- Prévenir les complications, comme la sténose, les saignements et l'œsophage de Barrett
- Éviter la récurrence

### Consultation

Consultez un médecin si le client présente un ou plusieurs des symptômes alarmants suivants :

- Perte pondérale due à la sévérité ou à la durée des symptômes
- Déglutition difficile ou douloureuse
- Adhérence de solides ou de liquides dans la région œsophagienne
- Vomissements persistants
- Douleur irradiant vers le dos, le cou, la mâchoire, le bras ou l'épaule gauche
- Anémie
- Saignement gastro-intestinal actif (selles noires, hématurie) (voir « Saignement gastro-intestinal » sous la section « Urgences gastro-intestinales »)
- Présence confirmée de sang occulte dans les selles

**Interventions non pharmacologiques**

- Surélevez la tête du lit de 15 cm (6 po) à l'aide de blocs de bois
- Incitez le client à perdre du poids (si son poids est > 20 % de son poids idéal compte tenu de son âge et de son sexe)
- Éliminez (dans la mesure du possible) les médicaments qui altèrent la motilité œsophagienne et le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (par exemple, inhibiteurs calciques, bêtabloquants, antidépresseurs tricycliques, anticholinergiques, théophyllines)

**Éducation du client**

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence)
- Faites les recommandations suivantes au client :
  - apporter des changements alimentaires (diminution ou élimination du café, du thé, du chocolat, de la nicotine, de l'alcool et des aliments gras)
  - cesser de fumer (réduit la salivation)
  - prendre fréquemment de petits repas afin d'éviter la distension de l'estomac
  - éviter de prendre des repas copieux/des collations 2-3 heures avant l'heure du coucher
  - apporter des changements posturaux (pour la journée et la nuit) afin d'empêcher l'acide gastrique de pénétrer dans l'œsophage (surélevez la tête du lit de 15 cm [6 po] à l'aide de blocs de bois)
  - éviter de se pencher à partir de la taille (surtout après les repas) et de s'étendre immédiatement après un repas
  - éviter de porter des vêtements serrés

**Interventions pharmacologiques**

Les clients qui présentent fréquemment des symptômes de RGO (> 3 jours par semaine) pourraient tirer avantage d'un traitement contre le reflux gastrique (inhibiteurs des récepteurs H<sub>2</sub> [H<sub>2</sub>RA] ou inhibiteurs de la pompe à protons [IPP]) pour soulager leurs symptômes plus efficacement qu'avec des antiacides. Les IPP comme Losec servent à traiter les symptômes rebelles ou de modérés à sévères du RGO. Ces IPP sont plus efficaces pour soulager les ulcères œsophagiens et assurer la rémission des symptômes du RGO.

Si les symptômes surviennent moins de 3 fois par semaine :

Antiacides pour soulager les symptômes :

hydroxyde d'aluminium/de magnésium (Maalox, Alumag), 30 ml PO après les repas et au coucher, puis augmenter la dose au besoin

ou

Inhibiteurs des récepteurs H<sub>2</sub>

ranitidine (Zantac), 150 mg PO bid

Chez les clients âgés ou qui souffrent d'une insuffisance rénale, réduire la dose de moitié ou des trois quarts par rapport à la dose habituelle.

Si les symptômes surviennent au moins 3 fois par semaine ou s'il n'y a aucune réponse aux antiacides ni aucun changement des habitudes du client au cours d'une période de 4 semaines, à la suite d'une consultation auprès du médecin ou d'une infirmière praticienne, envisagez un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

rabéprazole sodique (Pariet), 20 mg PO tous les jours pendant 4 semaines

**Surveillance et suivi**

Faites un suivi toutes les 4 semaines. Poursuivez le traitement offrant une réponse positive pendant 8-12 semaines. Dans une période de 4-8 semaines après la fin du traitement, réévaluez l'état du client pour écarter tout risque de rechute. En cas de récurrence des symptômes, reprenez le régime thérapeutique utilisé précédemment et adressez le client à un médecin.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez à un médecin tout client :

- dont les symptômes demeurent réfractaires au traitement initial après 8-12 semaines
- qui présente une douleur thoracique atypique
- qui souffre de reflux chroniques et est âgé de plus de 55 ans
- qui présente des symptômes évoquant des complications du RGO :
  - toux, mal de gorge, enrouement, respiration sifflante
  - toux nocturne, douleur réveillant le client la nuit

## HÉMORROÏDES<sup>92,93,94,95,96,97</sup>

Vaisseaux sanguins situés sous la muqueuse du canal anal (hémorroïdes internes) et sous l'épiderme de la région périanale (hémorroïdes externes), qui se sont engorgés.

### CAUSES

- Âge avancé (plus courantes chez les sujets de 45-65 ans)
- Derniers mois de la grossesse
- Effort chronique à la défécation
- Constipation (peut être causée par certains médicaments); évacuation répétée de selles dures
- Hypertrophie de la prostate avec effort chronique à la miction
- Position assise prolongée

### ANAMNÈSE

Il convient de s'assurer de l'absence de symptômes évocateurs d'une autre maladie intestinale sous-jacente.

#### *Hémorroïdes externes*

- Tendance à la thrombose
- Présence possible d'acrochordons mous (indique des épisodes antérieurs de thrombose hémorroïdaire)
- Gêne ou irritation souvent présente
- Douleur en cas de thrombose
- Masse périanale palpable

#### *Hémorroïdes internes*

- Pertes de sang rouge vif lors des selles
- Présence de sang uniquement à la surface des selles (non mélangé aux selles), souvent visible sur le papier hygiénique
- Douleur, pression, production de mucus en cas de prolapsus hémorroïdaire (le client peut ressentir une pression ou avoir l'impression qu'un bout de papier hygiénique « sort du rectum »)
- Peut indiquer une incapacité de repousser les hémorroïdes à l'intérieur
- Un prolapsus hémorroïdaire peut s'incarcérer ou causer un étranglement

Les hémorroïdes internes peuvent se décrire en quatre stades chronologiques :

Stade I – saignement sans prolapsus

Stade II – prolapsus avec réduction spontanée

Stade III – prolapsus avec réduction manuelle

Stade IV – prolapsus incarcerated irréductible

Aux stades I et II, les hémorroïdes sont souvent traitées efficacement au moyen d'un traitement médical conservateur, alors qu'aux stades III et IV, un traitement chirurgical pourrait s'avérer nécessaire.

### OBSERVATIONS

Pour examiner la région anale, demandez au client de s'allonger sur le côté gauche, les genoux relevés vers la poitrine. Écartez les fesses.

- Présence possible d'hémorroïdes internes et externes
- Généralement localisées en position latérale gauche, antérieure droite et postérieure droite
- Les hémorroïdes internes sont recouvertes d'une fine muqueuse anale rose et ne se détectent pas facilement à la palpation. (Adressez à un médecin les clients présentant des masses/bosses internes palpables pour qu'un examen plus approfondi soit effectué.)
- Les hémorroïdes externes sont recouvertes par l'épiderme. (Remarque : L'hémorroïde externe thrombosée forme une masse molle, irréductible, globulaire, d'un bleu violacé au bord de l'anus.)
- En général, 1 à 3 tuméfactions autour de l'orifice anal, grosses comme la pointe du doigt, de couleur rose, violacée ou bleue
- L'examen rectal peut révéler des hémorroïdes internes cachées
- Vérifiez si les hémorroïdes prolabées sont facilement réductibles
- On peut aussi observer la présence d'une fissure anale (chez 20 % des patients souffrant d'hémorroïdes)

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Polype ou prolapsus rectal
- Acrochordon(s)
- Verrues anales
- Autres causes de prurit et de dermatite périanale
- Abscess périanal ou périrectal
- Fissure anale
- Complication d'hémorroïdes (thrombose, prolapsus, incarceration)
- Maladie de Crohn
- Tumeur du rectum ou du côlon sigmoïde

**COMPLICATIONS**

- Hémorroïde interne thrombosée ou étranglée
- Hémorroïde externe thrombosée
- Saignements (gouttes, abondants ou par jets)
- Ulcération de la peau sus-jacente
- Incontinence anale

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Tenir la région anale propre
- Faciliter et régulariser les selles

**Consultation**

Consultez un médecin dès que possible si vous ne pouvez pas réduire une hémorroïde interne prolabée ou si l'hémorroïde est thrombosée, ulcérée ou saigne abondamment.

**Interventions non pharmacologiques**

- Tentez de réduire doucement les hémorroïdes internes prolabées douloureuses. Appliquez un anesthésique topique (par exemple, gelée à 2 % de lidocaïne [Xylocaïne]), attendez 15 minutes, puis tentez de réduire doucement l'hémorroïde. Ne forcez pas!
- Le client doit prendre des bains de siège tièdes de 15 à 20 minutes, 3 ou 4 fois par jour, puis assécher la région délicatement afin de nettoyer la région, apaiser l'irritation locale et relâcher le sphincter anal

**Éducation du client**

- Expliquez au client comment réduire doucement (en les repoussant vers le haut) les hémorroïdes internes prolabées indolores
- Expliquez au client qu'après les selles, il doit nettoyer la région périanale à l'eau claire, à l'eau salée ou à l'aide de compresses de coton imbibées d'hamamélis (Tucks) et bien assécher la région
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, dangers d'une surconsommation)
- Enseignez au client les règles d'hygiène périanale et expliquez-lui qu'il doit éviter de s'asseoir longtemps sur le siège de toilette

- Demandez au client de revenir à la clinique si une douleur ou un saignement sévère survient (l'incision et le drainage d'hémorroïdes externes thrombosées peuvent être nécessaires)
- Expliquez au client qu'il doit appliquer des compresses glacées pendant 20 minutes (intervalle de 20 minutes entre les applications) pour réduire l'œdème et la douleur si vous soupçonnez des hémorroïdes thrombosées
- Recommandez au client d'augmenter son apport en fibres alimentaires et en liquides

**Interventions pharmacologiques**

Soulagement de l'irritation/la douleur locale

Dans un cas d'hémorroïdes externes œdémateuses légèrement irritées, utilisez des suppositoires ou un onguent sans corticostéroïdes pour le traitement des hémorroïdes (l'onguent est préférable) :

onguent ou suppositoires de sulfate de zinc à 0,5 % (par exemple, Anusol), tous les matins et soirs et après chaque selle pendant 3–7 jours

Dans les cas de dermatite périanale, on peut utiliser un onguent pour hémorroïdes avec corticostéroïdes (propriétés anti-inflammatoires) pour atténuer la démangeaison et les écoulements :

onguent de sulfate de zinc à 0,5 % contenant de l'hydrocortisone (par exemple, Anusol-HC)

Remarque : Les corticostéroïdes topiques ne doivent pas être utilisés pendant plus de 7 jours, car ils peuvent avoir des effets néfastes sur les tissus.

Pour faciliter l'évacuation des selles :

administrez des agents qui augmentent le bol fécal et des laxatifs émollients (*voir la section « Interventions pharmacologiques » sous « Constipation »*).

**Surveillance et suivi**

Suivi après 1 semaine pour déterminer s'il y a amélioration des symptômes.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Si une douleur aiguë d'apparition récente (1–2 jours) s'accroît malgré le traitement, communiquez avec le médecin pour obtenir son avis et exclure la possibilité d'un abcès.

**HERNIE**<sup>98,99,100,101,102</sup>

Protrusion d'un organe ou d'une partie d'organe de l'abdomen (intestin, épiploon) due à une faiblesse de la paroi abdominale. Les hernies peuvent passer par des ouvertures physiologiques (inguinales, fémorales) ou par des points de faiblesse au niveau des muscles abdominaux (hernies ventrales – ombilic, entre les muscles, sites d'incision).

**CAUSES**

- Anomalie de muscles de la paroi abdominale

**Facteurs prédisposants**

- Chirurgie abdominale (hernie cicatricielle – risque accru s'il y a eu infection post-opératoire de la plaie, si le client est obèse, fumeur, immunodéprimé, malnutri, a une affection du tissu conjonctif, ou encore, si la technique chirurgicale utilisée était rudimentaire)
- Pression intra-abdominale accrue (obésité, grossesse, ascites, dialyse péritonéale)
- Âge
- Soulèvement de charges lourdes
- Toux chronique
- Effort persistant pour évacuer les selles ou pour uriner
- Anomalie congénitale de la paroi abdominale

**ANAMNÈSE****Hernie inguinale**

- Présence d'un facteur prédisposant
- Peut être asymptomatique ou causer une sensation de lourdeur ou d'inconfort
- La sensation peut être plus perceptible lors d'un effort abdominal, après un long moment passé debout ou à la fin d'une journée d'activités
- Un renflement mou non douloureux peut apparaître en position debout, à l'effort ou lors d'une pression intra-abdominale accrue (défécation, toux, éternuement)
- Le renflement disparaît en position couchée, sauf si la hernie est incarcerated
- La douleur est signe de complication

**Hernie abdominale**

- Présence d'un facteur prédisposant
- Saillie de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic, de l'épigastre ou d'un site d'incision

- Peut causer de l'inconfort (plus important à l'effort)
- La douleur est signe de complication
- Les hommes présentent plus souvent que les femmes l'incarcération d'une hernie ombilicale

**OBSERVATIONS****Hernie inguinale**

Examinez le client en position debout pour déceler plus facilement une saillie. Demandez au client de tousser, de forcer, ou encore, pratiquez la manœuvre de Valsalva.

- Saillie possible à l'aîne, pouvant s'étendre jusqu'au scrotum
- Saillie possible sur la partie supérieure antérieure de la cuisse (hernie crurale ou fémorale) ou sur l'abdomen
- La hernie n'est plus visible lorsque le client est allongé. Elle réapparaît en position debout ou à l'effort pendant les selles
- La hernie peut être palpable à l'effort dans la région inguino-fémorale ou inguinale
- Chez les hommes, vous pouvez sentir une hernie lors de l'invagination de la peau du scrotum, en enfonçant doucement le doigt dans le canal inguinal en suivant le cordon spermatique, puis en demandant au client de tousser ou de forcer. Si vous sentez une pression additionnelle au bout ou sur le côté du doigt, outre la pression circonférentielle de l'anneau externe, il peut s'agir d'une hernie
- Pour réduire une hernie, repoussez-la délicatement dans la cavité abdominale
- Ne réduisez pas une hernie douloureuse ou causant des nausées ou des vomissements
- Il faut considérer qu'une masse inguinale douloureuse ou non réductible est une hernie étranglée jusqu'à preuve du contraire

**Hernie abdominale**

- Saillie de la paroi abdominale
- Peut être douloureuse à la palpation
- Une faiblesse de la paroi abdominale est perceptible en cas de hernies cicatricielles (palpez les tissus tout le long de la paroi abdominale, car il peut y avoir plusieurs anomalies)
- Saillie au niveau de l'ombilic pouvant sembler asymétrique



- Les hernies épigastriques se situent sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et le nombril; elles apparaissent habituellement sous la forme de petites saillies (généralement < 1 cm de diamètre); l'incarcération est courante
- L'inconfort peut s'intensifier en position allongée s'il s'agit d'une hernie épigastrique
- La saillie apparaissant dans la paroi abdominale au niveau de la ligne médiane lorsque le client lève la tête en position couchée est causée par une séparation entre les muscles grand droit de l'abdomen (diastasis des grands droits). Cette saillie ne constitue pas une véritable hernie, car le fascia est intact; le client peut avoir de la difficulté à se lever en raison du diastasis
- L'obésité peut dissimuler des hernies; il n'est pas rare d'observer plusieurs hernies. Le risque d'incarcération est accru
- Une hernie abdominale étranglée peut se présenter comme une occlusion de l'intestin grêle

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

### *Hernie inguinale*

- Torsion testiculaire (urgence immédiate)
- Épididymite
- Spermatocèle
- Hydrocèle
- Masse testiculaire
- Dilatation variqueuse des veines (varicocèle)
- Hypertrophie d'un ganglion inguinal profond

## COMPLICATIONS

- Hernie étranglée
- Hernie irréductible
- Affection intestinale ischémique (due à la strangulation ou à l'incarcération)
- Occlusion intestinale

## TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

## TRAITEMENT

### *Objectifs*

- Réduire la hernie
- Soutenir la paroi abdominale affaiblie
- Atténuer l'inconfort
- Prévenir la récurrence et l'aggravation

## Consultation

Consultez immédiatement un médecin si la hernie n'est pas réductible, si elle est douloureuse ou si elle est associée à des signes et symptômes d'occlusion intestinale. Consultez immédiatement un médecin si une hernie crurale indolore est soupçonnée.

## Interventions non pharmacologiques

Faites allonger le client et essayez de réduire la hernie inguinale ou cicatricielle en la manipulant avec précaution.

- Ne forcez pas
- Ne tentez jamais de réduire une hernie crurale
- Utilisez un bandage herniaire (abdomen ou aine) pour comprimer la hernie

## Éducation du client

- Expliquez au client la nature de la maladie, son évolution normale et la nécessité d'un suivi
- Faites une démonstration de la mise en place du bandage herniaire et incitez le client à le porter tous les jours
- Donnez une démonstration des bonnes techniques de soulèvement
- Expliquez au client les signes et les symptômes de complications, et conseillez-lui de revenir au poste de soins infirmiers s'ils apparaissent

## Interventions pharmacologiques

Analgésiques en cas d'inconfort :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1–2 comprimés par voie orale toutes les 4–6 h au besoin (maximum de 4 g par jour)

*ou*

acétaminophène avec codéine (Tylenol No. 3 avec codéine), 1–2 comprimés par voie orale toutes les 4 h au besoin (maximum de 4 g d'acétaminophène par jour)

## Surveillance et suivi

Assurez le suivi qui s'impose jusqu'à la consultation avec le chirurgien. Surveillez les signes d'occlusion intestinale (*voir «Occlusion de l'intestin grêle ou du gros intestin» sous «Urgences gastro-intestinales»*).

## Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous avec un médecin pour examiner la possibilité d'une chirurgie. Procédez à une évacuation médicale en présence de symptômes d'étranglement ou d'occlusion intestinale.

## SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE<sup>103</sup>,

104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115

Le syndrome du côlon irritable est une perturbation fonctionnelle des intestins causant des douleurs abdominales découlant de l'évacuation des selles ou d'un changement des habitudes intestinales, de l'aspect et de la fréquence des selles (voir les critères de Rome III).

Critères diagnostiques de Rome III pour le syndrome du côlon irritable<sup>115</sup>:

Gêne ou douleurs abdominales récurrentes qui ne peuvent pas être expliquées par des anomalies structurales ou biochimiques, présentes pendant au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois et associées à au moins 2 des signes suivants :

1. amélioration après défécation
2. début par une modification de la fréquence des selles
3. début par une modification de la consistance et de l'aspect des selles (molles, liquides ou petites selles dures et globuleuses)

Autres symptômes associés à l'appui du diagnostic :

- ≤ 3 selles par semaine
- ≥ 3 selles par jour
- selles dures ou grumeleuses
- selles molles et liquides
- effort à l'évacuation des selles
- urgence
- impression d'évacuation incomplète des selles
- mucus dans les selles
- ballonnement

### CAUSES

- Essentiellement inconnue

### Facteurs prédisposants

- Prédispositions génétiques possibles
- Perturbations antérieures de la motilité intestinale causées par un abus de laxatifs, une réaction alimentaire, la prise d'antibiotiques ou une infection
- Stress émotionnel
- Antécédents d'abus physiques ou sexuels

### ANAMNÈSE

- Apparaît généralement avant 40 ans
- Plus courant chez les femmes

- Symptômes vagues et durables
- Affection chronique avec alternance de périodes d'exacerbation et de rémission
- Diverses combinaisons de constipation, diarrhée, douleur abdominale et flatulence
- La constipation ou la diarrhée peut être le symptôme dominant
- Gêne ou douleur diffuse dans la partie inférieure del'abdomen
- Douleur d'intensité variable, pouvant persister de quelques heures à quelques jours
- Les selles peuvent devenir plus fréquentes et être moins formées avec l'apparition de la douleur
- Douleur exacerbée par les repas, la défécation, le stress
- Douleur soulagée par les selles
- Aucune répercussion sur les activités quotidiennes
- Présence fréquente de mucosités blanches
- Ballonnement et flatulence
- Symptômes non associés au syndrome du côlon irritable et nécessitant un examen plus approfondi :
  - fièvre, perte pondérale ou malaise
  - diarrhée et douleurs nocturnes
  - saignement rectal ou présence de sang dans les selles
- Symptômes associés :
  - symptômes de dyspepsie dans le haut de l'abdomen, nausées, éructation
  - dysménorrhée
  - dyspareunie
  - dysfonctions sexuelles
  - troubles urinaires, y compris mictions fréquentes et impérieuses

Pour établir la symptomatologie du syndrome du côlon irritable, il faut mettre en corrélation étroite l'apparition des symptômes et les aliments consommés.

### OBSERVATIONS

- Le client peut sembler en bonne santé ou légèrement incommodé
- Distension possible de l'abdomen
- Augmentation ou diminution possible des bruits intestinaux
- Le côlon peut être sensible et « en forme de corde »
- La compression du côlon peut susciter l'apparition des symptômes

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Constipation
- Maladie diverticulaire sans complications
- Gastro-entérite
- Intolérance alimentaire
- Maladie intestinale inflammatoire
- Diarrhée ou constipation d'origine médicamenteuse
- Colique biliaire

**COMPLICATIONS**

- Symptômes abdominaux chroniques
- Dépendance aux analgésiques ou consommation abusive d'analgésiques
- Absences du travail lors des accès de douleur

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Échantillon de selles pour culture et antibiogramme
- Dosage de l'hémoglobine
- Analyse d'urine

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Établir des habitudes d'évacuation intestinale régulières
- Reconnaître ou modifier les sources de stress qui déclenchent les symptômes

**Interventions non pharmacologiques****Éducation du client**

- Recommandez au client de modifier ses habitudes alimentaires (par exemple, repas réguliers, augmentation progressive de la consommation de fibres)
- Recommandez aux clients souffrant du syndrome du côlon irritable et présentant des symptômes de constipation de consommer plus de fibres alimentaires (par exemple, son brut, pain brun, maïs soufflé, céréales All-Bran, Puffed Wheat ou Shredded Wheat). Pour prévenir le ballonnement et la flatulence, commencer par une petite quantité de son brut, puis augmenter graduellement la consommation jusqu'à ¼ ou ½ tasse par jour
- Il convient d'éviter les aliments dont on sait qu'ils causent les symptômes (ces aliments varient d'une personne à l'autre)
- Recommandez au client de boire suffisamment lorsqu'il prend des suppléments de fibres

- Recommandez au client de ne pas fumer ni prendre de médicaments contenant de la codéine
- Enseignez des techniques de relaxation et soulignez l'importance de faire de l'exercice pour atténuer les symptômes dus au stress
- Aidez le client à reconnaître les facteurs qui exacerbent ses symptômes
- Aidez le client à prendre conscience des facteurs émotionnels identifiables
- Offrez votre soutien et votre compréhension, car cette affection est fort mal connue

**Interventions pharmacologiques**

Il existe peu de données probantes sur les bienfaits des fibres en regard du syndrome du côlon irritable; les bienfaits les plus marquants ont été observés chez les clients dont le symptôme dominant est la constipation. Des produits qui augmentent le bol fécal peuvent être utiles chez certains clients :

psyllium (Metamucil), 1-2 c. à thé (5-10 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide, par voie orale, 2-3 fois par jour

Le client peut se procurer du Metamucil avec une prescription auprès d'un fournisseur de services pharmaceutiques des SSNA.

Il peut être nécessaire d'augmenter progressivement la quantité de fibre sur plusieurs jours pour éviter d'aggraver les symptômes<sup>116</sup>.

**Surveillance et suivi**

- Suivi après 1-2 semaines
- Examinez les effets des changements des habitudes alimentaires sur les symptômes
- Modifiez la quantité de fibres consommée en fonction de la réponse au traitement
- Diminuez temporairement la consommation de fibres si la flatulence et le ballonnement sont importants
- Augmentez l'apport en fibres si la réponse clinique est faible

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin s'il présente des signes ou symptômes de maladie organique, ou si le traitement ne soulage pas les symptômes. Il est parfois difficile de venir à bout de cette affection. La plupart des patients présentent des symptômes chroniques qui apparaissent périodiquement.

## ULCÈRE GASTRODUODÉNAL (UGD)<sup>117,118,119,120,121,122,123</sup>

Ulcère de la muqueuse de la partie supérieure du tube digestif; également appelé ulcère duodéal ou ulcère gastrique.

### CAUSES

Les deux causes les plus courantes de l'UGD sont l'infection bactérienne à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) et l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'usage d'AINS en présence d'une infection à *H. pylori* peut accroître le risque d'apparition d'un UGD. On compte également d'autres causes moins courantes de l'UGD, dont la prise d'autres médicaments (par exemple, corticostéroïdes, bisphosphonates, chlorure de potassium), une chirurgie gastrique (pontage gastrique), une maladie inflammatoire (maladie de Crohn, sarcoïdose) et des états d'hypersécrétion (gastrinome).

### Facteurs de risque

- Médicaments tels que les AINS et les corticostéroïdes
- Stress physiologique intense (maladie, chirurgie)
- Gastrite chronique
- Maladie pulmonaire ou rénale chronique
- Tabagisme
- Facteurs génétiques

### ANAMNÈSE

- Les symptômes peuvent être vagues ou absents, classiques ou atypiques (certaines personnes qui ont un ulcère gastroduodéal ne présentent aucun symptôme, alors que d'autres présentent les symptômes, mais n'ont pas d'ulcère)
- Affection chronique bénigne avec une alternance de périodes d'exacerbation et de rémission (caractéristique des ulcères duodénaux)
- Les symptômes apparaissent généralement à proximité de la ligne médiane épigastrique entre l'appendice xiphoïde et le nombril ou dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, avec ou sans irradiation dans le dos
- Sensations d'inconfort généralement décrites comme des brûlures, du tiraillement et une sensation de faim

- Douleurs vagues ou sensations de crampes ou de brûlures d'estomac
- Douleur d'intensité variable (légère – modérée à sévère)
- Les symptômes de l'UGD apparaissent généralement entre 2 et 5 heures après les repas, lorsque l'estomac est vide
- Les symptômes d'ulcère gastroduodéal tendent à apparaître peu après les repas
- Il est courant que les symptômes réveillent le client la nuit en raison de la sécrétion abondante d'acide suivant les rythmes circadiens (en général, entre 23 h et 2 h)
- La douleur est soulagée par des aliments, du lait ou des antiacides (moins efficaces pour les ulcères gastriques)
- Nausées possibles
- La présence de méléna ou d'hématémèse annonce des complications
- Évaluez la consommation d'alcool, d'AAS, d'anti-inflammatoires et de corticostéroïdes
- Selon l'évolution naturelle d'un ulcère bénin, il y a récurrence dans les deux tiers des cas au cours de l'année qui suit le traitement

### OBSERVATIONS

Sensibilité épigastrique (légère à modérée). La sensibilité, la rigidité ou la distension aiguë de l'abdomen peuvent être un signe d'ulcère perforé.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gastrite
- Œsophagite
- Colique biliaire
- RGO
- Syndrome du côlon irritable
- Néoplasme
- Diverticulite
- Pancréatite
- Affection intestinale ischémique
- Médicaments (AINS, colchicine, corticostéroïdes, antibiotiques, niacine, gemfibrozil, suppléments de potassium, digoxine, fer)

**COMPLICATIONS**

- Anémie ferriprive (attribuable aux pertes de sang chroniques)
- Douleur intense
- Hémorragie soudaine pouvant provoquer une hypotension
- Perforation
- Péritonite
- Occlusion de l'orifice gastrique

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Dosage de l'hémoglobine
- Analyse d'urine
- Test diagnostique visant à confirmer la présence de *H. pylori* (doit être prescrit par un médecin)

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager la douleur
- Atténuer l'acidité gastrique
- Favoriser la cicatrisation
- Éradiquer *H. pylori* (si sa présence est confirmée)
- Prévenir les complications

**Consultation**

Les cas soupçonnés d'UGD doivent être adressés à un médecin afin d'amorcer un traitement et/ou de procéder à des tests diagnostiques.

Consultez immédiatement un médecin si le client présente un ou plusieurs des symptômes alarmants ci dessous :

- Perte de poids involontaire
- Douleur irradiant vers le dos, le cou, la mâchoire, le bras ou l'épaule gauche
- Déglutition difficile ou douloureuse
- Vomissements prolongés
- Anémie
- Saignement gastro-intestinal actif (selles noires, hématurie) (*voir « Saignement gastro-intestinal (supérieur et inférieur) » sous « Urgences gastro-intestinales »*)
- Présence confirmée de sang occulte dans les selles

**Interventions non pharmacologiques****Éducation du client**

- Expliquez la nature de la maladie et le pronostic
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, but et importance d'observer le traitement)
- Recommandations :
  - prendre fréquemment de petits repas peu épicés (ou non épicés)
  - éviter de consommer des aliments reconnus pour aggraver la douleur (par exemple, repas copieux constitués d'aliments gras)
  - réduire la consommation de boissons caféinées et très acides (thé, café, sodas, jus d'orange)
  - éviter l'alcool
  - éviter les médicaments en cause (AINS, colchicine, corticostéroïdes, antibiotiques, niacine, gemfibrozil, suppléments de potassium, digoxine, fer)
  - arrêter de fumer
- Informez le client des signes de complications qui nécessitent une intervention immédiate

**Interventions pharmacologiques**

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), comme Losec, constituent un traitement de choix pour soulager les symptômes. Ils doivent être prescrits par un médecin.

Les personnes infectées souffrant d'un ulcère gastroduodéal causé par *H. pylori* doivent suivre une trithérapie en vue d'éradiquer cette bactérie, conformément aux instructions du médecin.

**Surveillance et suivi**

Revoyez le client après 2 semaines pour évaluer la réponse au traitement. Autre suivi après 4–6 semaines. Mettez fin au traitement médicamenteux si les symptômes ont disparu. Le client doit passer des tests post-traitement de 4 à 6 semaines après l'interruption de tous les régimes thérapeutiques pour l'éradication de *H. pylori* afin de confirmer l'éradication de cette bactérie.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Adressez le client à un médecin si le traitement ne lui procure aucun soulagement ou en présence de symptômes alarmants, notamment :

- Nouveaux symptômes gastro-intestinaux chez des clients de plus de 40 ans
- Douleur post-prandiale ou nocturne persistante

## URGENCES GASTRO-INTESTINALES

### DOULEUR ABDOMINALE (AIGUË)<sup>124,125</sup>

La douleur est causée par diverses affections plus ou moins graves. Pour établir le diagnostic, il est utile de connaître l'emplacement, l'origine, le type d'irradiation, le moment d'apparition et la nature de la douleur ainsi que les symptômes qui y sont associés.

#### CAUSES

Causes les plus courantes de douleurs abdominales aiguës chez les adultes :

- Appendicite
- Affections gynécologiques (douleurs pelviennes intermenstruelles [douleurs survenant au milieu du cycle menstruel qui seraient probablement liées à l'ovulation], dysménorrhée, infection génitale haute)
- Pyélonéphrite
- Ulcère gastroduodéal
- Dyspepsie
- Infection urinaire
- Cause fonctionnelle
- Gastro-entérite
- Cholécystopathies

#### ANAMNÈSE

##### Symptômes associés

- Une perte pondérale involontaire peut être signe d'une tumeur maligne ou de malabsorption
- Des vomissements peuvent avoir un lien avec une appendicite aiguë, une occlusion ou un volvulus de l'intestin grêle
- La diarrhée peut être un signe d'affection intestinale inflammatoire ou de malabsorption
- La constipation peut être un signe de cancer ou de constipation opiniâtre
- Un méléna ou l'évacuation de sang par le rectum dénote un saignement gastro-intestinal pouvant être associé à un ulcère gastroduodéal, à des varices œsophagiennes, au cancer du côlon ou à une affection intestinale inflammatoire
- Un ictère peut être signe de maladie du foie, de carcinome du pancréas/foie, d'hémolyse, de drépanocytose (déficit en G-6-PD [glucose-6-phosphatase déshydrogénase]), de cholédocolithiase

- Certains troubles rénaux s'accompagnent souvent de douleur abdominale; envisagez une urolithiase, une infection urinaire (dysurie, fréquence et urgence des mictions, hématurie ou torsion du testicule)
- Les symptômes ressentis dans la région sus-pubienne/pelvienne et/ou des pertes vaginales peuvent être associés à une grossesse extra-utérine, une infection génitale haute, une torsion de l'ovaire ou à la rupture d'un kyste ovarien

#### Antécédents médicaux

- Autres maladies graves
- Antécédents de chirurgie
- Examens déjà effectués pour évaluer des problèmes abdominaux
- Antécédents familiaux de symptômes semblables
- Médicaments, surtout digoxine, théophylline, corticostéroïdes et tétracycline (pour un ulcère gastroduodéal) et analgésiques, antipyrétiques, antiémétiques, barbituriques, diurétiques, biphosphonates (pour l'ostéoporose)
- Activité sexuelle, dernières règles, utilisation de contraceptifs, antécédents de MTS, pertes vaginales, saignements ou saignements

#### EXAMEN PHYSIQUE

##### Signes vitaux

- Signes d'état de choc, d'infection (fièvre)
- Signes de déshydratation, avec muqueuses asséchées et maintien du pli cutané

##### Examen de l'abdomen

###### Inspection

Vérifiez le contour (distension), la symétrie, la localisation de la douleur la plus intense, la présence d'une hernie, de cicatrices.

###### Auscultation

- Des bruits intestinaux aigus évoquent une occlusion
- L'absence de bruits intestinaux est signe d'iléus ou d'occlusion

## Palpation et percussion

- Rigidité musculaire (volontaire ou involontaire)
- Sensibilité localisée, masses, pulsation, hernies, irritation du péritoine (la toux ou un saut peuvent aussi provoquer un phénomène de «décompression»)
- Défense musculaire involontaire
- Signe de l'obturateur (douleur à la rotation de la hanche vers l'intérieur lorsque le client se penche et que ses genoux sont fléchis)
- Signe du psoas (douleur ressentie lorsque le client soulève une jambe tenue droite au dessus du genou contre résistance)
- Signe de Murphy (douleur au niveau du quadrant supérieur droit lorsque l'inspiration est accompagnée d'une pression sur le foie)
- Dimensions du foie et de la rate
- Sensibilité au niveau de l'angle costo-vertébral
- Examen pelvien chez la femme

- Examen rectal pour éliminer la possibilité de saignement gastro-intestinal, de prostatite, etc. (l'examen rectal doit servir à compléter le tableau clinique)
- L'absence de sensibilité au niveau du rectum n'exclut pas et ne confirme pas un diagnostic d'appendicite

**Tests diagnostiques (s'ils sont disponibles)**

- Hémoglobine
- Numération des globules blancs
- Analyse d'urine
- Test de grossesse chez la femme en âge de procréer, sauf si elle a subi une hystérectomie
- Radiographie pulmonaire (si possible) pour éliminer la possibilité de pneumonie
- Analyse coprologique pour la détection de sang occulte

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

Voir le tableau 4 « Diagnostic différentiel de la douleur abdominale » ci-dessous :

**Tableau 4 – Diagnostic différentiel de la douleur abdominale**

<b>Diagnostic</b>	<b>Localisation habituelle de la douleur</b>	<b>Remarques</b>
Hépatite, abcès sous-phrénique, abcès hépatique, néoplasme	QSD; pouvant irradier dans l'épaule droite	Taux élevé d'enzymes hépatiques, ictère
Cholécystite, cholélithiase, cholangite	QSD, région médiane de l'épigastre; irradiant dans le dos et l'omoplate droite	Apparition soudaine avec nausées et/ou vomissements associés; chez les personnes âgées, la douleur peut être minimale, voire absente; la cholangite s'accompagne de fièvre
Pancréatite, néoplasme	Région médiane de l'épigastre; irradiant dans le dos	Peut s'accompagner de signes de péritonite, de nausées et de vomissements; la pancréatite s'accompagne d'une douleur accrue à l'ingestion
Ulcère duodénal ou gastrique	Région médiane de l'épigastre, QSG; irradiant dans le dos si l'ulcère est à l'arrière, signes de péritonite avec perforation	Chez les personnes âgées, la douleur peut être minimale, voire absente; saignement gastro-intestinal ou instabilité hémodynamique manifeste avec perforation
Gastro-entérite	Généralisée, peut irradier	Crampes, nausées, vomissements et/ou diarrhée
Constipation, constipation opiniâtre, occlusion intestinale; iléus	Généralisés, peuvent irradier	Distention abdominale, hypersonorité, changement de la fonction intestinale
Hématome de la rate ou splénomégalie, rupture et infarctus spléniques	QSG	Hypotension et péritonite s'il y a rupture
Anévrisme de l'aorte	Épigastrique, péri-ombilicale, surtout les flancs dorsaux; peut se présenter sous la forme d'une douleur épigastrique ou dorsale, d'une douleur au flanc ou à la hanche	Peut s'apparenter à la colique; hypotension s'il y a rupture

Tableau 4 – Diagnostic différentiel de la douleur abdominale

Diagnostic	Localisation habituelle de la douleur	Remarques
Appendicite	Au début: région péri-ombilicale Plus tard: QID	Peut s'accompagner de manifestations péritonéales, surtout chez les personnes âgées
Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse; colite ischémique	QID, mais pouvant se présenter dans le QIG ou être généralisées	Diarrhée (avec sang dans un cas de colite ulcéreuse), crampes, accélération de la vitesse de sédimentation; la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse ont une incidence sur la numération plaquettaire.  Douleur soudaine qui s'atténue, suivie d'une diarrhée sanglante (dans le cas d'une colite ischémique)
Adénite mésentérique, ischémie	QID (adénite: douleur épigastrique et péri-ombilicale) ou généralisée (ischémie)	L'adénite s'accompagne d'une douleur secondaire à l'hypertrophie des ganglions mésentériques due à une pharyngite streptococcique; douleur disproportionnée à l'examen physique (le rythme cardiaque et la tension artérielle peuvent changer); l'ischémie peut s'accompagner de vomissements et de diarrhée
Péritonite bactérienne spontanée	Généralisée, s'accompagnant de manifestations péritonéales	Habituellement chez un alcoolique, une personne avec une sonde à demeure ou en dialyse
Diverticulite	Généralement dans le QIG; peut être localisée dans la région sus-pubienne, le QID ou être généralisée	Diagnostic clinique (douleur + diarrhée, vomissements, fièvre)
Diverticule de Meckel	En-dessous ou à gauche de l'ombilic	Peut survenir à répétition; s'accompagne de saignements rectaux ou d'occlusion intestinale
Urolithiase, néphrolithiase, pyélonéphrite	Un flanc ou l'autre; peut irradier dans les grandes lèvres ou les testicules	Pyélographie intraveineuse nécessaire en cas de lithiase; douleurs persistantes/constantes; présence de nitrites, de sang et/ou de leucocytes dans l'urine dans les cas de pyélonéphrite
Cystite	Sus-pubienne	L'analyse d'urine peut révéler la présence de sang et de leucocytes
Affection gynécologique (kyste ovarien, tumeur ou torsion ovarienne, grossesse extra utérine, syndrome intermenstruel, infection génitale haute)	Douleur dans le bassin, dans une région annexielle; irradiant vers l'aîne; pouvant aussi irradier vers l'épaule droite s'il y a saignement dans le péritoine libre	Test de grossesse, cultures cervicales/vaginales, échographie pour éliminer le risque de grossesse extra-utérine et examiner les ovaires
Maladie métabolique comme l'acidocétose diabétique, la maladie d'Addison	Douleur pouvant être diffuse, défense musculaire possible	Associée à des nausées, à des vomissements et à une glycémie élevée
Pneumonie, abcès sous-phrénique, embolie pulmonaire, pneumothorax	QSD, QSG	Toux, essoufflement, +/- douleurs thoraciques; nausées, vomissements et fièvre pouvant aussi être présents
Ischémie cardiaque, infarctus, péricardite, lésions hépatiques déterminées par des cardiopathies (foie cardiaque)	Peut se manifester par une douleur au niveau de l'épigastre; QSD, dans le cas du foie cardiaque	ECG pour éliminer le risque de cardiopathie, surtout en présence de facteurs de risque; peut être confondue avec le reflux gastro-œsophagien; signes d'insuffisance cardiaque congestive accompagnant la congestion hépatique

QSD = quadrant supérieur droit, QSG = quadrant supérieur gauche, QID = quadrant inférieur droit, QIG = quadrant inférieur gauche, ECG = électrocardiogramme



## TRAITEMENT

### Décision initiale

Déterminez s'il est nécessaire de garder le client en observation au sein de la communauté, de consulter un médecin ou de procéder à l'évacuation du client.

### Consultation

Consultez un médecin si le diagnostic n'est pas clair, si le tableau clinique semble sérieux ou si l'évacuation du client est nécessaire.

### Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique en tenant compte des pertes hydriques prévisibles et de l'état d'hydratation du client
- Hydratez le client conformément aux prescriptions du médecin
- Mettez en place une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande dans les cas de vomissements, de saignement ou d'occlusion intestinale soupçonnée
- Sonde de Foley

### Interventions non pharmacologiques

- Ne rien administrer par la bouche tant que le diagnostic n'est pas certain

### Interventions pharmacologiques

Malgré l'enseignement classique en chirurgie, qui veut que l'administration d'un analgésique risque de compliquer le diagnostic de la douleur abdominale en situation d'urgence, la littérature médicale ne corrobore pas cette hypothèse. Les analgésiques opioïdes peuvent soulager davantage le client sans compromettre les résultats cliniques ni retarder l'établissement du diagnostic<sup>126</sup>. N'administrez aucun analgésique avant que le client n'ait consulté un médecin, sauf si le diagnostic est clair.

Les médicaments seront choisis en fonction de la présentation et de l'intensité de la douleur telles que décrites par le client.

### Surveillance et suivi

- Surveillez attentivement la douleur, les voies respiratoires, la respiration, la circulation, les signes vitaux et toute perte hydrique connexe
- Une série d'examen effectués dans les heures qui suivent peut clarifier le diagnostic

## Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale si le diagnostic est incertain et que l'état du client justifie une évaluation d'urgence.

## APPENDICITE<sup>127,128,129</sup>

Inflammation de l'appendice.

### CAUSES

Occlusion de l'ouverture de l'appendice par les selles, par de l'œdème causé par une maladie intestinale inflammatoire ou par un blocage causé par des parasites qui exaltent la virulence de la flore locale, causant ainsi une infection.

### ANAMNÈSE

Voici les caractéristiques classiques de l'appendicite aiguë; le client peut toutefois se plaindre de diverses formes de douleur abdominale, rectale et dorsale selon l'emplacement de l'appendice. Les symptômes se manifestent habituellement pendant moins de 48 heures. Toutefois, il n'est pas rare d'observer chez les personnes âgées une douleur ressentie sur une plus longue période; jusqu'à 2 % des patients déclarent avoir des douleurs et d'autres symptômes au niveau de l'abdomen qui persistent pendant 2 semaines ou plus.

- Examen :
  - antécédents médicaux qui précèdent immédiatement l'apparition de la douleur (y compris les cas ne présentant aucun symptôme de douleur récent)
  - symptômes liés à la crise et signes locaux
  - chronologie des symptômes
  - date des dernières règles, toute irrégularité menstruelle récente, et pratiques sexuelles récentes chez la femme
- Douleur péri-ombilicale ou épigastrique vague, diffuse
- La douleur se déplace vers le quadrant inférieur droit au cours des heures suivantes
- Anorexie
- Nausées
- Vomissements possibles quelques heures après l'apparition de la douleur
- Présence possible d'une faible fièvre

- Mictions fréquentes, dysurie, pyurie et hématurie ou rétention urinaire aiguë pouvant se manifester en raison de la proximité de l'appendice enflammé avec la vessie
- Jusqu'à 18 % des patients manifestent des symptômes de diarrhée ou de constipation en raison de l'irritation intestinale

### OBSERVATIONS

L'appendicite est renommée pour être trompeuse. Les signes et les symptômes véritables varient en fonction de l'emplacement de l'appendice dans l'abdomen. Le tableau clinique varie selon que le client consulte à un stade précoce ou avancé du processus morbide.

- Température pouvant être légèrement élevée
- Fréquence cardiaque accélérée (elle peut être normale à un stade précoce)
- Le client peut être peu ou très souffrant
- Le client se tient le ventre, marche lentement, un peu penché vers l'avant, et replie les jambes en position couchée
- Les bruits intestinaux varient : augmentés ou normaux au stade précoce; diminués ou absents au stade avancé
- Sensibilité localisée dans le quadrant inférieur droit (cette sensibilité peut être également être ressentie dans le quadrant inférieur gauche)
- Défense musculaire dans le quadrant inférieur droit (irritation péritonéale)
- Sensibilité possible à la décompression
- Examen rectal : sensibilité dans le quadrant inférieur droit si l'extrémité de l'appendice est près du rectum
- Douleur dans le quadrant inférieur droit dans les cas suivants :
  - lorsque le client soulève la jambe droite au-dessus du genou contre résistance (signe du psoas)
  - à la rotation de la hanche vers l'intérieur lorsque le client se penche et que ses genoux sont fléchis (signe de l'obturateur)
  - lors de la palpation du quadrant inférieur gauche, sensibilité à la décompression (signe de Rovsing)
  - lorsque le client tousse volontairement (signe de la toux)
- Sensibilité diffuse au stade avancé (surtout chez les personnes âgées)

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abscès abdominal
- Gastro-entérite/entérocolite
- Diverticulite
- Pancréatite
- Colique biliaire
- Cholécystite
- Ulcère gastroduodénal
- Occlusion de l'intestin grêle
- Maladie de Crohn
- Syndrome intermenstruel (rupture d'un kyste folliculaire)
- Grossesse extra-utérine
- Infection génitale haute
- Torsion d'un kyste ovarien
- Pyélonéphrite
- Colique néphrétique
- Adénite mésentérique

### COMPLICATIONS

- Abscès
- Péritonite localisée
- Perforation
- Péritonite généralisée
- Septicémie

### TESTS DIAGNOSTIQUES

- Numération des globules blancs (si possible)
- Analyse d'urine
- Détection de la gonadotrophine chorionique (HCG) dans l'urine chez les femmes en âge de procréer (chez celles n'ayant pas subi une hystérectomie)
- FSC

### TRAITEMENT

#### Objectifs

- Maintenir l'état d'hydratation
- Prévenir les complications
- Contrôler la douleur

#### Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

#### Traitement adjuvant

- Amorcer un traitement IV avec un soluté physiologique pour maintenir un accès veineux

- Réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'état de déshydratation du patient, conformément aux recommandations du médecin consulté
- Mettez en place une sonde nasogastrique si l'abdomen est distendu et si le médecin consulté le recommande

### Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale

### Interventions pharmacologiques

Malgré l'enseignement classique en chirurgie, qui veut que l'administration d'un analgésique risque de compliquer le diagnostic de la douleur abdominale en situation d'urgence, la littérature médicale ne corrobore pas cette hypothèse. Les analgésiques opioïdes peuvent soulager davantage le client sans compromettre les résultats cliniques ni retarder l'établissement du diagnostic<sup>126</sup>. N'administrez aucun analgésique avant que le client n'ait consulté un médecin, sauf si le diagnostic est clair.

Analgésiques :

morphine 5–10 mg IM ou SC toutes les 3–4 h  
ou 2,5–5 mg IV en perfusion lente q3-4h prn

Antiémétiques :

dimenhhydrinate 50 mg IM, ou IV en perfusion lente q4-6h (ne pas dépasser 400 mg/jour)

Si le transfert du client est retardé, consultez un médecin au sujet de l'instauration d'une antibiothérapie :

céfazoline (Ancef), 1 g IV q8h

et

métronidazole (Flagyl), 500 mg IV q12h

### Surveillance et suivi

Vérifiez souvent les signes vitaux et l'état général du client.

### Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible; l'avis d'un chirurgien est requis.

## SAIGNEMENT GASTRO-INTESTINAL (SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR)<sup>130,131,132,133,134,135,136</sup>

Saignement dans le tractus digestif. La perte sanguine soudaine et rapide du tractus digestif peut causer une instabilité hémodynamique et mettre en danger la vie du client. Le saignement gastro-intestinal est une complication d'une affection existante ou d'un autre processus morbide.

### CAUSES

Voir le tableau 5 « Causes de saignement gastro-intestinal ».

Tableau 5 – Causes de saignement gastro-intestinal

Catégorie	Saignement gastro-intestinal supérieur	Saignement gastro-intestinal inférieur
Inflammatoire	Ulcère gastroduodénal	Diverticulite
	Gastrite érosive	Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse
	Œsophagite érosive	Entérocolite
	Ulcère de stress	Colite due à l'exposition au rayonnement
Anatomique	Syndrome de Mallory-Weiss*	Colite ischémique
	Diverticule de Meckel	Fissure anale*
Vasculaire	Varices gastriques, œsophagiennes, duodénales	Diverticulose
	Angiodysplasie, telangiectasie	Hémorroïdes
Tumoral		Angiodysplasie, telangiectasie
	Polypes bénins/malins	Infarctus mésentérique
Générale	Troubles de la crase sanguine	Polypes bénins ou malins
		Troubles de la crase sanguine

\*Les pertes sanguines sont rarement importantes, sauf si le patient prend des anticoagulants ou s'il a un trouble de la crase sanguine.

**ANAMNÈSE****Saignement gastro-intestinal supérieur**

- Bilan portant sur les affections ou les symptômes gastro-intestinaux possibles :
  - Utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
  - Ulcère gastroduodéal
  - Maladie du foie
  - Consommation d'alcool
  - Reflux gastro-œsophagien
  - Douleur dans la partie supérieure de l'abdomen
  - Satiété accélérée
  - Perte pondérale involontaire
  - Déglutition difficile ou douloureuse
  - Chronologie des symptômes
  - Apparition du saignement
  - Perte sanguine approximative
- Hématémèse (vomissement de sang de teinte rouge vif ou marc de café)
- Méléna (selles noires poisseuses)
- Rectorragie (sang rouge vif) et saignement gastro-intestinal supérieur sévère
- Faiblesse ou syncope soudaine
- Crampes abdominales soulagées par le vomissement ou la défécation
- Douleur minime ou absente chez les personnes âgées

**Saignement gastro-intestinal inférieur**

- Bilan portant sur les affections ou les symptômes gastro-intestinaux possibles :
  - Maladie diverticulaire
  - Maladie intestinale inflammatoire
  - Évacuation douloureuse des selles (fissure, hémorroïdes)
  - Antécédents de polypes
  - Antécédents personnels ou familiaux de cancer de l'intestin
  - Perte sanguine approximative
  - Chronologie des symptômes
  - Apparition du saignement
  - Symptômes récents de fatigue, de fièvre, de myalgie (évoque une maladie intestinale inflammatoire, une infection)
  - Changement du diamètre des selles
  - Antécédent de radiothérapie abdominale ou pelvienne

- Rectorragie
- Faiblesse ou syncope soudaine
- Possibilité de saignement indolore ou de crampes abdominales soulagées par la défécation

**Considérations en regard des personnes âgées**

- Moins de symptômes avant l'apparition des saignements (par exemple, douleur abdominale, dyspepsie)
- L'ulcère gastroduodéal est la cause la plus fréquente de saignement gastro-intestinal supérieur en raison :
  - d'une grande consommation d'AAS et d'AINS
  - d'un taux élevé d'infection à *Helicobacter pylori*
- Usage important d'anticoagulants, augmentant ainsi le risque de perte sanguine
- Comorbidités plus nombreuses (par exemple, maladie vasculaire, respiratoire)
- Risque de cancer accru
- Taux plus élevé de saignement gastro-intestinal inférieur d'origine diverticulaire
- Taux de complications et de mortalité plus élevé
- Risque accru d'infarctus du myocarde dû à un taux plus élevé de maladie cardiovasculaire

**OBSERVATIONS**

- Un saignement gastro-intestinal important peut causer de l'instabilité hémodynamique, notamment
  - fréquence cardiaque accrue
  - pouls faible
  - respiration rapide
  - tension artérielle faible-normale ou moindre
  - hypotension orthostatique
  - agitation, confusion
- Le client est pâle et anxieux
- Le client est faible et en sueur
- Sang rouge vif dans les vomissures
- Selles noires poisseuses
- Sang rouge vif ou brun rougeâtre, ou encore, caillots dans les selles
- Les bruits intestinaux sont d'abord augmentés en raison du sang dans l'intestin
- Par la suite, ils peuvent diminuer ou disparaître
- Possibilité d'une sensibilité légère ou importante à la palpation

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL****Saignement gastro-intestinal supérieur**

- Ulcère gastroduodéal
- Varices
- Gastrite érosive
- Œsophagite érosive
- Diverticule de Meckel

**Saignement gastro-intestinal inférieur**

- Maladie diverticulaire
- Maladie intestinale inflammatoire
- Cancer du côlon
- Infarctus mésentérique

**COMPLICATIONS**

- Hypotension
- État de choc
- Infarctus du myocarde (chez les clients ayant une maladie cardiaque sous-jacente)
- Décès

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Dosage de l'hémoglobine
- Recherche de sang occulte dans les selles
- Examen des selles pour déterminer s'il y a rectorragie
- ECG chez les patients âgés pour déterminer le risque d'infarctus du myocarde
- Test de détection de la présence d'anticorps anti-H. pylori dans le sang

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Restaurer la masse sanguine

**Consultation**

Consultez un médecin dans les plus brefs délais, dès que l'état du client est stable.

**Traitement adjuvant**

- Administrez de l'oxygène à raison de 6–10 l/min ou plus prn; maintenez la saturation en oxygène > 95 %
- Pratiquez une perfusion à l'aide d'une aiguille de gros calibre (16 à 18) et administrez du soluté physiologique

- Pratiquez une deuxième perfusion pour restaurer la masse sanguine s'il y a des signes d'hypovolémie (voir « État de choc » sous « Urgences générales » du chapitre intitulé « Urgences générales et traumatismes majeurs »)
- Adaptez le débit de perfusion en fonction de la perte sanguine estimative, du pouls, de la tension artérielle, de l'hypotension orthostatique et de l'âge du client
- Mettez en place une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande pour vider l'estomac dans un cas de saignement gastro-intestinal provenant de la partie supérieure du tube digestif
- Mettez en place une sonde urinaire; vérifiez le débit urinaire à l'heure

**Interventions non pharmacologiques**

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale

**Interventions pharmacologiques**

pantoprazole (Panto IV), bolus de 80 mg sur une période de 30 minutes, puis pantoprazole (Pantoloc) 8 mg/heure IV<sup>131</sup>

**Surveillance et suivi**

Surveillez de près les voies respiratoires, la respiration, la circulation, les signes vitaux et l'état général du client, car le saignement peut recommencer.

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible.

**OCCLUSION DE L'INTESTIN GRÊLE OU DU GROS INTESTIN**<sup>137,138,139,140,141</sup>

Occlusion de l'intestin grêle ou du côlon (partielle ou complète, d'origine mécanique ou paralytique)

**CAUSES**

- Intestin grêle : adhérences (75 %), hernie, cancer, maladie de Crohn (sténose)
- Côlon : cancer (60 %), volvulus (5 %), diverticulite (20 %), fécalome

**ANAMNÈSE**

- Douleur
- Anorexie
- Nausées
- Vomissements
- Incapacité d'évacuer des selles ou des gaz
- Distension de l'abdomen
- Autres symptômes déterminés par le processus morbide

Les symptômes exacts dépendent de l'emplacement et de la sévérité de l'occlusion. Plus l'occlusion est haute, plus les symptômes sont aigus et d'apparition brutale.

**Occlusion de l'intestin grêle**

- Douleur modérée ou sévère
- Périodes intermittentes de douleur (toutes les 4-5 minutes)
- Bien-être relatif entre les périodes de douleur
- Douleur aiguë et constante lors d'un iléus par strangulation (jusqu'à 40 % des cas d'occlusion de l'intestin grêle)
- Les vomissements sont fréquents, violents et bilieux lorsque l'occlusion est haute
- Vomissements excrémentiels dans un cas d'occlusion basse
- La distension de l'abdomen varie; elle est importante lorsque l'occlusion est basse
- Diminution des selles et des gaz
- Faiblesse

**Occlusion du gros intestin**

- Douleur moyennement intense (habituellement moins aiguë que dans l'occlusion de l'intestin grêle)
- Colique
- La distension survient promptement et elle peut être sévère
- Habituellement, les vomissements surviennent tard et sont rares, et ils peuvent être excrémentiels
- Diminution ou absence de selles et de gaz
- Douleur intense et soudaine caractéristique d'un volvulus
- Un changement de la taille des selles peut révéler la présence d'un cancer; le risque est accru s'il y a perte pondérale

**Iléus paralytique**

- Occlusion de l'intestin due à la paralysie du muscle de la paroi intestinale, par suite d'une péritonite généralisée, d'une inflammation aiguë de l'abdomen, d'une lésion thoracique grave, d'une affection aiguë ou d'une complication postopératoire
- La distension de l'abdomen, modérément incommode, est un symptôme dominant
- Absence possible de douleur, mais risque de crampes
- Vomissements fréquents ou régurgitation du contenu de l'estomac
- Abdomen distendu « silencieux » à l'examen

**OBSERVATIONS**

- Fréquence cardiaque normale ou accélérée
- Respiration normale ou accélérée
- Tension artérielle normale ou basse
- Hypotension orthostatique possible
- Fièvre, tachycardie et signes péritonéaux pouvant évoquer un étranglement ischémique de l'intestin
- Le client semble légèrement à gravement malade
- Le client se plie en deux lors des accès de douleur s'il y a occlusion de l'intestin grêle
- Le client est pâle, anxieux et en sueur
- Degrés divers de distension abdominale
- Une hernie peut être visible
- Des contractions de la paroi intestinale (péristaltisme) peuvent être observées
- Bruits intestinaux augmentés dans les premiers stades
- Poussées péristaltiques, tintements aigus présents
- Au stade avancé, les bruits intestinaux sont diminués ou absents
- Sensibilité possible due à la distension
- Présence possible d'une hernie ou d'une masse sensible localisée (abcès, tumeur, volvulus)
- Sensibilité à la décompression et rigidité s'il y a perforation, péritonite ou étranglement
- Présence de cicatrices résultant d'une chirurgie
- Tympanisme à hypersonorité à la percussion (en raison des anses intestinales remplies d'air)
- Examen rectal : présence possible de sang ou de selles, possibilité que le rectum soit vide; il pourrait y avoir une masse palpable en cas de cancer du rectum
- Examinez tous les orifices herniaux, y compris les deux anneaux cruraux

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Gastro-entérite/entérite
- Cholécystite
- Constipation/constipation opiniâtre
- Maladie diverticulaire
- Appendicite
- Affection intestinale inflammatoire avec distension
- Ulcère perforé
- Pancréatite
- Infarctus mésentérique
- Torsion de l’ovaire, infection génitale haute, grossesse extra-utérine

**COMPLICATIONS**

- Perforation
- Abscess intra-abdominal
- Segment étranglé de l’intestin
- Septicémie
- Hypotension, état de choc
- Décès

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Analyse d’urine
- Dosage de l’hémoglobine (facultatif; il peut faciliter l’établissement du diagnostic et orienter le traitement)
- Numération des globules blancs, si le résultat est disponible (augmentée)

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Enrayer la distension
- Maintenir l’état d’hydratation
- Prévenir les complications

**Consultation**

Consultez un médecin dès que possible.

**Traitement adjuvant**

- Amorcer un traitement IV à l’aide d’une tubulure de gros calibre (16 ou 18); administrez du soluté physiologique; remplacez les pertes volumiques
- Réglez le débit de perfusion en fonction du pouls, de l’hypotension orthostatique, de la tension artérielle, de l’état d’hydratation, de l’âge et des problèmes de santé préexistants du client (*voir « État de choc » sous « Urgences générales » du chapitre intitulé « Urgences générales et traumatismes majeurs »*)
- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > 100 mm Hg.
- Mettez en place une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande. La sonde doit être reliée à un drainage par succion ou par gravité
- Mettez en place une sonde urinaire; mesurez le débit urinaire à l’heure

**Interventions non pharmacologiques**

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale

**Interventions pharmacologiques**

Analgésiques au besoin :

morphine 5–10 mg IM ou SC q3-4h ou 2,5–5 mg IV en perfusion lente q3-4h prn

Antiémétiques au besoin :

dimenhydrinate 50 mg IM, ou IV en perfusion lente q4-6h (ne pas dépasser 400 mg/jour)

Si le transfert du client est retardé, consultez un médecin au sujet de l’instauration d’une antibiothérapie :

céfazoline (Ancef), 1 g IV q8h

et

métronidazole (Flagyl), 500 mg IV q12h

**Surveillance et suivi**

Vérifiez fréquemment les voies respiratoires, la respiration, la circulation, les signes vitaux, le débit urinaire et l’état général du client.

**Orientation vers d’autres ressources médicales**

Procédez à l’évacuation médicale le plus tôt possible.

## PANCRÉATITE (AIGÜE)<sup>142,143,144,145,146,147</sup>

### Inflammation du pancréas

- La pancréatite bénigne, qui constitue 80 % des cas, disparaît habituellement en 5 à 7 jours grâce au traitement symptomatique du client et au traitement des causes physiologiques (par exemple, calculs biliaires)
- Le taux de morbidité de la pancréatite nécrosante sévère est élevé; elle est associée à un taux de mortalité pouvant atteindre 30 %. Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels pour assurer un pronostic favorable

### CAUSES

Les causes les plus courantes de pancréatite sont les calculs biliaires (35–40 %) et la consommation d'alcool (35 %).

- Calculs biliaires (y compris la boue biliaire et les microlithiases)
- Alcool (consommation excessive ou chronique, abus récent d'alcool)
- Médicaments (par exemple, azathioprine, L-asparaginase, furosémide, diurétiques thiazidiques, œstrogènes, tamoxifène, acide valproïque, didanosine, pentamidine, métronidazole, tétracycline, sulfasalazine, 5-AAS, sulindac, salicylates, calcium)
- Anomalie des voies biliaires (occlusion duodénale, sténose biliaire, tumeurs)
- Infection virale, bactérienne ou parasitaire aiguë (oreillons, virus Coxsackie, hépatite B, cytomégalovirus, virus varicelle-zona, virus *Herpes simplex*, VIH, mycoplasme, *Legionella*, *Leptospira*, *Salmonella*, *Aspergillus*, *Toxoplasma*, *Cryptosporidium*, *Ascaris*)
- Intervention chirurgicale de l'abdomen ou des voies biliaires (par exemple, cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE))
- Traumatisme
- Maladies auto-immunes (par exemple, lupus, maladie intestinale inflammatoire)
- Hyperlipidémie : triglycérides > 11,3 mmol/l
- Hypercalcémie
- Origine idiopathique
- Troubles génétiques
- Lésion ischémique (causée par une vascularite, une embolie ou une hypotension grave)

### ANAMNÈSE

- Une anamnèse précise permet de déterminer que les douleurs abdominales sont causées par une pancréatite :
  - maladie biliaire ou calculs biliaires
  - alcool (les symptômes apparaissent souvent 1–3 jours après un abus)
  - usage courant ou récent de médicaments sur ordonnance ou en vente libre, ou encore, de produits traditionnels, à base d'herbes médicinales ou de succédanés
  - maladies auto-immunes
  - antécédents familiaux de maladie pancréatique (surtout chez les jeunes patients sans antécédent de consommation d'alcool)
  - CPRE ou autre intervention à l'abdomen
- Douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, le plus souvent dans l'épigastre; elle peut toutefois se manifester aussi dans le quadrant supérieur gauche ou droit de l'abdomen
- Apparition soudaine d'une douleur qui atteint son apogée dans les 20 minutes suivantes
- Douleur constante et pénétrante
- Une douleur compressive irradiant vers le dos peut se manifester (½ des clients)
- La douleur est atténuée en position assise ou lorsque le client se redresse ou se penche vers l'avant; la douleur est exacerbée en position couchée
- Nausées et vomissements
- Des symptômes diarrhéiques peuvent se manifester
- Distension de l'abdomen (due à un iléus, un épanchement abdominal causé par une exsudation pancréatique)
- Essoufflement (causé par une irritation du diaphragme ou par un épanchement pleural)
- Ictère (dû à une obstruction biliaire)
- Faiblesse, étourdissement (symptômes importants lors d'une instabilité hémodynamique)



**OBSERVATIONS**

Les observations témoignent de la gravité de la crise. Dans les cas plus graves, on observe des signes d'état de choc.

- Fièvre (76 % des patients)
- Fréquence cardiaque accélérée (65 % des patients)
- La tension artérielle peut être basse (état de choc) ou élevée (douleur)
- Hypotension orthostatique possible
- Client anxieux, en détresse aiguë
- La position couchée exacerbe la douleur
- Distension de l'abdomen (65 % des patients)
- Les bruits intestinaux sont amoindris ou absents (iléus paralytique)
- Signes respiratoires possibles : crépitations de la base, atélectasie à gauche, épanchement pleural (10 % des patients)
- Sensibilité épigastrique avec défense et rigidité musculaires (la sensibilité épigastrique peut être moindre que prévue en raison de l'intensité de la douleur)
- Ictère (28 % des patients)
- Les cas graves peuvent présenter une coloration ecchymotique bleuâtre sur les flancs (signe de Grey Turner) et autour de l'ombilic (signe de Cullen) due à un épanchement sanguin intrapéritonéal découlant d'une lésion pancréatique

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

- Ulcère gastroduodénal
- Gastrite sévère
- Cholécystite aiguë, cholangite
- Pneumonie du lobe inférieur
- Occlusion intestinale
- Anévrisme de l'aorte
- Viscère perforé
- Néoplasme du pancréas

**COMPLICATIONS**

- Hypotension
- État de choc
- Iléus paralytique
- Thrombocytopénie
- Septicémie
- Hyperglycémie
- Détresse respiratoire chez l'adulte
- Décès

**TESTS DIAGNOSTIQUES**

- Mesure de la glycémie (peut être élevée)
- Analyse d'urine
- Numération des globules blancs (si possible)

**TRAITEMENT****Objectifs**

- Soulager les symptômes
- Maintenir l'état d'hydratation
- Prévenir les complications

**Consultation**

Consultez un médecin pour l'établissement du diagnostic et du plan de traitement.

**Traitement adjuvant**

- Amorcez un traitement IV à l'aide d'une tubulure de gros calibre (16 ou 18); administrez du soluté physiologique; remplacez les pertes volumiques (la réanimation liquidienne pourrait être importante) (*voir « État de choc » sous « Urgences générales » du chapitre intitulé « Urgences générales et traumatismes majeurs »*)
- Réglez le débit de perfusion en fonction du pouls, de l'hypotension orthostatique et de la tension artérielle systolique
- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > 100 mm Hg
- Mettez en place une sonde nasogastrique si le médecin consulté le recommande
- Mettez en place une sonde urinaire
- Maintenez la saturation en oxygène à 95 % (sauf dans les cas graves de MPOC)

**Interventions non pharmacologiques**

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale

**Interventions pharmacologiques**

Analgsésiques :

morphine 5-10 mg IM ou SC q3-4h ou 2,5-5 mg IV en perfusion lente q3-4h prn

ou

butylbromure d'hyoscine (Buscopan), 10-20 mg IM/IV q6 8h prn

Antiémétiques :

dimenhydrinate (Gravol), 50 mg IM q4-6h prn (dose maximale de 400 mg par période de 24 heures)

**Surveillance et suivi**

- Mesurez le débit urinaire à l'heure; adaptez le débit de perfusion de façon à maintenir le débit urinaire à 0,5–1 ml/kg chez les adultes<sup>148</sup>
- Stabilisez la tension artérielle et le pouls
- Surveillez la glycémie (l'hyperglycémie est fréquente)
- Vérifiez souvent le pouls et la tension artérielle jusqu'à ce que l'état du client soit stable – soyez à l'affût des signes d'état de choc

- Surveillez l'oxygénation
- Le sevrage alcoolique est à surveiller lorsqu'une surconsommation récente d'alcool est à l'origine de la pancréatite

**Orientation vers d'autres ressources médicales**

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible.

## SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en février 2012.

**LIVRES ET MONOGRAPHIES**

Bates, B., L.S. Bickley, R.A. Hoekelman. *Guide de l'examen clinique*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Arnette, 2001.

Cash JC, Glass CA. *Family practice guidelines*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Enkin M, Nelison J, Keirse MJ, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2000.

Fischbach FT. *A manual of laboratory and diagnostic tests*. 6th ed. Lippincott; 2000.

Gilbert DN, Sande MA, Moellering RC. *The Sanford guide to antimicrobial therapy*. 32nd ed. Portland, OR: Antimicrobial Therapy; 2002.

Gray J (Editor-in-chief). *Therapeutic choices*. 5th ed. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2007.

Jamison J. *Differential diagnosis for primary practice*. London, UK: Churchill Livingstone; 1999.

Karch AM. *Lippincott's 2002 nursing drug guide*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2002.

Pagana K, Pagana T. *L'infirmière et les examens paracliniques complémentaires*, 5<sup>e</sup> éd., Saint-Hyacinthe, Québec, Édisem, 2000.

Pilla NJ, Rosser WW, Pennie RA, et al. *Anti-infective guidelines for community acquired infections*. Toronto, ON: MUMS Guidelines Clearing House; 2001.

Prateek L, Waddell A. Toronto notes: *MCCQE 2003 review notes*. 19th ed. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2003.

Ratcliffe S, Baxley EG, Byrd JE, et al (Editors). *Family practice obstetrics*. 2nd ed. Salt Lake City, UT: Hanley and Belfus; 2001.

Robinson DL, Kidd P, Rogers KM. *Primary care across the lifespan*. St. Louis, MO: Mosby; 2000.

Rubin RH, Voss C, Derksen DJ. *Medicine: A primary care approach*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 1996.

Tierney LM Jr., McPhee SJ, Papadakis MA. *Current medical diagnosis and treatment*. 40th ed. New York, NY: Lange Medical Books, McGraw-Hill; 2001.

Toth PP, Jothivijayarani A (Editors). *University of Iowa family practice handbook*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1997.

Uphold CR, Graham MV. *Clinical guidelines in family practice*. 4th ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003.

**CD-ROM**

Braunwald, E., A.S. Fauci, D.L. Kasper et al. *Harrison, principes de médecine interne*, 7<sup>e</sup> éd., trad. française de la 15<sup>e</sup> éd. américaine, Paris, Flammarion médecine-sciences, 2002.

Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. (Editors). *Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk*. 5th ed. Lippincott, Williams and Wilkins; 1999.

Fitzpatrick, TB, Allen R, Johnson K, et al. *Atlas synoptique en couleurs de dermatologie clinique : dermatoses communes et dermatoses graves*, Paris, McGraw-Hill, 1998.

Tintinalli JE, Stapczynski JS, Kelen GD, (Editors). *Emergency medicine plus*. CD-ROM version 2.0. New York: NY: McGraw-Hill Professional; 2001.

### ARTICLES SCIENTIFIQUES

Al Garf A. *Differential diagnosis of lower abdominal pain in the female patient*. Update Primary Health Care Journal 1988;3(1):6-8.

Chiba N, Lahaie R, Fedorak RN, et al. *Helicobacter pylori and peptic ulcer disease*. Current evidence for management strategies. Med. fam. can. 1998;44:1481-88.

Hunt R, Thomson A. Canadian helicobacter pylori consensus conference. *J. can. gastroenterol.* 1998;12(1):31-41.

Kelkar PS, Li JT. Cephalosporin allergy. *N Engl J Med* 2001;345(11):804-09.

Paterson WG, Thompson WG, Vanner SJ, et al. Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. *JAMC* 1999;161(2):154-60. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/content/161/2/154.full>

Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002;347(15):1175-86. Disponible à : <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter2.html>

Therapeutics Initiative. Definitive treatment of peptic ulcer disease by eradication of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). *Therapeutics Letter* 1994;2.

### NOTES DE FIN DE CHAPITRE

- 1 Société canadienne du cancer. *Cancer de la prostate 2010*. Disponible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Getting%20checked/Prostate%20cancer%20NEW.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Getting%20checked/Prostate%20cancer%20NEW.aspx?sc_lang=fr-ca)
- 2 American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003;124:233-4.
- 3 Breen E, Bleday R. (2007). *Anal fissures*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 4 Penner RM, Majumdar SR. (2007, October). *Approach to minimal bright red bleeding per rectum*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- 5 Wald A. (2007). *Etiology and evaluation of chronic constipation in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 6 Wald A. (2007). *Treatment of chronic constipation in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 7 Mauk KL. Preventing constipation in older adults. *Nursing* 2005;35:6. Disponible à : [www.nursing2005.com](http://www.nursing2005.com)
- 8 Frizelle F, Barclay M. Constipation in adults. *Clinical Evidence* 2005;14:557-66. London, UK: BMJ Publishing Group Ltd.
- 9 Bazain Group. Constipation in adults. *Clinical Evidence* 2004;11:571-82. London, UK: BMJ Publishing Group Ltd.
- 10 Kenny KA, Skelly JA. Dietary fiber for constipation in older adults: A systematic review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2001;5:120-8.
- 11 Hurdon V, Voila R, Schroder C. How useful is docusate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *J Pain Symptom Managem* 2000 Feb;19(2):130-6. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699540>
- 12 American Gastroenterology Association. (2000, May). *AGA technical review on constipation*. Disponible à : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0016-5085/PIIS0016508500700242.pdf>
- 13 Rumkumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100(4):936-71.
- 14 American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000;119:1761-78.
- 15 Paré P, Bridges R, Champion MC, Gangula SC, Gray JR, Irvine EM, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment. *J. can. gastroenterol.* 2007;Apr 21 Supplement B:3B-22B.
- 16 Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *Am Family Physician* 2005;Dec, 72, 11:2277-83.
- 17 Longstreth GW, Thompson WG, Chey WD, Houghtong LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- 18 Hohanson FF. *Review of the treatment options for chronic constipation*. Medscape General Medicine 2007. Disponible à : [http://www.medscape.com/viewarticle/550956\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/550956_1)
- 19 Wald A. (2009, May). *Etiology and evaluation of chronic constipation in adults*. UpToDate Online 17.2. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- 20 Stanton B, Evans JB, Batra B. (2006). *Oral rehydration therapy*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 21 Post TW, Rose BD. (2008). *Clinical manifestations and diagnosis of volume depletion in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 22 Post TW, Rose BD. (2004). *Dehydration is not synonymous with hypovolemia*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 23 Rose BD, Mandel J. (2008). *Treatment of severe hypovolemia or hypovolemic shock in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 24 American Medical Directors Association. *Dehydration and fluid maintenance*. Columbia, MD: American Medical Directors Association (AMDA); 2001.
- 25 Menten JC. *Hydration management*. Iowa City, IA: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 1998.
- 26 Faes MC, Spigt MG, Rikkert MGMO. *Dehydration in geriatrics*. Medscape. Disponible à : <http://www.medscape/vi/articles/567678>
- 27 Irvin DJ, White M. (2004, May 28). *The importance of accurately assessing orthostatic hypotension*. Medscape Nurses. Disponible à : [www.medscape.com/viewarticle/474822](http://www.medscape.com/viewarticle/474822)
- 28 Stanton B, Evans JB, Batra B. (2009, May). *Oral rehydration therapy*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 29 Rose BD. (2009, May). *Maintenance and replacement fluid therapy in adults*. UpToDate 17.2. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 30 Goldin BR, Borbach SL. Clinical indications for probiotics: An overview. *Clinical Infectious Diseases* 2008;46:S96-100.
- 31 Reid G, Anukam K, Koyama T. Probiotic products in Canada with clinical evidence: What can gastroenterologists recommend. *J. can. gastroenterol.* 2008;22(2):169-75.
- 32 Pham M, Lemberg DA, Day ASP. Probiotics: Sorting the evidence from the myths. *MJA* 2008;133:304-08.
- 33 Quigley EMM. What is the evidence for the use of probiotics in functional disorders? *Current Gastroenterology Reports* 2008;10:379-84.
- 34 Doron SI, Hibberd PL, Gorbach SL. Probiotics for prevention of antibiotic-associated diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 2008;42 (Suppl 2):S58-63.
- 35 Hatakka K, Saxelin M. Probiotics in intestinal and non-intestinal infectious disease: Clinical evidence. *Curr Pharm Des* 2008;14(14):1351-67.
- 36 Balfour Sartor R. (2008). *Probiotics for gastrointestinal disease*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 37 Mueller-Lissner S, Tytgat GN, Paulo LG, Qudley EM, et al. Placebo- and paracetamol-controlled study on the efficacy and tolerability of hyoscine butylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23(12):1741-8.
- 38 Tytgat GN. Hyoscine butylbromide: A review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain. *Drugs* 2007;67(9):1343-57.
- 39 Bonis PAL, LaMont JT. *Approach to the patient with chronic diarrhea*. Stanton B, Evans JB, Batra B. Oral rehydration therapy. UpToDate. 2008. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 40 Diagnosis and management of foodborne illnesses: a primer for physicians and other health care professionals. *MMWR* Apr 16 2004;53(RR04):1-33. Disponible à : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5304a1.htm>
- 41 Floch MH, Walker AW, Guandalini S, Hibberd P, et al. Recommendations for probiotic use – 2008. *J Clin Gastroenterol* 2008;42 (Suppl 2):S104-8.
- 42 Wanke CA. (2007). *Diarrheagenic Escherichia coli*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 43 LaMont JT. (2008). *Clinical manifestations and diagnosis of clostridium difficile infection*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 44 Blacklow NR. (2007). *Prevention and treatment of viral gastroenteritis in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 45 Leder K, Weller PF. (2008). *Cryptosporidiosis*. UpToDate Online. 2008. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 46 Weller PF, Leder K. (2006). *Isospora infections*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 47 Marcos LA, DuPont HL. Advances in defining etiology and new therapeutic approaches in acute diarrhea. *J Infection* 2007 55, p 385-93
- 48 Leder K, Weller PF. *Microsporidiosis*. UpToDate. 2007. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 49 Weller PF, Leder K. (2006). *Cyclospora infections*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- 50 Wanke CA. (2006). *Approach to the adult in the United States and other developed countries, with acute diarrhea*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 51 Agha R, Goldberg MB. (2007). *Clinical manifestations and diagnosis of Shigella infection in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 52 Allos BM. (2007). *Clinical features and treatment of Campylobacter infection*. UpToDate. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 53 Wanke CA. (2010, May). *Epidemiology and causes of acute diarrhea in developing countries*. UpToDate. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 54 Bonis PAL, LaMont JT. *Approach to the adult with chronic diarrhea in developed countries*. Table 1 on Etiology of chronic diarrhea. UpToDate. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 55 Uphold CR, Graham MV. *Clinical guidelines in family practice*. 4th ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003.
- 56 Stanton B, Evans JB, Batra B. (2009, May). *Oral rehydration therapy*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 57 Young-Fadok T, Pemberton JH. (2007, November). *Epidemiology and pathophysiology of colonic diverticular disease*. Up To Date Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 58 Young-Fadok T, Pemberton JH. (2008, June). *Clinical manifestations and diagnosis of colonic diverticular disease*. Up To Date Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 59 Young-Fadok T, Pemberton JH. (2008, March). *Colonic diverticular bleeding*. Up To Date Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 60 Young-Fadok T, Pemberton JH. (2008, September). *Treatment of acute diverticulitis*. Up To Date Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 61 Blondel-Hill E, Fryter S. *Bugs and drugs*. Edmonton, AB: Capital Health; 2006.
- 62 Ozick L, Clark OC. (2006, April). *Diverticulosis, Small intestine*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/185356-overview>
- 63 Kazzi AA, Kazzi ZN. (2006, June). *Diverticular disease*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/774922-overview>
- 64 Nguyen NCT, Chudasama YN, Dea SK, Cooperman A. *Diverticulitis*. eMedicine. June 2008. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/173388-overview>
- 65 British Society of Gastroenterology. *Dyspepsia management guidelines, 2002*. Disponible à : [http://www.bsg.org.uk/pdf\\_word\\_docs/dyspepsia.doc](http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/dyspepsia.doc)
- 66 Talley NJ, Vakil N and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Guidelines for the management of dyspepsia*. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2324-37. Disponible à : <http://www.acg.gi.org/physicians/guidelines/dyspepsia.pdf>
- 67 Zakko SF. (2008, January). *Uncomplicated gallstone disease*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 68 Gilroy RK, Mukherjee S, Botha JF. (2008, July). *Biliary colic*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPICT224.HTM>
- 69 Zakko SF. (2008, January). *Clinical features and diagnosis of acute cholecystitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 70 Zakko SF, Afdhal NH. (2008, April). *Treatment of acute cholecystitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 71 Afdal NH. (2007, May). *Epidemiology of and risk factors for gallstones*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 72 Afdal NH. (2007, August). *Acute cholangitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 73 Heuman DM, Mihas AA, Allen J, Cuschieri A. (2006, August). *Cholelithiasis*. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/topic836.htm>
- 74 Rosh AJ, Manko JA, Santen S. (2006, June). *Cholangitis*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/emerg/TOPICT96.HTM>
- 75 Ahmed A, Cheung RC, Keeffe EB. *Management of gallstones and their complications*. *Am Fam Physician* 2000;61:1673-80.
- 76 Dula DJ, Anderson R, Wood GC. *A prospective study comparing i.m. ketorolac with i.m. meperidine in the treatment of acute biliary colic*. *J Emerg Med* 2001;20(2):121-24.
- 77 Gladden D, Migala DF, Beverly CS, Wolff J. (2008, August). *Cholecystitis*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPICT346.HTM>
- 78 Zakko SF, et al. (2010, January). *Treatment of acute cholecystitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 79 Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, et al. (2007). *Analgesia in patients with acute abdominal pain*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD005660. DOI: 10.1002/14651858.CD005660.pub2. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005660.html>

- 80 Toward Optimized Practice: Clinical Practice Guidelines. (2007). *Treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) in adults*. Alberta Medical Association. Disponible à : [http://www.topalbertadoctors.org/informed\\_practice/cpgs/gerd.html](http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/cpgs/gerd.html)
- 81 Xu X, Li Aho-shen, Zou D, Xu G, et al. Role of duodenogastroesophageal reflux in the pathogenesis of esophageal mucosal injury and gastroesophageal reflux symptoms. *J. can. gastroenterol.* 2006;20(2):91-4.
- 82 Spechler SJ. (2007, November). *Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis of Barrett's esophagus*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 83 Galmiche JP, Clouse RE, Balint A, Cook IJ, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1459-65.
- 84 American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005;129:1753-55.
- 85 Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-79.
- 86 DaCosta L. Value of a therapeutic trial to diagnose gastroesophageal reflux disease: Step up versus step down therapy. *J. can. gastroenterol.* 1997;11 (Suppl B):78B-81B.
- 87 Armstrong D, Marshall J, Chiba N, Enns R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults: Update 2004. *J. can. gastroenterol.* 2005;19(1):15-35.
- 88 Longstreth GF. (2008, June). *Functional dyspepsia*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 89 Kahrilas PJ. (2008, February). *Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 90 Longstreth GF. (2008, April). *Approach to the patient with dyspepsia*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 91 Kahrilas PJ. (2008, February). *Medical management of gastroesophageal disease reflux in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 92 American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1463-73.
- 93 Cataldo P. (2005). *Hemorrhoids*. American Society of Colorectal Surgeons. Disponible à : [http://www.fascers.org/physicians/education/core\\_subjects/2005/hemorrhoids/](http://www.fascers.org/physicians/education/core_subjects/2005/hemorrhoids/)
- 94 Bleday B, Breen E. (2008). *Treatment of hemorrhoids*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 95 Bleday B, Breen E. (2008). *Clinical features of hemorrhoids*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 96 Acheson, AG, Scholefield JH. *Management of haemorrhoids*. *BMJ* 2008;336:380-3.
- 97 American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1461-62.
- 98 Brooks DC. (2007, October). *Abdominal wall hernias*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 99 Brooks DC. (2008, May). *Classification and diagnosis of groin hernias*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 100 Brooks DC. (2007, October). *Treatment of groin hernias*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 101 Golladay ES, McCrudden KW. (2008, June). *Abdominal hernias*. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPIIC2703.HTM>
- 102 Amerson JR. *Clinical methods: The history, physical and laboratory examinations*. Third edition. Walker HK, Hall WD, Hurst JW (Editors). Butterworths. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=cm&part=A3091>
- 103 Wilhelm SM, Brubaker CM, Varcak EA, Kale-Pradhan PB. Effectiveness of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. *Pharmacotherapy* 2008;28(4):496-505. Disponible à : [http://www.medscape.com/viewarticle572709\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle572709_print)
- 104 Reid G, Anukam K, Koyama T. Probiotic products in Canada with clinical evidence: What can gastroenterologists recommend. *J. can. gastroenterol.* 2008;22(2):169-75.
- 105 Quigley EMM. What is the evidence for the use of probiotics in functional disorders? *Current Gastroenterology Reports* 2008;10:379-84.
- 106 Kajander K, Myllyluoma E, Rajulic-Stojanoic M, Kyronpalo S, et al. Clinical trial: Multispecies probiotic supplementation alleviates the symptoms of irritable bowel syndrome and stabilizes intestinal microbiota. *Alimentary Pharmacological Therapy* 2006;27(1):48-57. Disponible à : [http://www.medscape.com/viewarticle/568552\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/568552_print)

- 107 Tack J, Fried M, Houghton LA, Spcak J, Fisher G. Systematic review: The efficacy of treatments for irritable bowel syndrome – A European perspective. *Alimentary Pharmacological Therapy* 2006;24(2): 183-205. Disponible à : [http://www.medscape.com/viewarticle/537719\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/537719_print)
- 108 Lehrer JK, Lichtenstein GR. (2008, September). Irritable bowel syndrome. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/180389-overview>
- 109 Tougas G. Irritable bowel syndrome: New approaches to its pharmacological management. *J. can. gastroenterol.* 2001;15 Suppl B:12B-13B
- 110 Ford AC, Talley NJ, Speigel BMR, Foxx-Orensetin AE, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;337:a2313. Disponible à : [http://bmj.com/cgi/content/full/337/nov13\\_2/a2313](http://bmj.com/cgi/content/full/337/nov13_2/a2313)
- 111 Wald A. (2008, May). *Treatment of irritable bowel syndrome*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 112 Bernstein CN. Who gets irritable bowel syndrome and does seeing a gastroenterologist affect its course? *J. can. gastroenterol.* 2001;15 (Suppl 8):5B-7B
- 113 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
- 114 Chun AB, Wald A. (2007, August). *Pathophysiology of irritable bowel syndrome*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 115 Chun AB, Wald A. (2009, May). *Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome*. Up To Date Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 116 Thompson WG. (2009, November). *Irritable bowel syndrome*. Disponible à : [www.e-therapeutics.ca](http://www.e-therapeutics.ca)
- 117 Soll AH. (2008, January). *Overview of peptic ulcer: Epidemiology and major causes*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 118 Soll AH. (2006, February). *Clinical manifestations of peptic ulcer*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 119 Soll AH. (2008, January). *Diagnosis of peptic ulcer*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 120 Soll A H. (2008, May). *Complications of peptic ulcer*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 121 Peura DA. (2007, July). *Management of duodenal ulcers in patients infected with Helicobacter pylori*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 122 Toward Optimized Practice; Clinical Practice Guidelines. *Diagnosis and treatment of chronic undiagnosed dyspepsia in adults*. Alberta Medical Association, 2007. Disponible à : [www.topalbertadoctors.org/download/353/dyspepsia\\_guidline.pdf](http://www.topalbertadoctors.org/download/353/dyspepsia_guidline.pdf)
- 123 Scaccianoce G, Hassan C, Panarese A, Piglionica D, et al. Helicobacter pylori eradications with either seven-day or 10-day triple therapies, and with a 10 day sequential regimen. *J. can. gastroenterol.* 2006;20(2):113-17.
- 124 Flasar MH, Goldberg E. (2006). Acute abdominal pain. *Med Clin North Am*;90:481-503.
- 125 Lyon C, Clark DC. (2006). *Diagnosis of acute abdominal pain in older patients*. Disponible à : <http://www.aafp.org/afp/2006/1101/p1537.html>
- 126 Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, et al. (2007). Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD005660. DOI: 10.1002/14651858.CD005660.pub2. Disponible à : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005660.html>
- 127 Craig S. (2008, September). *Acute appendicitis*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC41.HTM>
- 128 Sanacroce L, Ochoa JB. (2008, August). *Appendicitis*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPIC3430.HTM>
- 129 Goldberg JE, Hodin RA. (2008, September). UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 130 Jutabha R, Jensen DM. (2008, March). *Major causes of upper gastrointestinal bleeding in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 131 Jutabha R, Jensen DM. (2008, October). *Approach to the adult patient with upper gastrointestinal bleeding in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 132 Jutabha R, Jensen DM. (2006, October). *Etiology of lower gastrointestinal bleeding in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 133 Jutabha R, Jensen DM. (2008, September). *Approach to the adult patient with lower gastrointestinal bleeding in adults*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- 134 Chico GF, Manas KJ. (2008, November). *Lower gastrointestinal bleeding*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPIC3730.HTM>
- 135 Yachinski PS, Friedman LS. (2008, January). *Gastrointestinal bleeding in the elderly*. eMedicine. Disponible à : <http://cme.medscape.com/viewarticle/569251>
- 136 Cerulli MA, Iqbal S. (2008, February). *Upper gastrointestinal bleeding*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/187857-overview>
- 137 Quickel R, Hodin RA. (2008, October). *Clinical manifestations and diagnosis of small bowel obstruction*. UpToDate Online 16.3. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 138 Quickel R, Hodin RA. (2008, October). *Treatment of small bowel obstruction*. UpToDate Online 16.3. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 139 Hopkins C. (2011, November) *Large bowel obstruction*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/774045-overview>
- 140 Basson MD. (2008, July). *Colonic obstruction*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/med/TOPIC415.HTM>
- 141 Nobie BA. (2007, September). *Small bowel obstruction*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/774140-overview>
- 142 Barclay L, Lie D. (2008, June). *Recommendations issued for acute pancreatitis*. eMedicine.
- 143 Gardner TB. (2008, June). *Acute pancreatitis*. eMedicine. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/181364-overview>
- 144 Vege SS, Chari ST. (2008, May). *Etiology of acute pancreatitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 145 Vege SS, Chari ST. (2008, September). *Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 146 Vege SS, Chari ST. (2008, September). *Treatment of acute pancreatitis*. UpToDate Online. Disponible avec abonnement : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 147 Khoury G. (2007, July). *Pancreatitis*. eMedicine. Disponible à : <http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC354.HTM>
- 148 New South Wales (NSW) Health. *NSW rural adult emergency clinical guidelines*. 3<sup>rd</sup> ed. 2010 p. 112.