

Tractus digestif

Mis à jour le 13/08/2010 par SFR

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>G. Appareil digestif</b>				
<i>Tractus digestif</i>				
Dysphagie cliniquement haute (l'obstacle est haut ou bas)  01 G	Déglutition barytée	Indiqué [B]	L'endoscopie haute est généralement pratiquée en première intention chez les patients dysphagiques. Lorsque les troubles de la déglutition sont prépondérants, il est licite d'effectuer une étude de la déglutition barytée. L'enregistrement dynamique est essentiel. Technique particulière : baryte fluide, marshmallow. Approche multidisciplinaire avec l'ORL et l'orthophoniste.	II
Dysphagie cliniquement basse (l'obstacle est bas situé)  02 G	Déglutition barytée	Non indiqué initialement [B]	Endoscopie haute faite en première intention (nécessité de faire une biopsie des sténoses). La déglutition barytée peut être utile secondairement pour montrer des anomalies du péristaltisme ou des sténoses discrètes, inapparentes en endoscopie.	II
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]	Un transit isotopique peut être utile pour explorer des troubles de la motilité et apprécier l'efficacité thérapeutique.	II
Douleur thoracique. Suspicion de hernie hiatale ou de reflux  03 G	Déglutition barytée / TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Le reflux est une pathologie fréquente. Des investigations sont utiles seulement en cas de modification récente des symptômes et d'échec du traitement médical. L'endoscopie est alors la première exploration nécessaire pour montrer les signes précoces d'œsophagite peptique et rechercher des signes d'endobrachyoesophage par une biopsie. L'étude de la pHmétrie est l'examen de référence pour le diagnostic de reflux. Un transit oeso-gastroduodénal peut être pratiqué avant une intervention chirurgicale anti-reflux si l'indication en est posée.	II
Suspicion de perforation oesophagienne  04 G	RT	Indiqué [B]	Faite initialement, la radiographie thoracique est anormale dans 80% des cas et peut suffire au diagnostic. Un pneumomédiastin est présent dans 60% des cas.	I
	TDM	Indiqué [A]	La TDM est très sensible pour voir la perforation et pour la détection des complications médiastinales et pleurales.	III
	Déglutition opaque (produit de contraste hydrosoluble)	Indiqué [B]	Alternative à la TDM. Utilisation de produits de contraste non-ioniques. L'absence de fuite n'élimine pas le diagnostic et invite à réaliser une TDM.	II
Saignements gastro-intestinaux aigus : hématomèse, méléna  05 G	ASP	Non indiqué [B]	L'endoscopie est la première méthode à utiliser pour identifier une lésion gastro-intestinale supérieure (varices, ulcères...) et parfois en faire le traitement.	II
	Echographie	Non indiqué initialement [B]	Recherche de signes de maladie chronique du foie.	0
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Utile si l'endoscopie n'a pas permis de localiser l'hémorragie et lorsque celle-ci persiste. La sensibilité de la TDM pour détecter une fuite est voisine de celle de l'artériographie.	III
	Transit baryté	Contre indiqué [A]	Les explorations barytées seraient une gêne pour la réalisation d'une TDM ou d'une artériographie diagnostique et/ou thérapeutique.	II
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux hématies technétées est plus sensible que l'angiographie. Elle peut être utile pour explorer une hémorragie basse inexpliquée.	II / III
	Angio	Examen spécialisé [B]	Lorsque des saignements sont incontrôlables, l'artériographie est utile pour localiser le saignement et éventuellement faire une embolisation (voir aussi [REDACTED]).	III
Dyspepsie chez un patient jeune (moins de 45 ans)  06 G	TOGD	Non indiqué [B]	Une endoscopie est utile en cas de symptômes associés ou persistants.	II
Dyspepsie chez un patient plus âgé (plus de 45 ans)  07 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'endoscopie est faite en première intention pour détecter un cancer. Le transit oeso-gastroduodénal n'est indiqué qu'en cas d'impossibilité ou d'échec de l'endoscopie.	II
Suivi d'un ulcère gastro-duodénal  08 G	TOGD	Non indiqué [B]	L'endoscopie est préférable pour affirmer la cicatrisation (cas de l'ulcère gastrique).	II
Antécédents récents de chirurgie digestive (recherche de fuite)  09 G	Opacification digestive avec produit de contraste hydrosoluble	Indiqué [B]	Cet examen montre souvent les fuites extra-luminales. Cependant, en cas de négativité et si la suspicion clinique de fistule est forte, une TDM est indiquée.	II
Antécédents anciens de chirurgie digestive : symptômes de dyspepsie  10 G	Exploration barytée	Non indiqué initialement [B]	L'évaluation du tractus haut se fait par endoscopie.	I / II
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]	Principale indication de l'étude isotopique du transit gastrique : dumping syndrome.	I
Antécédents anciens de chirurgie digestive : troubles du transit, symptômes d'obstruction  11 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Le transit digestif opaque montre, quand c'est utile, la disposition du montage chirurgical, une éventuelle dilatation des anses anastomotiques, une hernie interne, une sténose de l'anastomose etc... Elle complète l'endoscopie.	II
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	L'étude de la vidange gastrique isotopique permet l'obtention d'informations fonctionnelles sur l'évacuation. Elle reste l'examen de référence pour l'étude quantitative de l'évacuation gastrique.	II
Saignement intestinal chronique ou récurrent	Transit du grêle	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'exploration initiale (haute et basse) est toujours l'endoscopie. Si elle est négative, le transit du grêle est utile. Intérêt potentiel de la vidéo capsule qui pourrait devenir l'examen de choix en l'absence de sténose digestive authentifiée.	II

12 G	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux globules rouges marqués est spécialement utile pour les saignements intermittents (voir 05 G). Elle peut détecter des hémorragies infimes, de l'ordre de 0,1 ml/mn.	II / III
	TDM	Indiqué [B]	Technique utile pour rechercher des anomalies du grêle, parfois avec une technique d'entéroscanner. Possibilité de faire des images angiographiques pour rechercher des anomalies des vaisseaux digestifs.	III
	Angio	Examen spécialisé [B]	Recherche d'hypervascularisation tumorale et surtout d'angiodyplasie. Efficacité démontrée de la vidéo capsule dans cette dernière indication.	III
Douleur abdominale aiguë inexplicée 13 G	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est un examen d'orientation avant de poser l'indication éventuelle d'autres explorations.	0
	ASP	Indiqué [C]	L'ASP est utile quand il s'agit de rechercher un pneumopéritoine ou des signes d'occlusions.	II
	TDM	Indiqué [B]	La TDM est utile en fonction de la présentation clinique.	III
Occlusion aiguë du grêle 14 G	ASP	Indiqué [B]	Recherche de signes d'occlusion.	II
	Opacification digestive	Non indiqué initialement [B]	Rarement utile. Peut gêner la réalisation d'une TDM.	II
	TDM	Indiqué [B]	La TDM montre généralement l'occlusion et le niveau de l'obstruction, souvent la cause. Une technique d'entéroscanner est utile en cas d'occlusion minime.	III
Occlusion chronique ou récurrente du grêle 15 G	Transit du grêle	Indiqué [B]	Cet examen montre généralement l'obstacle et sa localisation et apporte des arguments étiologiques.	II
	TDM	Indiqué [B]	Une technique d'entéroscanner est utile en cas d'occlusion minime. La TDM montre mieux que le transit les atteintes extra-luminales comme une carcinose péritonéale.	III
Maladie de l'intestin grêle suspectée (maladie de Crohn par exemple) Maladie de l'intestin grêle suspectée (suite) 16 G	Transit du grêle	Indiqué [B]	Les explorations barytées du grêle sont utiles pour faire le diagnostic et le bilan d'une maladie de Crohn. Une entérocyse est spécialement utile pour rechercher une fistule et faire un bilan préopératoire.	II
	Echographie TDM IRM	Examens spécialisés [B]	Chaque examen a des possibilités de démontrer l'atteinte pariétale et extra-luminale et peut participer au suivi de la maladie. Ils sont utilisés en milieu spécialisé dans des circonstances cliniques particulières et en fonction des compétences locales.	0 III 0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie avec des leucocytes marqués montre l'activité et le développement de la maladie.	II
Suspicion de cancer colorectal (modifications récentes du comportement digestif, saignements bas) 17 G	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est l'examen de première intention. Le lavement baryté se discute en cas d'échec ou d'impossibilité de la coloscopie.	III
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est l'examen de première intention. La TDM se discute en cas d'échec ou d'impossibilité de la coloscopie. C'est une alternative au lavement baryté.	III
Occlusion colique 18 G	ASP	Indiqué [B]	Très utile au diagnostic, peut montrer l'étiologie (volvulus colique).	II
	Lavement opaque aux produits de contraste hydrosolubles	Indiqué [B]	Confirme l'obstruction et son niveau, souvent la cause.	III
	TDM	Examen spécialisé [B]	La valeur de la TDM est réelle car cet examen est mieux supporté qu'un lavement chez les patients âgés ou fatigués.	III
Maladie inflammatoire du côlon : poussée aiguë 19 G	ASP	Indiqué [B]	Utile pour rechercher une colectasie.	II
	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'endoscopie est préférable. Elle permet de faire des prélèvements. Selon l'état du malade, elle est faite immédiatement ou retardée ; elle est totale ou localisée au recto-sigmoïde. Le lavement est contre indiqué par une colectasie. Sinon, il peut aider au bilan topographique de l'atteinte inflammatoire. Il est utile en cas de sténose.	III
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie avec des leucocytes marqués aide à évaluer l'étendue et la topographie de l'atteinte.	II
	IRM	Examen spécialisé [B]	Utile lorsqu'il y a des lésions ano-rectales associées.	0
Suivi à long terme d'une maladie inflammatoire du côlon 20 G	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est préférable. Le rôle du lavement baryté est limité à un bilan préopératoire, une recherche de fistule ou à l'évaluation de patients ayant eu une chirurgie complexe.	III
Douleur abdominale aiguë suffisamment forte pour justifier une hospitalisation. Suspicion d'urgence chirurgicale 21 G	ASP RT Echographie TDM	Indiqués [B]	La stratégie est liée à la présentation clinique et tient compte de l'examen clinique, de la localisation de la douleur et des signes associés. Selon les cas, l'échographie, l'ASP, voire la TDM sera le premier examen réalisé. Cette dernière est souvent pratiquée soit en cas de pathologie particulière (ex : pancréatite), soit pour certains en substitution à l'ASP et à l'échographie (ex : lithiase urinaire).	II I 0 III
	Masse palpable de l'abdomen 22 G	ASP Echographie TDM ou IRM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C] Indiqué [B] Indiqué [B]	II 0 III 0
Malabsorption 23 G	Transit du grêle	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'imagerie, inutile pour le diagnostic, ne fait que contribuer à rechercher d'autres causes de malabsorption quand la biopsie est négative.	II
	Explorations isotopiques	Examen spécialisé [B]	Quelques explorations sont proposées pour établir l'existence d'une malabsorption, certaines n'étant pas du domaine de l'imagerie.	II
Constipation 24 G	ASP	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Seulement utile chez les patients âgés ou en milieu psychiatrique (fécalomes, iléus médicamenteux).	II
	Mesure du transit	Examen spécialisé [B]	Suivi par des radiographies abdominales simples étagées dans le temps de la progression de repères opaques.	III
	Défécographie ou Défécographie par IRM	Examens spécialisés [B]	Chez quelques patients, une constipation est liée à des troubles de la statique pelvienne. L'utilisation de l'IRM se développe dans cette indication.	III 0

Infection abdominale (voir aussi 20 N et 21 N)  25 G	Echographie et/ou TDM	Indiqué [C]	L'échographie est souvent pratiquée en premier. Elle est très performante en cas de signes de localisation et dans les régions sus-mésocoliques et pelviennes. La TDM est le meilleur examen pour localiser ou exclure une infection. Elle est plus performante que l'échographie en période post-opératoire.	0 III
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [C]	Utile en cas de suspicion de sepsis profond non détecté par les techniques usuelles.	II / IV