



Cas clinique

33-Year-Old-Woman With Epigastric Pain and Hematemesis

William R. Miranda, MD; Jolene M. Smith, DO; and
M. Caroline Burton, MD

- ▶ Une femme âgée de 33 ans avec antécédents de dépression a été admise au Mayo Clinic pour prise en charge de douleurs épigastriques. La douleur décrite par la patiente comme intense **d'apparition brusque, constante** (avec des périodes d'exacerbation) **irradiante vers le dos**. Elle ne varie pas avec la position, l'alimentation et ne s'est pas améliorée avec la prise d'acetaminophen, hydrocodone, ou d'omeprazole, prescrits par son médecin traitant qu'elle a consulté à 3 reprises pour les mêmes symptômes.

- ▶ Un jour avant l'admission, elle a rapporté
- ▶ 2 épisodes de vomissements de "sang noir coagulé," qui n'a pas été précédé de vomissement alimentaire. La patiente ne rapporte pas la notion de prise d'alcool de tabac, d'AINS, d'anorexie ou de perte de poids récente . Dans ses antécédants familiaux il n'y 'a pas d'histoire de néoplasies gastro intestinales ou de maladie ulcéreuse.
- ▶ Le résultat de la revue de systemes est par ailleurs négative. Le seul traitement qu'elle a reçu est le citalopram.

- ▶ A l'admission, la patiente paraît stable. Elle est apyrétique, avec une TA à **127/64** mmHg, un pouls à **92** /min, une FR à **24** /min, et un BMI à **35.5**. pas d'hypotension orthostatique.
- ▶ L'Auscultation cardiaque est sans anomalies **une sensibilité épigastrique** . Un signe de Murphy absent, pas d'organomégalie. Le reste de l'examen physique est sans particularité.

Le bilan biologique initial a révélé:

*Hb:10.7 g/dL;

*VGM à 87.9 fL;

*RDW à13.0%;

*Plaquettes à $325 \times 10^9 / L$;

*leucocytes à $8.8 \times 10^9 / L$;

*creatinine, 0.7mg/dL;

*lipase, 15 U/L; amylase, 34 U/L;

*bilirubin, 0.7 mg/dL;

*aspartate, 15 U/L; et alanine, 22 U/L.

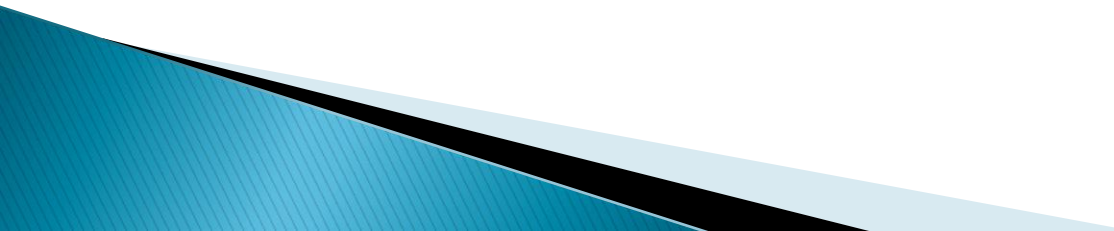
1-Quelle est la cause la plus probable d'hémathémèse chez Cette patiente?

- a. Syndrome de Mallory–Weiss
- b. oesophagite à éosinophile
- c. adénocarcinome gastrique
- d. ulcère peptique
- e. varices oesophagiens

1-Quelle est la cause la plus probable d'hémathémèse chez Cette patiente?

- a. Syndrome de Mallory–Weiss tear
- b. oesophagite à eosinophiles
- c. Adenocarcinome gastrique
- d. ulcere peptique
- e. Varices oesophagiens

- ▶ **Le diagnostique le plus adéquat est l'ulcère peptique** , qui peut être révélé par des hématomés. Malgré le fait que cette patiente ne présente pas de symptômes typiques comme les douleurs nocturnes, elle présente des épigastalgies irradiant vers le dos ce qui colle avec le diagnostic d'ulcère. Les douleurs épigastriques aiguës avec irradiation postérieure peuvent évoquer une pancréatite.

- ▶ Ses taux d'enzymes pancréatiques, cependant, étaient normaux.
 - ▶ La patiente a été maintenue à jeun, avec du Sérum physiologique par perfusion intraveineuse .
 - ▶ Le taux d'hémoglobine a été mesuré toutes les 8 heures.
- 

2-Quelle serait la prise en charge la plus adéquate?

- ▶ a. surveillance
- ▶ b. Administration du pantoprazole par voie intraveineuse, 80 mg bolus, suivie d'une perfusion de 8 mg / h
- ▶ c. Administration du ranitidine, 150 mg per os 2 fois par jour
- ▶ d. Administration de l'omeprazole, 40 mg per os par jour
- ▶ e. Administration de l'octreotide et programmation du fibro en urgence.

2-Quelle serait la prise en charge la plus adéquate?

- ▶ a. surveillance
- ▶ b. Administration du pantoprazole par voie intraveineuse 80-mg bolus, suivie d'une perfusion 8-mg/h
- ▶ c. Administration du ranitidine, 150 mg per os 2 fois par jour
- ▶ d. Administration de l'omeprazole, 40 mg per os par jour
- ▶ e. Administration de l'octreotide et programmer une fibro en urgence

- ▶ L'approche standard a été de commencer un traitement par IPP par voie intraveineuse avant l'endoscopie et ensuite se poursuivre pendant 3 jours après endoscopie s'il y avait effectivement des preuves de stigmates à haut risque pour la récurrence hémorragique.
- ▶ En outre, la recommandation de consensus international stipule que le traitement preendoscopique avec IPP réduit la proportion de patients atteints de stigmates à haut risque et la nécessité d'un traitement endoscopique par rapport à un groupe témoin qui a reçu les anti histaminiques

- ▶ Chez cette patiente, nous avons administré par voie intraveineuse le pantoprazole. Six heures plus tard, elle a continué à avoir une sensibilité épigastrique. Son taux d'hémoglobine est resté stable à 10,3 mg / dL, et elle n'avait plus d'hématémèse.

3-Quel est le meilleur test diagnostique chez cette patiente?

- ▶ a. TDM abdominale
- ▶ b. test non invasif de l'helicobactere pylori
- ▶ c. fibroscopie oesogastroduodénale
- ▶ d. ultrasonographie de l'abdomen
- ▶ e. lavemnt baryté

3-Quel est le meilleur test diagnostique chez cette patiente?

- ▶ a. TDM abdominale
- ▶ b. test non invasif de l'helicobactere pylori
- ▶ c. fibroscopie oesogastroduodénale
- ▶ d. ultrasonographie de l'abdomen
- ▶ e. lavement baryté

- ▶ Le meilleur test de diagnostic est la FOGD car elle permettra la visualisation directe de la muqueuse gastro-intestinale, une biopsie des lésions suspectes, et le traitement de n'importe quel site de saignement actif.

- ▶ Elle n'a pas connu de douleur de l'hypochondre droit et l'évaluation en laboratoire n'a pas objectivé de cholestase

- ▶ La FOGD n'a révélé aucun saignement actif et a objectivé 2 ulcères duodénaux bien circonscrits. Des biopsies gastriques ont été obtenus. La patiente a bien toléré la procédure. Sa douleur épigastrique s'est améliorée, et elle a commencé un régime alimentaire spécial.

4-Quelle est l'étape suivante dans le traitement de cette patiente?

- ▶ a. retour à domicile avec une prescription de citalopram
- ▶ b. traitement empirique de l' *H pylori* avec 2 semaines de trithérapie et d'IPP
- ▶ c. attendre le résultat des biopsies avant de traiter l' *H pylori*
- ▶ d. Obtenir un niveau de gastrine sérique
- ▶ e. Programmer une consultation chirurgicale

4-Quelle est l'étape suivante dans le traitement de cette patiente?

- ▶ a. retour à domicile avec une prescription de citalopram
- ▶ b. traitement empirique de l' *H pylori* avec 2 semaines de trithérapie et d'IPP
- ▶ c. Attendre le résultat des biopsies avant de traiter l' *H pylori*
- ▶ d. Obtenir un niveau de gastrine sérique
- ▶ e. Programmer une consultation chirurgicale

- ▶ Il serait opportun d'attendre le résultat de la biopsie.

- ▶ Parce que les ulcères étaient propres, sans signes visuels inquiétants d'une tumeur ou d'une perforation, une intervention chirurgicale n'est pas justifiée à ce stade.
- ▶ Le résultat de la biopsie a montré 3 jours plus tard une gastrite chronique active modérée et H pylori. Il n'y avait pas une métaplasie intestinale.
- ▶ La patiente n'avait plus de récurrence des douleurs épigastriques.

5-Après le résultat des biopsies et après traitement quelle est l'étape suivante?

- ▶ a. Aucun suivi n'est nécessaire
- ▶ b. Répéter une FOGD avec biopsies après 4 semaines
- ▶ c. Test respiratoire à l'urée 4 semaines après la fin du traitement H pylori
- ▶ d. analyse des selles polyclonales d'H Pylori 4 semaines après la fin du traitement
- ▶ e. tests sérologiques de l' *H pylori* après 4 semaines

5-Après le résultat des biopsies et après traitement quelle est l'étape suivante?

- ▶ a. Aucun suivi n'est nécessaire
- ▶ b. Répéter une FOGD avec biopsies après 4 semaines
- ▶ c. Tests respiratoires à l'urée 4 semaines après la fin du traitement de l'*H Pylori*
- ▶ d. analyse des selles polyclonales d'*H Pylori* 4 semaines après la fin du traitement
- ▶ e. tests sérologiques de l' *H pylori* après 4 semaines

- ▶ **le test à l'urée** est la meilleure option.

Test respiratoire à l'urée et le test de l'antigène dans les selles utilisant des anticorps monoclonaux effectués au moins 4 semaines après le traitement sont des tests qui peuvent être utilisés pour confirmer l'éradication de l'infection, alors que les tests de selles polyclonaux H pylori est moins précis.

- ▶ La patiente a quitté l'hôpital elle n'avait pas eu d'autres saignements, il y'a eu une diminution des douleurs épigastriques.
 - ▶ Son taux d'hémoglobine était de 11,7 mg .
- 