

Test à la sécrétine

A la demande de votre médecin, un test à la sécrétine vous est proposé. Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Le médecin est à votre disposition pour vous apporter, en complément, toute autre précision que vous souhaiteriez obtenir.

Description de l'examen

Le principe de cet examen est de stimuler la sécrétion d'une hormone (la gastrine) qui est produite en très grande quantité de manière anormale dans le cadre du syndrome de Zollinger-Ellison (ou gastrinome). Pour cela, une injection de sécrétine dans une veine du bras, puis des prélèvements sanguins sont effectués à plusieurs reprises pour déterminer le taux de gastrinémie dans le temps. Lorsque la valeur de gastrine basale est élevée, ce test n'est pas toujours indiqué.

Quels sont les risques de cet examen? - Quelles sont les chances de réussite de cette intervention ?

Les contre-indications à l'injection de la sécrétine sont l'allergie connue au produit, la pancréatite aiguë, les enfants et la grossesse. Des réactions allergiques ou des diarrhées peuvent survenir après l'injection.

Aspects financiers – Assurance maladie

Cet examen est pris en charge par l'assurance maladie de base.

Quelles sont les autres options thérapeutiques ou diagnostiques possibles ?

Le syndrome de Zollinger-Ellison peut être suspecté à la gastroscopie mais cet examen ne permet pas de retenir un diagnostic. Un test avec le gluconate de calcium administré intraveineux peut être également effectué, mais le taux de détection du syndrome Zollinger-Ellison est plus faible que le test à la sécrétine. Il est en général proposé si la suspicion clinique de gastrinome est élevée et la quantité de gastrinémie est normale ou peu élevée.

Comment se prépare-t-on à l'examen ?

L'examen se déroule à jeun, c'est-à-dire que vous ne devez plus manger depuis la veille de l'examen à minuit.

Veillez prendre contact du mardi au vendredi de 9h à 17h au numéro de téléphone : 079 55 62 787 ou au numéro du secrétariat **au moins 7 jours avant votre examen** si vous prenez des médicaments agissant sur le système digestif ou si vous présentez des allergies,

Dans le cas d'un **diabète**, discuter votre traitement avec votre médecin traitant en lui expliquant le déroulement de l'examen ci-dessous.





Comment se déroule l'examen ?

Le matin de l'examen, **vous devez prendre les médicaments** prescrits par votre médecin traitant sauf ceux que vous devez arrêter en les avalants à l'aide d'eau puis être **à jeun**, c'est à dire ne pas déjeuner.

Si vous prenez des traitements à base d'opiacés, de corticostéroïdes, d'œstrogène ou de progestérone (pilule contraceptive) veuillez le signaler au médecin.

A votre arrivée à la Policlinique Médicale Universitaire, la personne responsable du test vous installera sur un lit et un accès veineux pour l'injection de la sécrétine sera mise en place.

Huit prélèvements sanguins, pour déterminer la quantité de gastrinémie dans le temps, seront réalisés après l'injection de la sécrétine. Le test dure environ 1 heure.

Que se passe-t-il après l'examen ?

Il n'y a pas de surveillance particulière nécessaire après l'examen. Les résultats de l'examen seront communiqués au médecin qui vous a adressé à la Policlinique.

Que faire en cas de problèmes après l'examen ?

Si vous présentez des douleurs ou avez des malaise dans les heures ou les jours suivant l'examen, ou en cas d'autres problèmes à la suite de l'examen, contactez immédiatement la réception de gastro-entérologie (du lundi au vendredi de 9h à 11h30 et de 14h à 16h au numéro de téléphone : 021 314 47 17) ou le gastro-entérologue de garde (nuit et week-end) au 021 314 07 39 ou votre médecin traitant.

Questions et remarques du patient:



Formulaire de consentement écrit pour le test à la sécrétine

Après avoir lu le formulaire d'information annexé, veuillez dater et signer ce document
au plus tard la veille de l'examen.

- Je soussigné-e, déclare avoir pris connaissance du formulaire d'information sur le but, les modalités et les risques de cet examen.
- J'ai été informé-e des raisons (indications) pour laquelle je dois faire cet examen par le médecin qui l'a prescrit.
- J'ai compris que ma prise en charge est assurée en équipe et que du personnel en formation peut participer aux soins qui me sont donnés, sous la supervision de spécialistes compétents. J'ai pris note que l'identité du médecin qui pratiquera l'intervention me sera communiquée avant celle-ci.

Je donne mon accord à cet examen : oui non Date de l'examen : _____

Nom et prénom du/de la patient-e ou représentant légal/thérapeutique: _____

Cette signature est obligatoire, sans votre accord écrit nous ne pouvons pas effectuer l'examen demandé par votre médecin.

Date : _____ Signature du/de la patient-e ou de son représentant légal ou
thérapeutique : _____

Dr-e _____ (*Nom, prénom, lettres majuscules*), a expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'examen. Il/elle a également offert au/à la patient-e la possibilité de poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait et a pleinement répondu à ces dernières. Le/la patient-e a été informé-e que du personnel en formation peut participer aux soins et que l'identité du médecin qui pratiquera l'intervention lui sera communiquée avant celle-ci.

Date : _____ Signature du médecin

