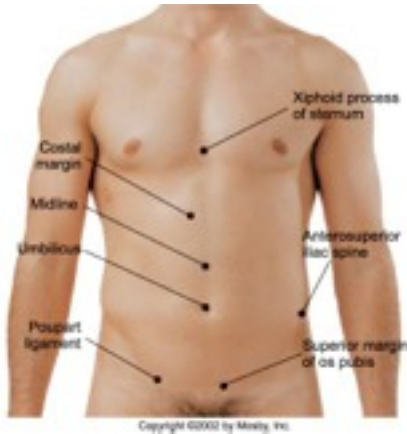


Ce cours est très important et va nous servir toute notre vie, la sémiologie physiologique ou pathologique fait appel à un recueil rigoureux des données et c'est la base de votre observation et votre raisonnement clinique.

Principaux repères anatomiques :

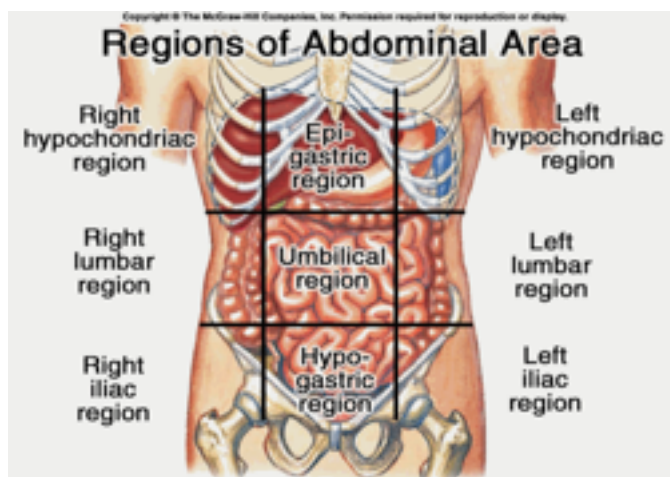


La ligne blanche est un signe de faiblesse musculaire où l'on peut retrouver des hernies.

L'ombilic : également sujet a des hernies.

I. Les différents quadrans et Régions

De manière consensuelle On a l'habitude de segmenter les régions anatomiques en 9 régions : TRES IMPORTANT car l'examen clinique est différent de région en région.



- région de l'hypocondre droit,
- région épigastrique (région de douleur de l'estomac).
- hypocondre gauche,
- région lombaire droite et gauche,
- région ombilicale
- région iliaque droite et gauche
- la région hypogastrique
- la région de l'hypocondre droit

1. La région ombilicale :

Les organes essentiels sont le **colon transverse médian**, l'**intestin grêle** et évidemment les **hernies ombilicales** (pathologie plutôt pour les personnes âgées et obèse).

2. L'hypochondre droit

C'est une zone sous les côtes qui est palpable en repoussant la paroi sous les côtes.

C'est le cas du **foie** que l'on palpe en faisant une inspiration profonde et on glisse les mains sous les côtes mais en général c'est non palpable chez le sujet sain. En revanche lorsque qu'on a une cirrhose hépatique, on pourra alors palper le foie spontanément. On pourra également palper les masses notamment les tumeurs et en particulier les tumeurs hépatiques, vous devez savoir que la cirrhose hépatique est un facteur de risque pour le cancer hépatique.

Le deuxième organe accessible dans des conditions pathologiques est la **vésicule biliaire**, un petit sac dont on peut se passer. Il sert de réservoir pour la bile digestif et lors de la prise d'alimentation, il va vider sa bile dans l'intestin grêle pour permettre la digestion en emmenant des sels biliaires. On peut parfois avoir des calculs biliaires, cela n'est pas forcément néfaste mais ce sont les complications des calculs biliaires qui deviennent pathologiques. Il y a la colique hépatique quand le calcul se fixe dans le canal cystique, la cholécystite qui correspond à l'inflammation de la vésicule biliaire et après la migration des calculs qui peuvent aller dans le canal biliaire principale c'est l'angiocholite voir la pancréatite.

Et enfin, **duodenum** (en cas de tumeur) et parfois l'estomac.

3. La région épigastrique

C'est une région facilement accessible, médiane où beaucoup de douleurs s'y projettent.

On a accès à l'**estomac** également au **pancreas** (que l'on ne peut pas palper mais on peut déclencher des douleurs) ainsi que le **foie** en cas de maladie cirrhotique.

4. L'hypochondre gauche :

Zone palpable en poussant les doigts sous le rebord chondral.

La **rate** qui n'est pas spontanément accessible, on peut la palper sous les côtes lorsque le patient est de face ou en décubitus latéral (et on demande d'inspirer) on la palpe lorsqu'elle est grosse (hypertension portale) ou en cas de maladie hématologique

Le colon gauche et en particulier l'**angle colique gauche**. La majorité des coliques se situe à gauche, de même pour les diverticules (petits sacs dans la paroi du TD). Il faut bien regarder ce colon gauche durant l'examen clinique.

La **queue du pancréas** est plutôt antérieur à droite et qui va profondément dans l'hypochondre .

5. La fosse iliaque droite :

C'est la zone au niveau du **colon droit (caecum)**, où l'on trouve l'**appendice iléo-caecal** (on peut s'en passer) mais on ne connaît toujours pas la fonction exacte de cette appendice. C'est un organe lymphoïde, immunitaire. Des maladies sont influencées par leur pronostic quand il y a eu une appendicectomie dans l'enfance. Donc l'appendicectomie n'est pas anodine. On a tendance à faire des appendicectomies par excès et on influence certainement le devenir des malades.

6. La région hypogastrique

Le colon est très fixe notamment à gauche, transverse et mobile dans sa partie droite. L'**intestin grêle (iléon)** est parfaitement mobile et peut donc s'insérer très facilement dans des zones de déhiscence qui sont les hernies. En dehors de l'intestin grêle, on a l'**appareil génital**. Chez la femme, l'utérus et ses annexes se projettent en plus dans les fosses iliaques droite et gauche.

7. Fosse iliaque gauche

Le **colon gauche et le sigmoïde** s'y projettent. Ces zones sont très susceptibles aux complications de diverticules surtout pour le sigmoïde. 1/3 de la population possède des diverticules mais ça déclenche pas forcément une maladie, c'est un peu plus fréquent chez la femme et dans un terrain de constipation.

8. Les flancs

A droite, le **colon ascendant**

A gauche, le **colon descendant**

Ainsi que l'**appareil urinaire** avec le rein et les voies excrétrices.

Lorsqu'on a un patient qui se plaint des douleurs au flanc ce ne sont pas forcément des douleurs digestives mais ça peut être une infection urinaire ou la pyélonéphrite en cas de maladie rénale qui fait suite à une infection urinaire, cela est très fréquent chez la femme.

II. L'examen digestif

C'est toujours dans le même ordre.

Il faut essayer de mettre des éléments positifs et pertinents qui vont amener au diagnostic.

En consultation, dès que vous arrivez, le premier regard doit vous indiquer si c'est grave, pas grave, à qui vous avez affaire et peut être déjà donner une hypothèse diagnostique.

L'examen doit être adapté à chaque spécialité. Sa rigueur oriente la démarche

clinique:

- interrogatoire
- inspection (déshabiller le malade !)
- palpation
- percussion
- auscultation (oui on peut ausculter un TD)

On va du moins invasif vers le plus invasif, il faut rassurer le malade.

1. L'interrogatoire

C'est là où on va formuler le diagnostic. Il est essentiel, oriente la démarche clinique c'est à dire prescrire des examens d'imagerie de biochimie. Plus c'est rigoureux moins vous allez dépenser.

On recueille :

- les antécédents personnels et familiaux (hémoculture positive, on demande s'il a des antécédents de cancer colique qui justifie une coloscopie ; en cas de cancer de l'estomac dans la famille on va chercher une certaine bactérie)

- le contexte professionnel, familial, environnemental...généralement oublié..

- la prise de médicaments ou de toxiques, d'allergie dans toutes les maladies on peut avoir des causes médicamenteuses, ne pas les oublier !!!!

- l'histoire clinique (anamnèse) il est important de diriger l'interrogatoire, c'est à nous de guider l'interrogatoire sinon le patient s'évade.

La douleur :

Signe le plus fréquent en médecine, le signe fonctionnel qu'il faut évaluer et soigner.

- Siège : les 9 quadrants de l'abdomen

- Irradiations : les douleurs pancréatiques irradient de l'avant à l'arrière comme un coup de couteau.

- La nature : crampe, pesanteur, gêne, brûlure

- Intensité : échelle visuelle analogique

- Evolution : stable, s'aggrave

- Ancienneté : chronique ou aiguë

- Rythme : nocturne, permanent ou intermittent

- Facteurs influençant la douleur:

- position antalgique: les douleurs pancréatiques sont soulagées par la position pencher en avant. Alors que les coliques néphrétiques ne sont pas soulagées.

- facteur aggravant ? : le repas

- soulagement par émission de gaz ou défécation ?

- Troubles du transit : on y reviendra.

Dysphagie (difficulté a avaler), nausées, vomissement (rejet par la bouche du contenu gastrique) , régurgitation (typique en cas de RGO) , pyrosis (brulure retro sternale ascendante typique de RGO), diarrhées, constipation (subjectif ..), arrêt du transit (occlusion intestinal).

- Hémorragie digestive :

Fréquent, notamment en milieu hospitalier.

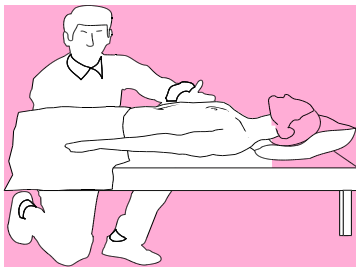
- hématémèse (rejet par la bouche de sang rouge au cours de vomissement)
- melaena (sang noir car digéré)
- rectorragie (émission par l'anus de sang, qui oriente vers une cause colique gauche)

- Signes extradiigestifs

maladie de Crohn : non seulement digestif mais systémique qui atteint d'organes rhumatologique, ou des arthralgies

- Signe d'alarme : fièvre, frisson, asthénie, anorexie et dénutrition qui traduisent l'urgence.

2. L'installation



Pour l'examen digestif on doit être place à droite malade. Le patient doit être allongé dans une position confortable (oreiller sous la tête) et on lui demande de fléchir les jambes pour supprimer les contractions abdominales. Il faut établir un climat de confiance, on se réchauffe les mains.

3. L'inspection

<ul style="list-style-type: none">● Apparence générale<ul style="list-style-type: none">- comportement- pâleur: saignement digestif- ictère- amaigrissement, etc.● Mains et ongles● La bouche, la langue, les dents, haleine (foetor hépaticus)● La respiration	<ul style="list-style-type: none">● Abdomen<ul style="list-style-type: none">- cicatrices- État cutané (angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale)- Distension- Voussure, tuméfaction- Péristaltisme visible- Mouvement de la paroi abdominale
---	---

Ictère : c'est a dire la jaunisse du à une augmentation de la bilirubine dans le sang

qui est d'abord au niveau des conjonctives avant d'être généralisée.

Dénutrition : problème majeur lie au vieillissement de la population

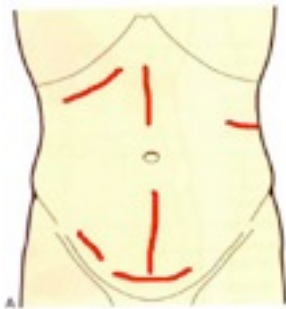
Hippocratisme digital : maladie pulmonaire et aussi en cas d'insuffisance hépatique

Cirrhose hépatique : haleine particulière qui définit l'insuffisance hépatocellulaire

Angiomes stellaires : hypertension portales

Péristaltisme : plutôt visible chez les vieux notamment dans la maladie de Crohn

Les cicatrices:



- Localisations habituelles (attention coelioscopie)
- Couleur: rougeâtre (récente), pâle (ancienne)
- 3 intérêts:
 - Exclure diagnostic
 - Evoquer une bride si occlusion
 - Evoquer des complications postopératoires

Les cicatrices c'est très important, plus il y a de cicatrices plus il y a d'occlusion. La majorité des interventions chirurgicales on utilise la vidéo chirurgie (quand c'est possible..) on fait au final 3 petits orifices et en terme de cicatrices c'est beaucoup mieux.

● Ascite Volumineuse



Exemples caricaturales : ascite volumineuse, en dehors on voit également une hernie ombilicale, une circulation abdominale collatérale (= hypertension portale) c'est à dire des varices oesophagiennes. Un autre signe que nous on a pas vu ^^, c'est la dénutrition il faut regarder la taille des bras et cuisse

(le cirrhotique a une perte protéique majeur). Le site de ponction d'ascite est à 1/3 entre l'épine iliaque antéro supérieur et l'ombilic (sinon à droite il y a le colon droit.) C'est une cirrhose hépatique avec peut être un cancer ajouté (on ne peut pas savoir).

● Aphtes et cancer ORL:



On a quoi ici ? Un aphte c'est en fait, une ulcération muqueuse (présente en cas de la maladie de Crohn, maladie inflammatoire du TD qui touche tout le TD de la bouche jusqu'à l'anus)

Adroite on voit un cancer, avec tumeur de la base la langue probablement chez une personne à terrain alcoolo tabagique. (AIE)

- Hémorroïde:



On a ici une pathologie hémorroïdaire non compliquée, l'inspection est importante .

- Angiome stellaire:



Ici un angiome stellaire sur la face : hypertension portale dans le cas de cirrhose hépatique. En générale les angiomes stellaires lorsqu'on appuie dessus le sang s'échappe et cela se colore en blanc et lorsqu'on enlève l'appuie cela redevient rouge

- Hippocratisme digital : pas très représentatif. Formation en baguette de tambour on le voit chez le fumeur et les maladies digestives hépatiques

- Un ictère ainsi que l'érythrose palmaire rouge qui est pathologique qui traduit une insuffisance hépatique donc les deux font penser à un hepatocarcinome

- Ictère conjonctival : on peut en avoir un quand on a une hépatite B
FAITES VOUS VACCINER contre l'hépatite B

- Circulation abdominale collatérale : également en cas de cancer qui envahissent les vaisseaux digestifs

4. Palpation

Douce superficielle puis profonde sinon on fausse tout. Cela se fait par région, Il faut palper systematique toutes les régions. On débute par la palpation à distance du site douloureux. Il faut utiliser le bord de l'index et des doigts pour percevoir le bord des organes, le plat de la main et des doigts pour palper au delà de la paroi abdominale. A la consultation on utilise par forcement les deux mains (si on est trop fort comme le prof on peut utiliser qu'une main.)

En dessous du rebord costal, on va demander au malade une inspiration profonde

pour sentir le foie taper sur le rebord des doigts, ça se sent.

Théoriquement l'examen ne fait pas mal. Dans l'observation plus on est synthétique mieux c'est.

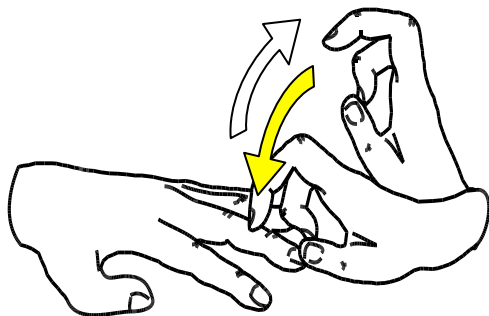
Evaluation de la tonicité musculaire:

- La défense (dans l'appendicite quand vous allez appuyer vous allez avoir une contraction de la paroi abdominale)
- La contracture qui est le stade au dessus. L'abdomen ne se laisse pas vaincre vous pouvez pas palper, généralement il y a une péritonite.
- signe de Blumberg (irritation péritonéal) exacerbation de la douleur à la dépression soudaine appliquée à la paroi abdominale

Evaluation de l'intégrité pariétale:

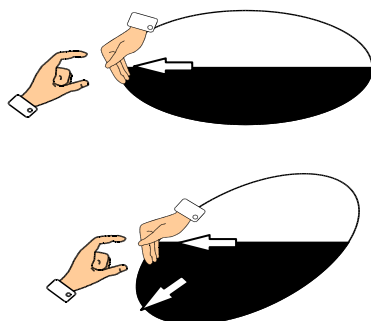
La majorité des hernies sont dû à l'intestin grêle. Ici une hernie inguino-scrotal dû a de l'intestin grêle dans le scrotum. Pour savoir si on va intervenir chirurgicalement on regarde plusieurs choses : d'abord la douleur, s'il y a ischémie digestive due au collet hernié, si c'est impulsif a la toux..

5. La percussion : avec l'index ou le médus



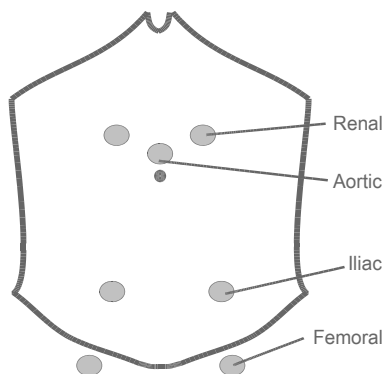
- Utiliser le bout des doigts
- Choc donné par un mouvement brusque du poignet
- Frappant la 2° phalange des doigts
- Puis relever le doigt percuteur immédiatement

- D'une façon générale, l'abdomen est tympanique (organe creux)
poumon, l'air : tympanique
- Organes pleins ou remplis (vessie remplies): MATITE
- La percussion permet d'évaluer l'ascite, c'est en fait de l'eau dans la cavité abdominale et elle va donc bouger dans l'abdomen lors du changement de position.



- Patient allongé sur le dos la limite de matité est repérée
- Le patient se tourne sur un coté permet au liquide de circuler et d'établir un nouveau niveau
- Une nouvelle percussion va détecter la matité déclive au dessus du niveau précédent

6. L'auscultation :



Le tube digestif est vivant, il se réveille à 5h du matin de façon physiologique. Il fait du bruit c'est normal, ce sont des bruits hydro-aériques. On a du liquide des solides et de l'air. On pourra recueillir rarement mais parfois des souffles d'origine vasculaires vu que l'aorte passe par là.

L'examen digestif doit être COMPLET donc il faut faire des touchers rectaux, il nous encourage de le faire de façon systématique quand il y a des problèmes colorectaux. . On va pouvoir localiser :

- des douleurs rectales,
- les péritonites,
- la présence de sang, (rectorragies, méléna, métrorragies)
- la présence de masse, (carcinome péritonéale, MLU)
- la présence d'un fécalome (amas de sel dur dans le rectum, la panache du sujet âgé en institution),
- Leucorrhés
- la prostate

On peut aussi faire des touches bi digital pour repérer des masses entre les appareils digestif et génital.

Cela se fait soit en position gynécologique, soit décubitus dorsal, soit sur le coté quand on est a la consultation. En général, on le fait sous anesthésie générale, lors de la coloscopie avec un anoscope.

Pour se détendre on regarde des vidéos :)

La flèche hépatique va permettre de savoir si on a une hépatomégalie, cela se mesure sur la ligne medio claviculaire, chez le sujet saint cela mesure entre 9 et 10 cm .

Pour le rein il faut surtout passer une main derrière sur le carre des lombes et faire des va et viens.

III. Biologie: pas à retenir c'est pour les grandes orientations, ça sort un peu du cadre de l'examen clinique

- Syndrome infectieux: Hyperleucocytose PNN
- Syndrome inflammatoire: CRP, Fibrinogène, vitesse de sédimentation
- Anémie: NFS
- Tb coagulation: TP, TCA, plaquettes

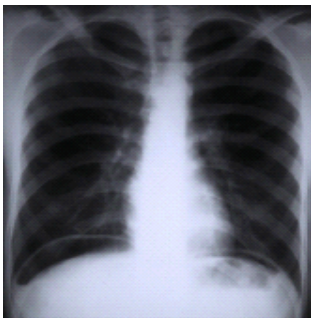
- Déshydratation: Ht, protides, créatinémie
- Tb hydroélectrolytiques
- Cytolyse hépatique: ASAT, ALAT (ALAT plus important que AZAT dans les hépatites virales, AZAT plus important que ALAT dans les maladies alcooliques)
- Pancréatite: lipase, amylase
- Cholestase: Bilirubine, Phosphatase alcaline, Gamma GT
- Insuffisance hépatocellulaire: TP, Facteur V (le plus important)

IV. Radiologie : en pratique

En générale c'est une radiographie standard sans préparation (mais de moins en moins utilisé car remplacé par le scan abdominal qui donne accès à tous les organes.)

On peut y voir :

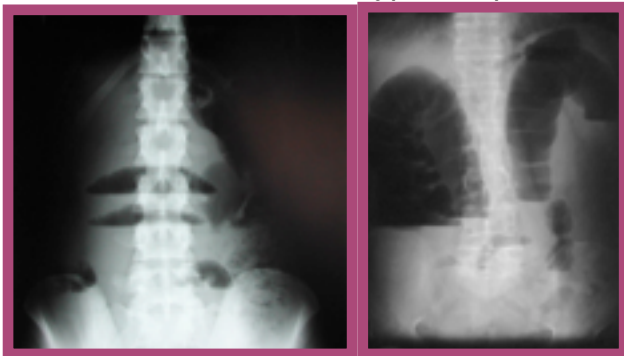
- ◆ un pneumopéritoine +++ car il y a diffusion de l'air (= perforation)
- ◆ maladie du rein
- ◆ les lithiases via les images calciques
- ◆ les matières
- ◆ les épanchements sous forme de grisaille diffuse
- ◆ les occlusions en repérant les niveaux hydro-aériques
- ◆ nécessaire chez la femme pour le dosage des betas HCG



Ici on voit une perforation qui signe un pneumo péritoine, si vous palper vous allez avoir une défense.

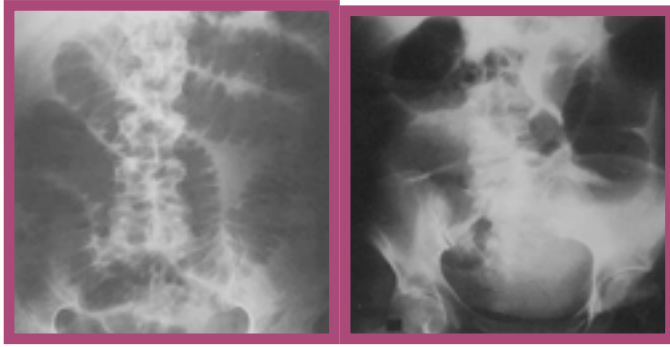
Croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique à droite

Occlusion et ASP (abdomen sans préparation): La radiographie permet de différencier l'occlusion de type colique ou de l'intestin grêle.



ASP DEBOUT

- Sur la gauche, le type grêle : les **niveaux hydro-aériques sont plus larges que haut**, centraux, souvent nombreux.
- Sur la droite, le type colon : les **niveaux hydro-aériques sont plus haut que large**, périphériques, souvent peu nombreux.



ASP COUCHE: montre quel intestin est distendu

- Grêle, à gauche: parois fines, valvules conniventes
- Colon, à droite: parois épaisses, haustrations

ASP RAREMENT SUFFISANT EN REALITE :

- ECHOGRAPHIE: image dynamique

Patients maigres

Sans barrage gazeux

Enfants+++

Opérateur dépendant car l'interprétation dépend de celui qui l'analyse.

Patients instables non transportables

- TDM + IV

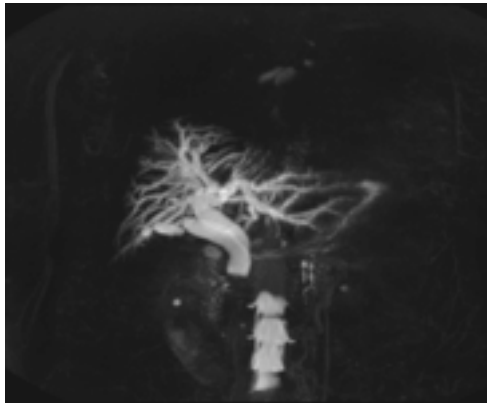
Accès facile

Bonne Se et Sp pour l'urgence

Pas d'insuffisance rénale pour l'IV

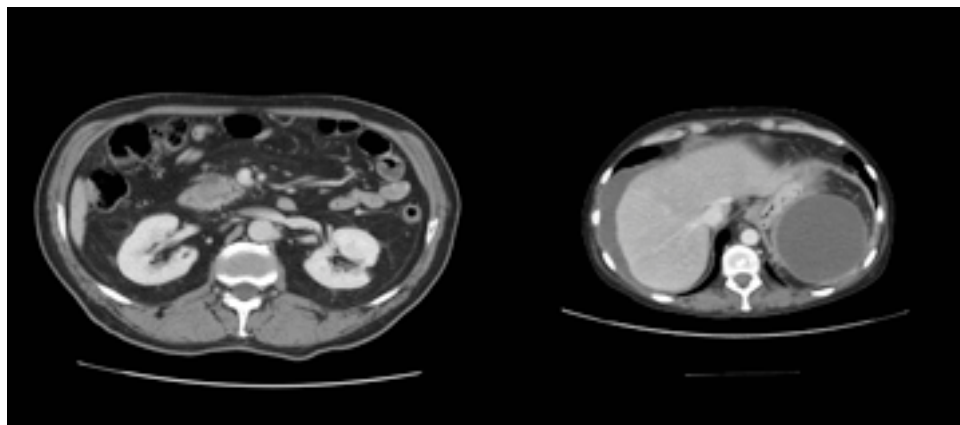
Pas d'allergie

Bili-IRM:



On voit les organes de manière un peu différentes, on a la possibilité d'accéder spontanément à l'arbre biliaire. Ici on voit un gros calcul au niveau de la voie biliaire principale donc angiocholite.

Scanner:



cancer de la tête du pancréas, en soit le pancréas est effilé avec un petit liserer au milieu

épanchement anormal avec un pseudo kyste pancréatique