

EXAMEN DIGESTIF ET ABDOMINAL

I- Introduction

Les repères anatomiques

La *clavicule*, le *processus xiphoïde*, le *rebord chondral*, la *ligne blanche* (zone de faiblesse musculaire et de hernie), l'ombilic (sujet à des pathologies herniaires), l'*arcade crurale*, le *pubis* et l'*EIAS*.

Les différents quadrants et régions

On segmente les régions de l'abdomen en 9 cadrans très importants. L'examen clinique varie selon la région.

<p>Hypochondre droit <i>Description</i> : Zone sous les côtes, palpable en repoussant la paroi des côtes <i>Organes</i> : Foie, vésicule biliaire, duodénum <i>Pathologie</i> : Complication de calculs biliaires (colique hépatique, cholécystite, angiocholite).</p>	<p>Épigastrique <i>Description</i> : Zone médiane où se projettent de nombreuses douleurs. <i>Organes</i> : Estomac, pancréas, lobe gauche du foie.</p>	<p>Hypochondre gauche <i>Description</i> : palpable en poussant les doigts sous le rebord chondral <i>Organes</i> : Rate, angle colique gauche, queue du pancréas</p>
<p>Lombaire droite (flanc D) <i>Organes</i> : Colon ascendant et appareil urinaire (rein, voies excrétrices)</p>	<p>Ombilicale <i>Organes</i> : colon transverse médian, intestin grêle <i>Pathologie</i> : hernies ombilicales (++) pour personnes âgées et obèses).</p>	<p>Lombaire gauche (flanc G) <i>Organes</i> : Colon descendant et appareil urinaire (rein, voies excrétrices)</p>
<p>Fosse iliaque droite <i>Organes</i> : Colon droit, caecum appendice iléo-caecal.</p>	<p>Hypogastrique <i>Organes</i> : intestin grêle, appareil génital (aussi en FID et FIG chez la ♀)</p>	<p>Fosse iliaque gauche <i>Organes</i> : Colon gauche et sigmoïde (<i>Pathologies</i> : Diverticules très fréquents (++) pour sigmoïde), surtout chez la ♀.</p>

- Le foie se palpe en faisant une inspiration profonde et en glissant les mains sous les côtes. Il est non palpable chez le sujet sain, mais palpable chez le cirrhotique.
- La rate n'est pas spontanément accessible, on peut la palper sous les côtes lorsque le patient est de face ou en décubitus latéral. Elle est palpable en cas d'hypertension portale (elle est grosse) ou de maladie hématologique.
- L'appendice iléo-caecal est un organe lymphoïde immunitaire dont la fonction exacte est inconnue. L'appendicectomie n'est pas anodine et on tend à en faire trop.
- Douleur aux flancs : attention, pas uniquement douleur digestives, possible infection urinaire ou pyélonéphrite.

II- Conduite de l'examen digestif

L'examen digestif doit se faire toujours dans le **même ordre** (du – invasif au + invasif) et être adapté à chaque spécialité. Il faut mettre en évidence les éléments pertinents qui vont amener au diagnostic. Sa rigueur oriente la démarche clinique. Interrogatoire → Inspection → Palpation → Percussion → Auscultation

1. L'interrogatoire

L'interrogatoire permet la formulation d'une hypothèse diagnostique. Il oriente la démarche clinique (les prescriptions d'examen d'imagerie et de biochimie). Il faut guider l'interrogatoire, sinon le patient s'évade.

On demande les antécédents personnels et familiaux ; le contexte professionnel, familial et environnemental ; la prise de médicament, de toxiques, d'allergies ; l'histoire clinique (anamnèse).

Signes fonctionnels les plus fréquents

LA DOULEUR	TROUBLES DU TRANSIT	HÉMORRAGIE DIGESTIVE	SIGNES EXTRA-DIGESTIFS	SIGNES GÉNÉRAUX
<ul style="list-style-type: none"> • Siège : 9 cadrans de l'abdomen • Irradiations • Nature (crampe, pesanteur, gêne, brûlure) • Intensité (pulsatile ?) • Évolution (croissante ?) • Ancienneté (aiguë/chronique) ? • Rythme (permanent ou non, nocturne) • Facteurs influençant la douleur (position, facteurs aggravant, soulagement). 	<ul style="list-style-type: none"> ∴ dysphagie, ∴ nausées, ∴ vomissements, ∴ réurgitation (typique RGO) ∴ pyrosis (brûlure retro-sternale ascendante typique de RGO) ∴ diarrhée, ∴ constipation, ∴ arrêt du transit (occlusion intestinale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hématémèse • Melaena • Rectorragie 	<ul style="list-style-type: none"> ∴ Gynéco ∴ Rumato ∴ Pneumo 	<ul style="list-style-type: none"> • asthénie • anorexie • fièvre • frisson

2. Installation





- Placement à la **droite** du malade.
- Il faut une installation confortable
- Patient en décubitus dorsal un oreiller sous la tête.
- Hanches et genou fléchis (permet le relâchement de la paroi abdominale)
- Abdomen largement exposé : appendice xiphoïde, pubis
- Se réchauffer les mains !!

3. Inspection

- * Apparence générale : pâleur, ictère, amaigrissement
- * Mains et ongles
- * Bouche, haleine (foetor hépaticus dans cirrhose)
- * Respiration
- * Abdomen : cicatrices, état cutané (angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale), distension, voussure, tuméfaction, péristaltisme visible, mouvement de la paroi abdominale.

Un **ictère** est une jaunisse due à une augmentation de la bilirubine dans le sang

Pour les **cicatrices**, on vérifie la localisation habituelle, la couleur (rougeâtre récente / pâle ancienne). 3 intérêts : exclure le diagnostic, évoquer une bride si occlusion, évoquer des complications postopératoires.

<p>1. Ascite volumineuse :</p> <p>On voit une hernie ombilicale, une circulation abdominale collatérale (HTP) et une dénutrition (par perte protéique). C'est une cirrhose hépatique avec possible cancer surajouté. <u>Site de ponction</u> d'ascite est à 1/3 entre l'EIAS et l'ombilic.</p>		<p>2. Aphte & cancer ORL :</p> <p>Photo 1 : Aphte = ulcération de la muqueuse</p> <p>Photo 2 : cancer avec tumeur de la base de la langue (probable terrain <u>alcoolo-tabagique</u>).</p>	
<p>3. Hémorroïde :</p>	 <p>Hémorroïde volumineuse (flèche rouge)</p>	<p>4. Angiome stellaire</p> <p>Hypertension portale = HTP (cirrhose hépatique)</p> <p>L'angiome se colore en blanc quand on appuie dessus puis redevient rouge.</p>	
<p>5. Hippocratisme digital</p> <p>Formation en baguette de tambour, retrouvée chez le fumeur et les maladies digestives hépatiques.</p>		<p>6. Ictère et érythème palmaire : traduit insuffisance hépatique</p>	
<p>7. Ictère conjonctival : fait penser à une hépatite B</p>		<p>8. Circulation abdominale collatérale : en cas de cancer envahissant les vaisseaux digestifs.</p>	

4. Palpation

Douce superficielle puis profonde. La palpation se fait par région, on commence à distance du site douloureux.

On utilise le bord de l'index et des doigts pour percevoir le bord des organes, le plat de la main et de doigts pour alper au delà de la paroi abdominale.

On évalue la tonicité musculaire :

- La **défense** : contraction de la paroi abdominal à la palpation
- La **contracture** : l'abdomen ne se laisse pas vaincre à la palpation (généralement signe de péritonite)
- Le **signe de Bloomberg** : exacerbation de la douleur à la dépression soudaine appliquée à la paroi abdominale.

On évalue l'intégrité pariétale : les hernies. La majorité des hernies sont dues à l'intestin grêle.

5. Percussion

- Utiliser le bout des doigts
- Choc donné par un mouvement brusque des poignets
- Frappant la 2^e phalange des doigts
- Puis relever le doigt percuteur immédiatement

De manière générale, l'abdomen est tympanique, le poumon aussi. Les organes pleins ou remplis sont mates (vessie). La percussion permet d'évaluer l'ascite, on percute un patient allongé sur le dos et on note la limite ; même chose tourné sur un côté → **on détecte la matité déclive** !

6. Auscultation

Le tube digestif fait des bruits normaux hydro-aériques. Parfois, on peut recueillir des souffles d'origine vasculaire (rare).

Bonus :

- **Le toucher rectal** permet de localiser des douleurs rectales, des péritonites, la présence de sang (rectorragies, méléna, métrorragie) ; la présence de masse (carcinome péritonéal) ; la présence de fécalome ; leucorrhées ; la prostate.
- On peut aussi faire un toucher bidigital pour repérer des masses entre les appareils digestifs et génital. Pour mesurer une hépatomégalie on mesure la flèche hépatique sur la ligne médio-claviculaire.

III- Biologie


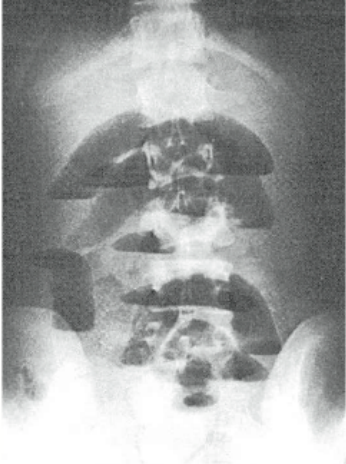

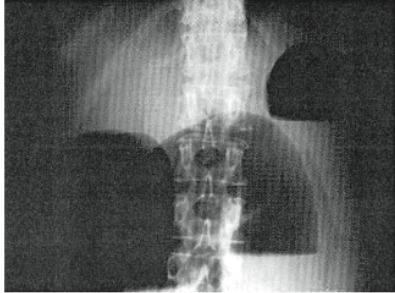
- Syndrome infectieux : Hyperleucocytose PNN
- Syndrome inflammatoire : CRP, fibrinogène, vitesse de sédimentation
- Anémie : NFS
- Trouble coagulation : TP, TCA, plaquettes
- Déshydratation : Ht, protides, créatinémie
- Troubles hydroélectriques
- Cytolyse hépatique : ASAT (+ important dans hépatites virales), ALAT (+ important dans hépatites alcooliques)
- Pancréatite : lipase, amylase
- Cholestase : bilirubine, phosphatase alcaline, γ-GT.
- Insuffisance hépatocellulaire : TP, Facteur V (++) important).

IV- Radiologie

Radio standard sur ASP : Examen habituel mais de - en - utilisé car scan abdominal montre tous les organes.

On peut y voir un pneumopéritoine (++) car il y a diffusion de l'air ; une maladie du rein ; des lithiases ; les matières ; les épanchements ; les occlusions (en repérant les niveaux hydro-aériques).

La radio sur ASP (abdomen sans préparation) debout permet de différencier l'occlusion du colon de celle du grêle.

Occlusion de l'intestin grêle		Occlusion du colon	
			
ASP COUCHE	ASP DEBOUT	ASP COUCHE	ASP DEBOUT
<p><i>Debout</i> : Niveaux hydro-aériques plus larges que haut, centraux et souvent nombreux</p> <p><i>Couché</i> : parois fines, valvules conniventes.</p>		<p><i>Debout</i> : Niveaux hydro-aériques plus haut que larges, périphériques et souvent peu nombreux.</p> <p><i>Couché</i> : parois épaisses, haustrations</p>	

Échographie : L'ASP est rarement suffisante, l'échographie est très indiquée pour les patients instables non transportables.

TDM : Autre examen possible, d'accès facile avec une bonne Sp et Se pour l'urgence. Attention aux insuffisants rénaux et aux allergiques pour le produit de contraste !

Bili-IRM permet d'accéder à l'arbre biliaire et de distinguer des angiocholites.