

**L2**

Date : 16 /01/2012

Professeur : Baqué

Nombre de pages : 4

**2011-2012**

# SEMIOLOGIE

Ronéo n° :5

Intitulé du cours : cas clinique

Chef Ronéo : Hélène Di Vincenzo

Binôme :Marie-Charlotte Trojani

Roxanne Manuello



**Corporation des Carabins  
Niçois**

UFR Médecine  
28, av. de Valombrose  
06107 Nice Cedex 2  
[www.carabinsnicois.com](http://www.carabinsnicois.com)  
[vproneo@gmail.com](mailto:vproneo@gmail.com)

*Partenaires*

**GROUPE  
PASTEUR  
MUTUALITE**



## Sémiologie générale :

*j'ai inséré en italique à côté de l'exposé de Jim les commentaires du Pr. Baqué.*

### plan de l'exposé :

- 1/motif d'hospitalisation
  - 2/Antécédents, traitements en cours
  - 3/Histoire de la maladie (S.I.T.I.E.C.)
  - 4/Examen clinique (inspection, palpation, auscultation, percussion)
  - 5/Conclusions au décours de l'examen clinique (avec regroupements syndromiques)
  - 6/Examens para cliniques
  - 7/Conclusions au décours des examens para cliniques
  - 8/Discussions diagnostiques
  - 9/Prise en charge de la maladie (HDLM, trtmt médicaux, chirurgicaux)
- donc il vous donne le plan, ce qui est bien. On aurait pu faire 3 parties ;*

### I/ comprenant les chapitres 1 à 7 : description du cas ; comprenant 2 sous parties :

*1/ partie clinique*

*2/ partie paraclinique*

*et il faut qu'il y ait une corrélation entre ce qu'on voit aux examens biologique/radiologique et ce que l'on observe cliniquement .*

**II/ discussion diagnostique.** *Attention il faut quand même argumenter un peu plus pour tous les autres diagnostiques, même s'il y a beaucoup d'arguments en faveur de l'ulcère perforé.*

### **III/ le traitement**

*quand vous serez face à un patient, quel qu'il soit, il faut qu'il y ait dans votre tête ces 3 étapes de la prise en charge.*

### 1/ motif d'hospitalisation :

*douleur abdominale aiguë → effectivement. Il donne un symptôme et pas un syndrome. Il fallait pas qu'il me dise là maintenant « patient hospitalisé pour syndrome péritonéal ». Ça vient à la fin ça. Même si ça vous semble évident, je le répète car vous verrez la confusion en pratique quotidienne.*

### 2/ ATCD :

#### **-chirurgicaux :**

appendicectomie il y a 36 ans

fracture de jambe il y a 4 ans

**-médicaux :** phlébite sous plâtre

### traitement en cours :

-ketoprofen (profenid) : AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien)

-aspirine : AINS

*→ là il détaille la classe médicamenteuse, c'est très important*

### 3/ histoire de la maladie : → *c'est ce que le patient raconte*

*Le patient dit présenter des douleurs abdominales très violentes associées à des vomissements. depuis 1 semaine avec aggravation depuis 24h à tout l'abdomen*

**S**ite: épigastrique

**I**rradiation: tout l'abdomen

**T**ype : coup de poignard = (douleurs lancinantes)

**I**ntensité: 10/10

**E**xcité par: → *l'inspiration profonde : ça c'est expliqué par la mobilisation des coupoles diaphragmatiques qui s'abaissent à l'inspiration. Quand il y a une infection du péritoine, tout mouvement des viscères contre celui ci entraîne une douleur atroce. C'est pour ça que l'abdomen ne respire plus.*

**C**almé par: l'alimentation, non calmé par aspirine, ketoprofen

*→ très bien, c'est une bonne description de la douleur*

*A ce moment là il faut mettre les signes associés : les vomissements. C'est rare que les patients vomissent devant vous, ils vomissent avant d'arriver à l'hôpital et ils vous le disent. Comme les vomissements on peut classer parmi les signes associés les frissons, les nausées, l'arrêt des matières et des gaz etc... tous ces signes digestifs, les patients ne les ont pas toujours quand ils sont devant vous.*

4/ examen clinique : maintenant c'est fini avec ce que raconte le patient, c'est votre observation clinique.

**constantes :**

-pouls : 90 bpm → accéléré

-TA : 125/90 mmHg → conservée

-t°c : 38,5 → il existe une fébricule

il n'y a pas d'état de choc mais il y a une tachycardie et une fébricule.

**examen abdominal :**

-inspection :

cicatrice d'appendicectomie au point de mac Burney

abdomen immobile pendant la respiration

-palpation :

défense généralisée → c'est la contraction réflexe des muscles de la paroi de l'abdomen quand on palpe ; ce qui l'oppose à la contracture qui est la contraction spontanée des muscles de l'abdomen.

-auscultation : non renseignée

-percussion :

disparition de la matité pré-hépatique = tympanisme.

**Signe de gravité** : → je pense qu'il ne faut pas les mettre ici. On peut pas dire que la fièvre et les vomissements même associés sont des signes de gravité. On en a tous eu.

Il manque l'examen cardio vasculaire même si tu n'étais pas renseigné. Idem pour l'examen neuro il aurait fallu dire « l'examen neuro semble être normal » ; juste pour leur montrer que quelque soit le motif de recours il faut pas faire l'impasse sur le reste de l'examen clinique systématique.

fièvre à 38,5 °C

vomissements

**Regroupement syndromique :**

-douleur à localisation initialement épigastrique

-initialement calmée par la prise alimentaire

-non calmée par la prise d'aspirine

-notion de prise d'AINS sur le long cours

→ **douleurs typiquement ulcéreuses** . En effet l'ulcère fait mal quand l'estomac est vide car l'HCL irrite l'ulcération muqueuse. Souvent le fait de manger calme un peu ces patients.

-défense généralisée

-disparition des mouvements abdominaux inspiratoires

→ **syndrome d'irritation péritonéale** : péritonite aiguë

le syndrome péritonéal c'est l'association d'une douleur d'une défense et d'une hyperthermie

-disparition de la matité pré-hépatique :

-présence d'air dans une région qui n'en contient physiologiquement jamais → ça c'est faux, il y a une exception : le syndrome de Chilaiditi : présence de l'angle colique droit non pas sous le foie mais entre le foie et le diaphragme ; ça donne des fausses images de pneumopéritoine. C'est assez exceptionnel.

→ **perforation d'organes creux**

Là il a bien posé le problème, en raison de la disparition de la matité pré-hépatique on peut penser qu'il y a une perforation d'organe creux.

5/ conclusions au décours de l'examen clinique :

En conclusion au décours de l'examen clinique nous avons affaire avec un patient de 47ans, avec notion de prise d'AINS sur le long cours, présentant une semaine auparavant des douleurs de type ulcéreuses et présentant actuellement une symptomatologie clinique associant un syndrome d'irritation péritonéal et une probable perforation d'organe creux évoquant un probable diagnostic d'ulcère gastroduodénale avec perforation et péritonite.

Sur les seuls arguments cliniques c'est très difficile de dire qu'il y a une perforation d'organes creux. Ce qu'on peut identifier en clinique c'est le syndrome péritonéal (douleur+défense+hyperthermie). On peut aussi identifier la douleur de type ulcéreuse.

6/ examen paraclinique :

**biologie :**

ionogramme : RAS

GB : 14000 / mL essentiellement à PNN (norme :  $4-10 \times 10^3$ )

CRP : 78 mg/L (norme à 5-10)

→ **syndrome inflammatoire biologique** → de type infection bactérienne

### **imagerie :**

**1er scanner :** TDM abdominale injectée au temps artériel présentée dans une coupe transverse en T10  
*là tu nous dis qu'il y a un gros estomac → c'est faux, au contraire il est plat, et il est plat parce qu'il est percé. S'il était pas percé il serait plein.*

**2ème scanner :** TDM abdominale injectée au temps artériel présentée dans une coupe transverse en L1.  
on voit :

un épanchement péri-hépatique → *effectivement il y a un épanchement*

un pneumopéritoine → *on voit une bulle de pneumopéritoine sur la coupe en T10, que l'on voit encore mieux sur la coupe en L1. On peut aussi le voir sur un ASP : c'est un croissant gazeux inter hépato diaphragmatique.*

→ **perforation d'organes creux**

### **7/ conclusion au décours des examens paracliniques**

En conclusion au décours des examens para cliniques, nous avons à faire à un patient de 47ans présentant une histoire et une symptomatologie clinique évoquant un ulcère gastroduodénale avec perforation et péritonite auxquels s'associe un syndrome inflammatoire biologique et une imagerie montrant un pneumopéritoine et un épanchement intra péritonéale en faveur des conclusions cliniques.

*Là tu peux pas parler d'ulcère gastro-duodéal. Là ta conclusion c'est syndrome péritonéal chez un patient qui a des douleurs de type ulcéreuses par perforation d'organes creux. L'ulcère tu vas le discuter après, dans la discussion diagnostique.*

*Fin du premier chapitre. Maintenant on va discuter pourquoi on peut avoir une péritonite par perforation d'organes creux.*

### **8/ discussions diagnostiques :**

hypothèses diagnostiques/étiologiques de cette perforation d'organe creux avec péritonite :

1/ perforation d'ulcère gastroduodéal

2/ diverticulite sigmoïdienne

3/ infarctus mésentérique → *ça non, le malade est mort avant...*

4/ appendicite

*là tu peux évoquer 3 diagnostics, en fait c'est tout le tube digestif qui peut se perforer.*

**1/ : perforation du tractus digestif haut :** estomac et duodénum. Les UG sont différents des UB. Les ulcères gastriques se cancérisent alors que normalement les ulcères du duodénum ne se cancérisent pas.

**2/ : perforation de l'intestin grêle** → *ex : perforation en péritoine libre d'un ulcère sur une plaque de Peyer donne ce tableau là (perforation typhique). La seule différence c'est que c'est précédé par des diarrhées et pas par des douleurs de type ulcéreuses, parce que la typhoïde donne des diarrhées.*

**3/ : perforation d'origine colique :** soit l'appendice, soit le colon, et généralement c'est le colon Gauche (diverticulaire) qui se perfore.

*On élimine les diagnostics peu probables.*

**Appendicite :** patient déjà appendicectomisé.

*Oui mais il y a d'autres arguments (un patient peut croire avoir été opéré de l'appendicite alors qu'il ne l'a pas été. Les décisions à prendre reposent sur un faisceau d'arguments et pas sur une seule donnée. Parfois il peut rester un moignon d'appendicite qui crée une inflammation.*

*Donc d'autres arguments : la douleur est épigastrique, alors que le plus souvent les douleurs de l'appendicite sont situées en fosse iliaque droite (sauf au début).*

*Sur le scanner : l'air se trouve à l'étage sus-mésocolique. Quand l'appendice est perforé, l'air est plutôt en bas.*

**Infarctus mésentérique :** patient jeune sous aspirine, artère mésentérique supérieur non thrombosée sur les coupes présentées

**Diverticulose sigmoïdienne:** localisation initial de la douleur, normalement située en fosse iliaque gauche.

**UGD compliqué:**

-patient présentant des douleurs typique d'UGD (épigastrique, calmé par les repas, non calmé par l'aspirine)  
-Prise d'AINS sur le long cours et renforcé pendant une semaine  
-vomissement

*là il faut reprendre tous les chapitres et montrer que le diagnostique le plus probable est celui d'un ulcère du tractus digestif haut. Soit gastrique, soit duodénal. Mais on ne peut pas exclure un cancer de l'estomac perforé. Ça peut être un UG compliqué de cancer et qui se perforé.*

je retiens donc le diagnostique d'ulcère gastro-duodénal perforé avec péritonite secondaire.

**9/ prise en charge de la maladie :** → traitement

histoire naturelle (si on ne fait rien) : péritonite → choc septique → décès

**Traitement médical:**

Voie veineuse de bon calibre

Surveillance hydroélectrique → *dire plutôt hémodynamique*

Antibiothérapie probabiliste dirigée contre les germes d'origine digestive et secondairement adaptée à l'antibiogramme.

Traitement de l'ulcère gastroduodénal (IPP, arrêt des AINS, recherche et traitement d'Helicobacter Pylori à distance.) → *en urgence on ne recherche pas Helicobacter Pylori*

Prise en charge de la douleur adaptée à l'EVA

**Traitement chirurgical:**

Voie d'abord

Endoscopique contre indiqué → *vrai en cas de perforation du tractus digestif haut car l'endoscopie insuffle de l'air et s'il y a une perforation ça accélère le passage dans la cavité péritonéale de l'HCL et ça aggrave l'état.*

Laparotomie médiane

coelioscopie

→ *là tu es parti du principe que c'était un ulcère perforé. Mais si c'est un cancer de l'estomac ?*

*Donc le premier temps de l'opération c'est : confirmation du diagnostique. Si c'est un ulcère duodénal, on sait que ça ne se cancérisse pas. A ce moment là on va faire ce que tu as proposé après (suture, prélèvements etc...). si c'est un ulcère de l'estomac, vous n'allez pas faire de l'anapath en chirurgie d'urgence donc ce qu'on peut faire c'est une résection chirurgical de l'ulcération pour l'envoyer à l'anapath pour avoir notion de la malignité ou de la bénignité de la lésion. En fonction de ça on complétera le geste à distance une fois que la lésion sera guérie par une gastrectomie avec un curage.*

*? Faut-il une prise en charge immédiate pour un ulcère perforé ?*

→ *oui . Mais il y a une méthode alternative non chirurgical : méthode de Taylor → on met une sonde gastrique en aspiration (à rajouter dans les moyens médicaux). Avec une ATBthérapie on a vu des guérisons spontanées.*

**Traitement chirurgical choisi :**

Suture de la perforation

Prélèvements bactériologiques

Toilette péritonéale abondante au sérum physiologique tiède

*enfin tu aurais pu faire un chapitre surveillance avec les « 6 P » du Pr. De Peretti :*

- *peau → escares*
- *popo → en général après opération, ralentissement du transit intestinal*
- *pipi → infection urinaire (surtout si sonde urinaire)*
- *poumons → infection ou embolie*
- *phlébite → héparine en prévention d'une complication thrombo embolique*
- *psy → surtout patients âgés*

