

 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



SEMIOLOGIE DIGESTIVE



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

POLYCOPIE PREPARE ET ACTUALISE PAR

PR A. ESSAID EL FEYDI

PR M. BENAZZOUZ

PR A. RAJA

PR F ;Z ; AJANA

PR I.BENELBARHDADI

PR W.ESSAMRI

TABLE DES MATIERE

PREFACE	
EXAMEN CLINIQUE EN PATHOLOGIE DIGESTIVE.....	3
LES DOULEURS D'ORIGINE DIGESTIVE	7
NAUSEES- VOMISSEMENTS	11
DYSPHAGIE	15
LE REFLUX GASTRO-OESOPHYGIEN (RGO)	18
LES DIARRHEES	20
SYNDROME DYSENTERIQUE	24
CONSTIPATION.....	26
HEMORRAGIES DIGESTIVES.....	30
LES ICTERES	32
HEPATOMEGALIES	39
L'ASCITE	42
LES EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES EN PATHOLOGIE DIGESTIVE	45

PREFACE

La sémiologie est l'étude des signes ou symptômes des maladies. Elle constitue la base des études médicales .L'étudiant en médecine doit maîtriser cette discipline. Elle contribue au raisonnement médical et a la prise en charge logique, correcte et responsable du malade.

Le polycopié de sémiologie a été revu, corrigé et actualisé.

Ce polycopié est mis a votre disposition pour vous aider a assimiler la sémiologie digestive et faciliter un travail interactif entre l'étudiant et l'enseignant

L'étudiant ne sera interrogé que sur le contenu de ce polycopié

Pr A. ESSAID EL FEYDI

Directeur UPR-HGE

Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat



OBJECTIFS :

- Décrire les signes cliniques (en précisant leurs caractères) dont il faut s'enquérir par l'interrogatoire chez un malade chez lequel on suspecte une affection digestive
- Connaître les signes à rechercher par l'inspection en cas d'affection digestive
- Décrire les données qu'on peut recueillir par la percussion abdominale
- Décrire la technique de palpation abdominale et les renseignements que l'on peut en déduire
- Décrire la technique du toucher rectal et les renseignements que l'on peut en tirer

INTRODUCTION :

L'examen clinique est la pierre angulaire de l'évaluation clinique. Il fait intervenir tous les sens du médecin. Le but est de trouver des signes cliniques objectifs permettant d'aboutir ou de suspecter un diagnostic correct. L'examen clinique doit être complet et comprendra un interrogatoire avec examen physique de l'abdomen et des autres appareils.

I- L'interrogatoire :

- On doit préciser l'origine, la profession et les antécédents personnels du patient aussi bien médicaux, chirurgicaux, gynécologiques que toxiques.
- Antécédents familiaux.
- On doit analyser les signes fonctionnels digestifs ou extra digestifs et ceci en écoutant le patient, mais aussi en lui posant des questions bien précises. Un interrogatoire bien mené comprend toujours quatre questions clés : ou, comment, quand et pourquoi. Ainsi pour chaque signe, on précisera avec détail ses caractères : la date de survenue, le mode de début, l'évolution et les signes associés...

II- l'examen physique :

Il comprend :

- l'examen général
- l'examen de la cavité buccale
- l'examen de l'abdomen avec :
 - inspection
 - palpation
 - percussion
 - auscultation
 - Touchers pelviens notamment le toucher rectal
 - orifices herniaires

L'examen de l'abdomen doit être fait chez un malade mis en confiance et rassuré. Le patient doit être étendu sur le dos (décubitus dorsal), jambes fléchies, tête à plat avec respiration calme. Le médecin doit être à droite du patient, les mains chauffées dans une position lui permettant de faire l'examen sans difficultés. L'examen se fera en lumière de jour.

1- l'examen général :

Au cours de cet examen on apprécie l'état général du patient, on évalue les principales constantes, on cherche une pâleur, un ictère, une cyanose, un amaigrissement, une déshydratation, un œdème des membres inférieurs, des modifications cutanées : vitiligo,

iale, une hyperpigmentation et d'autres anomalies

2-L'examen de la cavité buccale et de la gorge :

L'haleine des patients est importante à préciser notamment l'existence d'un foetor hepaticus. On apprécie l'aspect de la muqueuse buccale et de la langue. La muqueuse peut être rouge vive chez l'éthylique, ardoisée en cas d'insuffisance surrénalienne ou jaunâtre en cas d'ictère surtout en sous lingual. Il faut noter s'il y a des aphtes ou des télangiectasies. On cherche également une glossite (éthylisme, maladie de Biermer) ou une macroglossie (hypothyroïdie). Il faut toujours examiner la gorge à la recherche d'une infection notamment à candida (mycose).

3-L'examen de l'abdomen :

a-Inspection : On cherchera :

- L'existence ou non de cicatrices de laparotomie
- Le caractère normal ou non de la respiration abdominale
- Une distension abdominale, une voussure
- L'aspect de l'ombilic (déplissé ou non)
- Une éventuelle circulation collatérale abdominale
- L'existence d'hernie ou d'éventration

b-Palpation :

L'abdomen doit être palpé dans sa totalité du bas en haut, en laissant la zone douloureuse à la fin. Au début, la palpation doit être superficielle pour apprécier la tonicité musculaire et pour déceler une masse évidente ou une sensibilité. La palpation doit ensuite être plus profonde. Au début, la totalité de la face palmaire des doigts doit être utilisée en faisant de larges mouvements circulaires de la main, si une anomalie est perçue, des petits mouvements avec les doigts pourront être effectués pour mieux délimiter la zone sensible ou la masse trouvée.

Par la palpation, on cherche :

- Une défense : c'est une hypertonie pariétale volontaire induite par le patient qui redoute une palpation douloureuse, qu'on peut vaincre lorsque l'on rassure le patient et lorsqu'on le palpe doucement.
- Une contracture pariétale : c'est un spasme réflexe involontaire des muscles de la totalité de l'abdomen invincible, elle traduit l'existence d'une péritonite.
- Une "douleur au rebond" : Si on maintient une pression douce et permanente sur une zone douloureuse, la douleur disparaît mais si l'on retire brusquement la main jusqu'au dessus de la peau une exacerbation de la douleur apparaît. Cette douleur est très évocatrice une inflammation du péritoine sous jacent.
- l'état :
 - des plis inguinaux (hernies)
 - du pelvis (masse...)
 - des fosses lombaires (palpation bi manuelle) à la recherche d'un contact lombaire.

t préciser son siège, son diamètre, sa consistance, sa plan profond et superficiel, sa surface et ses limites (précises ou non, régulières ou non) et l'état de la peau en regard.

Par la palpation on cherche aussi :

- une hépatomégalie (voir cours sur hépatomégalie)
- une splénomégalie (voir cours d'hématologie)
- un empâtement pouvant être en rapport avec un plastron appendiculaire au niveau de la fosse iliaque droite ou une cholécystite au niveau de l'hypochondre droit.
- une grosse vésicule sous forme de masse rénitente, mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse située au niveau de l'hypochondre droit, en un point juste en dessous du cartilage de la 9ème côte à l'intersection du bord latéral du grand droit et du rebord costal.

c-Percussion :

La main gauche posée à plat sur l'abdomen, les doigts bien tendus, avec le médus de la main droite recourbé en crochet, on percute le médus de la main à plat sur l'abdomen. On peut utiliser deux voire trois doigts pour percuter.

On cherche par la percussion :

- Une sonorité : elle traduit la présence de gaz dans l'intestin.
- Un tympanisme : c'est une exagération de la sonorité qui diffuse à tout l'abdomen, souvent associée à une distension abdominale, elle traduit l'existence d'une occlusion ou une sub-occlusion intestinale.
- Une matité pouvant être fixe, le plus souvent en rapport avec une masse ou décline témoignant de l'existence d'une ascite (voir ascite).

d-Auscultation :

Elle permet d'apprécier les bruits hydro-aériques intestinaux normaux et de détecter des souffles vasculaires.

- En cas de silence abdominal, il faut suspecter un iléus paralytique qui se voit chaque fois qu'il y a une irritation péritonéale : péritonite et en post-opératoire par exemple.
- En cas d'exagération des bruits hydroaériques de l'intestin, il s'agit souvent d'un obstacle sur l'intestin (mouvements de lutte).
- L'existence d'un souffle le long d'un axe vasculaire traduit l'existence d'un anévrysme ou d'une compression vasculaire par des tumeurs ou de sténoses vasculaires.

4-Touchers pelviens :

Le toucher rectal : doit toujours être fait :

- Technique : le malade peut être placé soit en genu-pectoral ou en décubitus dorsal, cuisses bien fléchies sur le bassin.

- L'examen commence toujours par l'inspection de la marge anale à la recherche d'une fistule, d'une fissure anale ou d'hémorroïdes externes. On demande au malade de bien pousser pour mieux examiner la marge anale.

- Le toucher rectal proprement dit est fait par l'index couvert par un doigtier lubrifié, qu'on introduit doucement dans le canal anal. Il faut apprécier la tonicité du sphincter anal. Chez l'homme, on examine la prostate en antérieur. Chez la femme, on examine l'utérus en avant et les paramètres latéralement. En postérieur, il faut apprécier le cul de sac de Douglas. Avant la sortie, il faut faire un tour de 360° et ceci en glissant le doigt sur la muqueuse rectale

sortie, il faut toujours voir la couleur des matières, la
r le doigtier.

Le toucher vaginal : est réalisé pour chercher la présence d'une masse pelvienne, ovarienne ou utérine.

5-les orifices herniaires :

Doivent être examinés à la recherche d'une hernie ou éventration.

L'examen clinique doit toujours être terminé par l'examen des autres appareils.

D'ORIGINE DIGESTIVE

OBJECTIFS :

- Définir et décrire les douleurs d'origine gastrique
- Définir et décrire les douleurs de type biliaire
- Définir et décrire les douleurs de type pancréatique
- Définir et décrire les douleurs de type colique et grêlique
- Définir et reconnaître la douleur péritonéale
- Distinguer les douleurs d'origine proctologique

INTRODUCTION :

Les douleurs d'origine digestive sont un motif de consultation fréquent, de causes variables. Ces douleurs peuvent être aiguës ou chroniques; spontanées ou provoquées, organiques ou fonctionnelles.

L'abord de ces douleurs impose un interrogatoire méticuleux du patient; suivi d'un examen clinique complet et bien mené ; permettant de localiser l'organe lésé, voire d'évoquer le diagnostic.

LES CARACTERES DE LA DOULEUR ABDOMINALE :

L'anamnèse par une enquête soignée, comprenant une analyse complète de la douleur conduit la plupart du temps au bon diagnostic.

1- Début :

Devant toute d'origine digestive, il faut tout d'abord préciser le début progressif (chronique) ou brutal (aigu), puisqu'une douleur digestive aiguë constitue une urgence médico-chirurgicale, parfois même d'origine extra digestive (Infarctus du myocarde, cause gynécologique).

2- Siège (S):

On divise l'abdomen en neuf cadrans. Pour cela, on prend des repères osseux, musculaires et cutanés. Ceci permet souvent de localiser l'organe ou même la partie de l'organe atteint (voir figure).

3- Irradiation (Ir):

Abdomen, dos, ascendente...

Souvent caractéristique et permet d'évoquer le diagnostic, mais peut être trompeuse si elle est atypique ou si elle domine le tableau par son intensité.

4-Type(T):

Crampes, torsion, brûlure, pesanteur, faim douloureuse, colique, coup de poignard ou simple gêne.

5-Intensité (I):

Faible, supportable ou très forte.

Elle permet de se faire une idée approximative sur la gravité de la maladie, mais il faut savoir qu'il n'existe pas de parallélisme entre ces deux paramètres.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

7- Eff :

- Caillants (FC) , ou favorisants (FF) : il peut s'agir de :
- positions: en particulier antéfléchie ou couchée.
 - aliments ou certains repas gras ou copieux.
 - médicaments.
 - vomissements
 - défécation ou simple évacuation de gaz

7-Evolution (E):

Trois notions sont à préciser :

- Allure évolutive de la douleur elle-même : sa durée et son caractère : permanente ou paroxystique.
- Horaire de survenue : post prandiale, rythmée par les repas, nocturne, toute la journée ou sans horaire.
- Evolution au long cours : par périodes (quelques jours à quelques semaines), en fonction des saisons.

8- Signes accompagnateurs(Sa):

Souvent d'un grand secours pour le diagnostic : hémorragies digestives, trouble de transit, signes généraux...

LES PRINCIPALES CAUSES DES DOULEURS D'ORIGINE DIGESTIVE

<u>D. AIGUES</u>	<u>D. CHRONIQUES</u>
Toxi-infection alimentaire	Ulcères G. D
Ulcères gastriques ou duodénaux	Gastrites
Appendicites	Cancers (estomac, pancréas, foie)
Occlusions intestinales	Lithiase biliaire
Cholécystites	Colon irritable
Pancréatites	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
Péritonites	Pancréatites chroniques
Diverticulites	Diverticulose
Abcès	

PRINCIPAUX TYPES DE DOULEURS D'ORIGINE DIGESTIVE :

I- Douleur d'origine gastrique :

* Ulcère gastro-duodéal (UGD) :

- S : épigastrique.
- Ir : postérieure vers le rachis.

- T : Crampes.
- Ir : variable parfois en coup de poignard (perforation)
- Fc : prise d'aliments ou anti-acides.
- Ff : jeun.
- E : rythmée par les repas (survenant 2 à 3 h après ceux-ci).
Possède une périodicité nette dans l'année.
- Sa : parfois hématémèses.

* Gastrite

- S : épigastrique.
- Ir : peu.
- T : brûlures.
- I : variable.
- Fc : pansements gastriques.
- Ff : Aspirine, AINS et aliments acides ou sucrés ou épicés.
- E : survient immédiatement après les repas.
- Sa : vomissement, pyrosis.

* Cancer :

- S : épigastrique.
- T : crampe, torsion ou pesanteur,
- Pas de rythmicité ni de périodicité, quelquefois simule un UGD.

2- Douleur du grêle :

- S : médian, para ombilical.
- T : souvent fait partie d'épisodes sub-occlusifs type syndrome de Koenig : crises de colique avec ballonnement localisé, ondulation péristaltique aboutissant en un point précis, ces crises ou douleurs se calment après débâcle de selles ou débâcle gazeuse.

3-Douleur du colon :

- S : variable sur le cadre colique ; d'un flanc à l'autre, en barre, ou au niveau de l'une ou l'autre des fosses iliaques.
- Ir : dans le dos, ou le long du cadre colique.
- T : colique.
- I : +/- intense assez brève ou de tension abdominale plus durable.
- Fc : émission de gaz et de selles, prise d'anti spasmodiques.
- Ff : absorption de certains aliments.
- Sa : ballonnement et/ou trouble de transit.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4- Douleur ombaire : = colique hépatique

- S : hypochondre droit.
- Ir : en hémi ceinture vers le dos, l'omoplate ou vers l'épaule droite.
- T : souvent torsion, mais également crampe ou broiement.
- I : forte insupportable, elle bloque la respiration.
- Ff : repas gras.
- E : dure plusieurs heures, sans rythmicité ni périodicité.
- Sa : nausées, vomissements, fièvre parfois, des urines foncées voire un ictère.

5- Douleur pancréatique :

- S: épigastrique.
- Ir :transfixiante , dorsale.
- T : crampe ou en barre.
- I : progressivement croissante.
- Fc : l'anté-flexion, la compression abdominale ou par la prise d'Aspirine,
- Ff : repas riche en graisse, alcool.
- E : plusieurs jours voire semaines.
- Sa : diarrhées souvent graisseuses, amaigrissement.

6- Douleur péritonéale :

D'apparition brutale, elle est intense, se généralise rapidement à tout l'abdomen, s'accompagne de signes généraux et d'une contracture abdominale à la palpation.

7- Douleur d'origine proctologique :

a-La fissure anale :

La douleur est souvent de début brutal et intense, déclenchée par la selle accompagnée parfois d'une petite réctorragie. Elle dure souvent une à deux heures et réapparaît après chaque selle.

b-Les hémorroïdes :

C'est une sensation de gêne, pesanteur, gonflement interne; parfois crise aiguë (thrombose hémorroïdaire).

c-L'abcès périanal :

La douleur augmente progressivement d'intensité. Elle est continue, non rythmée par la selle et peut entraîner une insomnie. Le syndrome infectieux associé est d'intensité variable, souvent peu important. La simple incision de l'abcès laisse en général persister une fistule anale.

d-La fistule anale :

Cette lésion est souvent indolore dans l'intervalle des rétentions abcédées, elle peut cependant être la cause d'une gêne locale, d'un prurit.

e-Les névralgies ano-rectales :

Elles sont représentées essentiellement par la névralgie des nerfs honteux internes. Les douleurs sont à type de brûlure, pincement, torsion, pesanteur ou sensation de corps étranger, à début insidieux et déclenchées par la position assise et calmées par la position debout.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

I-Proctalgie fugace :

Elle est, de toute les algies, la seule à être reconnaissable cliniquement. La douleur très souvent nocturne est profonde, à type de crampe, de broiement sans irradiation et de durée brève (quelques secondes à quelques minutes). Les crises sont très irrégulières et ne peuvent survenir parfois qu'une à deux fois par mois ou dans l'année

CONCLUSION

Devant une douleur d'origine digestive, il est important de distinguer entre douleur chronique et douleur aiguë (dont la prise en charge peut être urgente : chirurgicale).

Le recueil des caractères de la douleur digestive doit être systématique et bien conduit car il permet l'approche diagnostique.

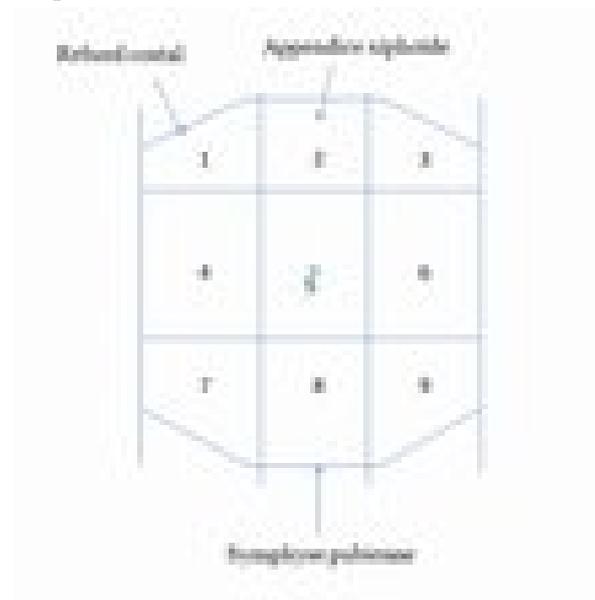


Figure 1 : les différentes régions abdominales

- 1 : hypochondre droit.
- 2 : épigastre.
- 3 : hypochondre gauche.
- 4 : flanc droit.
- 5 : région para ombilicale.
- 6 : flanc gauche.
- 7 : fosse iliaque droite.
- 8 : hypogastre.
- 9 : fosse iliaque gauche.

-VOMISSEMENTS

OBJECTIFS :

- Définir le vomissement
- Connaître les caractères sémiologiques
- Enumérer les causes digestifs et extra-digestifs

DEFINITIONS :

- Le vomissement : C'est le rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac . Il est souvent précédé de nausées .
- La nausée : C'est un phénomène subjectif désagréable provenant du tractus digestif haut, associé à une sensation d'envie de vomir . Elle n'est pas toujours suivie de vomissements .

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE :

A- L'interrogatoire : permet de préciser :

- L'âge,
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux ,
- La prise de médicaments ,
- Des cas similaires dans l'entourage ...

Elle permet également de préciser les caractères sémiologiques des vomissements leur contenu et les signes d'accompagnements.

1- les caractères sémiologiques des vomissements :

- circonstance de survenue.
- date de début : récents ou anciens.
- spontanés ou provoqués.
- minimes ou abondants.
- aigus ou chroniques récidivants.
- leur périodicité, leur rythme dans la journée.
- leur relation avec les repas :
 - le matin à jeun : surtout chez les femmes enceintes ou chez les éthyliques.
 - après les repas : surtout les vomissements post-prandiaux tardifs orientant vers une obstruction gastro-duodénale .
 - au cours des repas : orientant vers une cause psychogène.
- facteurs influençant le vomissement : alimentation, changement de position de la tête.
- le contenu des vomissements :
 - alimentaires : survenant tardivement après les repas, contenant des aliments partiellement digérés, nauséabonds. Ces vomissements orientent vers une sténose pylorique ou duodénale.
 - fécaloïdes : orientent vers une obstruction colique ou une fistule gastro-colique .
 - les vomissements de liquide clair et acide donnant la sensation de brûlure oesophagienne : c'est la pituite du suc gastrique .
 - les vomissements bilieux : se distinguent par leur couleur jaune-verdâtre et leur goût amer . Ils traduisent un reflux anormal de bile dans l'estomac puis dans l'oesophage .
 - les vomissements hémorragiques : nommés hématémèses (voir chapitre hémorragie digestive).

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- douleurs abdominales,
- diarrhée,
- myalgies, syndrome grippal,
- vertiges, céphalées, photophobie,
- troubles de conscience,
- fièvre

its :
certaines causes de vomissements.

B- L'examen clinique :

- Il doit être complet, sans oublier l'examen neurologique et vestibulaire.
- Il permet d'apprécier le retentissement des vomissements sur l'état général : TA, Pouls, état de conscience.
- Rechercher les complications des vomissements :
 - Signes de déshydratation : sécheresse buccale, pli cutané voire pli de dénutrition, tachycardie , hypotension artérielle , oligurie .
 - Des hématuries causées par des fissurations cardiales secondaires aux vomissements répétitifs (Syndrome de Mallory-Wiess) .
 - Broncho-pneumopathie d'inhalation surtout s'il existe des troubles de déglutition ou de conscience.
 - Une rupture de l'œsophage : complication exceptionnelle.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Se pose surtout avec la régurgitation : remontée du contenu oesophagien et/ou gastrique de façon passive , sans effort et sans nausée .

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Peuvent aider au diagnostic. En l'absence d'éléments d'orientation diagnostique , les examens complémentaires initiaux à demander sont :

- Glycémie, ionogramme sanguin avec créatininémie,
- Calcémie,
- HCG,
- Abdomen sans préparation,
- Endoscopie digestive haute.

Les autres examens complémentaires sont demandés en fonction des signes associés.

LES CAUSES DES VOMISSEMENTS :

Elles sont multiples .

A- Causes digestives :

- Les vomissements aigus des gastro-entérites virales, bactériennes, ou dus à une toxi-infection alimentaire.
- Les urgences chirurgicales :
 - péritonite, appendicite ,
 - occlusion intestinale

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Les maladies digestives aigues :
 - pancréatite aigüe ,
 - colique hépatique ,
 - cholécystite aigüe .
- Le reflux gastro-oesophagien , l'oesophagite , l'ulcère oesophagien .
- L'ulcère gastrique et le cancer de l'estomac .

B- Causes extra-digestives :+++

1- neurologiques :

- L'HTIC .
- Les méningites .
- La migraine .

2-Causes labyrinthiques :

- La maladie de Ménière.
- Le mal des transports.

3-Causes métaboliques et endocriniennes :

- La décompensation acido-cétosique du diabétique.
- Une poussée d'insuffisance rénale aigüe.
- Une poussée d'insuffisance surrénale aigüe.
- Les hypercalcémies.
- L'hyperthyroïdie.
- Le syndrome de Zollinger-Ellison.

4-Causes médicamenteuses :

- Surtout les médicaments utilisés en chimiothérapie
- Certains antibiotiques , la digitaline.

5-Causes psychiatriques et psychogènes :

- Anorexie mentale.
- Boulimie.

6-Grossesse :

Les vomissements surviennent généralement durant le premier trimestre de la grossesse .

CONCLUSION :

Un interrogatoire et un examen clinique bien menés permettent une bonne orientation étiologique.

DYSPHAGIE

OBJECTIFS :

- définir la dysphagie
- distinguer la dysphagie organique de la dysphagie fonctionnelle
- énumérer les causes

DEFINITION :

La dysphagie :correspond a la sensation de gêne au passage des aliments, solides et /ou liquides, entre la bouche et l'estomac. Elle peut aller de la simple gêne à l'arrêt total : aphagie. C'est un symptôme fréquent, traduisant une lésion fonctionnelle ou organique au niveau de l'oropharynx, de l'oesophage ou de la partie proximal de l'estomac. .

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

Un interrogatoire soigneux et un examen clinique attentif permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

A- L'interrogatoire

1- l'âge : fixe le contexte +++ .Il faut d'emblée différencier la survenue d'une dysphagie chez un enfant ou un adolescent de celle survenant chez un adulte, ou il faut à tout prix éliminer un cancer.

2- les antécédents :

- intoxication alcoolo-tabagique.
- ingestion de caustiques (accidentelle ou volontaire).
- radiothérapie médiastinale .
- RGO connu et / ou traité.
- antécédents chirurgicaux et ORL.
- tares viscérales .

3- les caractères sémiologique de la dysphagie :+++

a-circonstances de survenue .

b-date de début :

- dysphagie récente : suspecte +++ (cancer de l'oesophage) .
- ancienne .

c-son siège :

- dysphagie haute: le blocage s'effectue au niveau de la région hyoïdienne .
- dysphagie médio-thoracique : le malade montre la région rétro-sternale .
- dysphagie basse : le malade montre le haut du creux épigastrique.

Mais ceci ne présume pas de façon sûre le siège de la lésion.

d-son intensité : il peut s'agir :

- d'une difficulté d'initier la déglutition, nécessitant une extraction alimentaire ou un verre d'eau pour avaler la bouchée.
- d'une dysphagie uniquement aux aliments solides imposant une alimentation mixée ou pâteuse.

l'accrochage ou de blocage des aliments solides et

-d'une dysphagie paradoxale . le blocage est plus marqué pour les liquides que pour les solides .

e-son évolution :

- intermittente ou constante.
- progressive ou rapidement progressive.
- capricieuse : variant selon le type d'aliment.

f-caractère douloureux ou pas de la dysphagie : odynophagie .

g -les signes associés :

- pyrosis , régurgitations .
- douleurs thoraciques ou dorsales.
- toux nocturne .
- hoquet.
- dysphonie ou voix nasonnée .
- des signes généraux : asthénie , anorexie , amaigrissement +++ , fièvre .

B- L'examen clinique :

- il doit rechercher le retentissement de la dysphagie sur l'état général : poids , pli cutané ou pli de dénutrition .
- il doit être complet sans oublier l'examen des aires ganglionnaires cervicales , l'examen de la loge thyroïdienne , un examen ORL et un examen neuromusculaire .

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Dépendent de l'étiologie suspectée d'après l'interrogatoire et l'examen clinique :

- radiographie pulmonaire .
- fibroscopie oeso-gastrique .
- manométrie oesophagienne .
- examen laryngoscopique .
- tomodensitométrie thoracique .
- écho-endoscopie .

LES CAUSES DES DYSPHAGIE :

A-causes oesophagiennes :

1- le cancer de l'oesophage ou du cardia :

- dysphagie : -récente,
- siège à tout l'oesophage,
 - d'abord aux solides uniquement,
 - puis rapidement progressive,
 - amaigrissement important.

2- sténose oesophagienne par reflux : sténose peptique :

- dysphagie :
- déjà ancienne ,
 - généralement basse ,

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- sans amaigrissement net au début (bon état général),
- souvent des antécédents de pyrosis ou de régurgitation anciens.

3- trouble moteur oesophagien type achalasia :

Dysphagie dite fonctionnelle :

- ancienne ,
- généralement basse ,
- aux solides et aux liquides,
- souvent paradoxale ,
- intermittente ,
- capricieuse : peut être provoquée ou aggravée par les aliments chauds ou glacés,
- conservation de l'état général +++

4- autres causes oesophagiennes :

- corps étranger intra-oesophagien .
- tumeurs bénignes de l'oesophage.
- sténose caustique.
- anneau ou membrane de l'oesophage.
- oesophagites infectieuses : tuberculose, mycose, ...

B- causes extra-oesophagiennes :

1-compression extrinsèque de l'oesophage par :

- tumeur médiastinale bénigne ou maligne.
- anévrisme de l'aorte thoracique .

2-causes oropharyngées :

La dysphagie est ressentie comme une difficulté d'initier la déglutition

a-infectieuses :

- angine, pharyngite.
- candidose bucco-pharyngée .

b-neuromusculaires et vasculaires :

- accidents vasculaires cérébraux.
- sclérose latérale amyotrophique.
- maladie de parkinson.
- sclérose en plaques.
- myasthénie.
- myopathies.

c-tumorales : bénignes ou malignes :

- les cancers de la sphère ORL.
- les goitres compressifs.
- le diverticule de Zenker .

CONCLUSION :

La dysphagie est un symptôme fréquent relevant de plusieurs causes et différentes spécialités.
La cause essentielle à redouter chez l'adulte est le cancer de l'oesophage.

ASTRO-OESOPHAGIEN (RGO)

OBJECTIFS :

- définir : le pyrosis et les régurgitations
- connaître les signes extra-digestifs du RGO
- connaître les principaux examens complémentaires à demander

DEFINITION

Le reflux gastro-oesophagien se définit par la remontée passive, involontaire et sans effort du contenu gastrique dans l'oesophage à travers le cardia.

Un RGO physiologique existe chez tous les sujets essentiellement après les repas. Il ne s'accompagne d'aucun symptôme, et n'entraîne, pas de lésion.

Ce reflux devient pathologique quand il est responsable de symptômes oesophagiens ou extra-oesophagiens, de lésions oesophagiennes ou de complications extra-digestives.

Dans ce chapitre, le terme, RGO ne concernera que le RGO pathologique.

SEMILOGIE DU RGO :

Les modes de révélation du RGO sont très variés, et le diagnostic de RGO peut être porté dès l'interrogatoire surtout dans sa forme typique.

A- Symptômes oesophagiens :

1-le maître symptôme, est le pyrosis :

- c'est une douleur épigastrique,
- à irradiation rétrosternale ascendante, pouvant atteindre la région cervicale, quelque fois le dos,
- à type de brûlure ou de chaleur. .
- quand elle est intense elle est ressentie comme douloureuse,
- survenant électivement en période post-prandiale, pouvant parfois réveiller le malade la nuit, surtout après un dîner copieux,
- favorisée par certaines posture : l'antéflexion du tronc(jardinage, laçage des chaussures, prière), le décubitus .
- favorisée par certains aliments : les aliments acides, les graisses, chocolat, caféine, alcool, la menthe, ... ; ou par certains médicaments .

2-La régurgitation :

c'est une remontée du contenu gastrique dans l'oesophage sans effort de vomissement. Elle est faite de liquide acide et chaud donnant une sensation de brûlure de la bouche avec un goût amer. Elle peut être alimentaire.

L'association pyrosis-régurgitation acide, permet de faire cliniquement le diagnostic de RGO.

3-Autres signes digestifs :

Ils sont moins évocateurs du RGO. Il peut s'agir de :

satiété précoce.

-hypersalivation .

B- Les symptômes extra-digestifs :

- les érosions dentaires, les gingivites,
- les irritations pharyngées,
- sensation de corps étranger dans la gorge
- enrrouement chronique,
- dysphonie ,
- toux nocturne chronique, voire asthme .
- douleurs thoraciques pseudo-angineuses.

C- Les symptômes de complication :

Le RGO peut être cliniquement latent et ne se révéler que par une complication (oesophagite peptique et ses complications)

- dysphagie : gêne à la déglutition (voir chapitre : dysphagie) ,
- odynophagie : douleur au passage des aliments dans l'oesophage ,
- hématemèse et/ou méléna (voir chapitre : hémorragie digestive) ,
- anémie ferriprive .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- 1- pH-métrie des 24h : c'est l'examen qui permet de poser le diagnostic de RGO .
- 2- impédence-métrie.
- 3- La FOGD : surtout en cas de suspicion de complication de RGO.

LES CAUSES DU RGO :

-L'hypotonie du SIO : qui peut être due à :

- certains aliments : graisses, chocolat, caféine, menthe, alcool.
- cigarette.
- certains médicaments : théophylline, anticholinergique ,dérivés nitrés, les salicylés.
- la progestérone : elle contribuerait au RGO au cours de la grossesse.
- certains maladies : notamment la sclérodermie généralisée .

-Certaines interventions chirurgicales sur bas oesophage : (cardiomyotomie, oesogastrectomie polaire supérieure ...).

-Les sondes gastriques.

-Hernie hiatale par glissement : à elle seule, elle ne donne pas de RGO sauf si elle est associée à une hypotonie du SIO .

CONCLUSION :

Le RGO est un syndrome fréquent dont les manifestations cliniques peuvent être digestives et/ou extra-digestives.

C'est une affection en règle bénigne, mais pouvant évoluer parfois vers des complications graves.

DIARRHEES

OBJECTIFS :

- Définir une diarrhée aiguë (DA) et une diarrhée chronique (DC).
- Définir DC de malabsorption, ses principales causes, principales explorations à demander .
- Définir DC motrice, ses causes, bilan à demander.
- Définir DC sécrétoire , ses causes.

DEFINITION :

La diarrhée est l'émission quotidienne de selles trop fréquentes (sup ou égale à 3 selles/jour), et/ou trop liquides (poids de l'eau supérieur à 90% du poids des selles), et/ou trop abondantes (supérieur à 300g/jour).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- l'incontinence anale
- Les fausses diarrhées des constipés chroniques.

CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES DIARRHEES AIGUES :

1-Définition :

diarrhées évoluant depuis moins de 3 semaines

2-L'interrogatoire précisera :

- Début qui est souvent brutal.
- Les caractéristiques des selles :
 - aqueuses abondantes
 - glaireuses et/ou sanglantes.
- Les signes accompagnateurs : Nausées, vomissements, douleurs abdominales, fièvre, Asthénie.
- Rechercher la notion :
 - de voyage en zone endémique.
 - des cas similaires dans l'entourage.
 - une prise médicamenteuse.

3-L'examen clinique recherchera les signes de gravité :

- terrain : enfant, vieillard, sujet immunodéprimé.
- Déshydratation : soif, perte de poids, pli cutané, sècheresse des muqueuses, hypotension, tachycardie.
- Syndrome septicémique et collapsus : hypo ou hyperthermie, hypotension, oligurie, marbrures.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

sont :

- la parasitologie,
- La recto-sigmoïdoscopie.

5-Etiologies :

a-diarrhées hydro électrolytiques sont :

- virales (le plus souvent).
- secondaire à une intoxication alimentaire (staphylocoque doré, salmonelle) ;
- bactériennes : E Coli, Cholera.
- dues à un stress.

b-diarrhées glairo-sanglantes sont :

- bactériennes : shigelle, yersiniose...
- post médicamenteuses : antibiotiques (clostridium difficile)..
- ischémiques.

CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES DIARRHEES CHRONIQUES :

1-Définition :

= diarrhées évoluant depuis plus de 1 mois.

2-L'interrogatoire recherchera :

a-dans les antécédents: notion d'intervention chirurgicale, notion de prise médicamenteuse, l'existence d'épisode similaire dans l'enfance, déficit immunitaire.

b-début qui est souvent insidieux, lent ou progressif.

c-les caractéristiques des selles qui peuvent être :

- selles de malabsorption :
- Selles abondantes (bouse de vache),
- Graisseuses (tachent les sous-vêtements, mains graisseuses, selles qui collent).
- Jaunâtres, grisâtres,
- Mal odorantes.

- selles des diarrhées motrices :
- Selles nombreuses,
- Peu abondantes, impérieuses,
- Post prandiales,
- Avec débris alimentaires ou végétaux.

- selles des diarrhées sécrétoires :
- Selles profuses, abondantes, diurnes,
- Persistantes après un jeun.

- selles des diarrhées osmotiques :
- Abondance variable .
- Selles liquidienne, sans horaire particulier
- Cédant au jeun.
- Jamais de sang ni de pus.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- bâtonnement abdominal.
- faux besoin, ténesme.
- signes fonctionnels extra digestifs : manifestations cutanées, articulaires, oculaires, vasomotrices.

3-L'examen clinique :

doit être complet et appréciera le retentissement sur l'état général.

4-Le bilan à demander :

Les examens complémentaires seront demandés en fonction de l'étiologie suspectée

- examens des selles : parasitologie des selles.
- examens de malabsorption : NFS, taux de protide, calcémie, stéatorrhée.
- examen endoscopique.
- examen radiologique.
- biopsie du grêle...

5-Etiologies :

a-Diarrhées de malabsorption :

- atteinte du grêle : maladie cœliaque, maladie de Whipple, lymphomes, lambliaose...
- atteinte du pancréas : pancréatite chronique, cancer du pancréas.
- insuffisance en sels biliaires.

b-Diarrhées motrices :

- endocrinopathies : diabète, hyperthyroïdie.
- tumeur carcinoïde.
- amylose.
- gastrectomie, colectomie.
- syndrome de l'intestin irritable.

c-Diarrhées sécrétoires :

- polypose adénomateuse colique,
- médicaments : colchicine, digitaliques, laxatifs irritants (phénothaléine, anthraquinone...)

d-Diarrhées osmotiques :

- surtout la prise de laxatifs.

CONCLUSION :

Les étiologies des diarrhées aiguës ou chroniques sont très nombreuses. Leur mécanisme est souvent complexe et souvent intriqué.

Un interrogatoire bien conduit et un examen clinique complet permet souvent d'orienter le diagnostic qui sera confirmé par les explorations para cliniques.

Caracteres semologiques des diarrhées chroniques

<p>Diarrhée motrice</p>	<p>-3 à 10 selles/ 24 heures ; essentiellement diurnes (du petit matin) -Présence des débris alimentaires récemment ingérés, jamais de sang ni de pus -Diarrhées impérieuses surtout post- prandiales -Effet bénéfique du jeûne, des freinateurs du transit, du repos -L'état général est rarement altéré</p>
<p>Diarrhée sécrétoire</p>	<p>-Selles souvent très abondantes (500 à 1.000 g/j) uniquement fécales. -La diarrhée persiste avec le jeûne. -Peu de douleurs abdominales, peu ou pas de fièvre. -Les risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie) sont importants.</p>
<p>Diarrhée osmotique</p>	<p>-Abondance variable / la quantité présente d'élément osmotique. -Selles liquides, sans horaire particulier, jamais de sang ni de pus -Cède lors du jeûne, puisqu'il n'y a alors plus d'élément osmotique</p>
<p>Diarrhée de malabsorption</p>	<p>Début progressif. -Les selles sont augmentées de volume, mais la fréquence d'émissions peut être normale. -L'aspect des selles est "stéatorrhéique" : selles grasses, luisantes, collantes, pâteuses, flottantes, laissant des "tâches d'huile" sur le papier ou dans l'eau des WC, de couleur grise ou jaunâtre, d'odeur fétide.</p>

E DYSENTERIQUE

OBJECTFS :

- Définir le syndrome dysentérique.
- Décrire ses différentes caractéristiques.
- Citer ses étiologies.

DEFINITION :

Le syndrome dysentérique se caractérise par de nombreuses émissions généralement afécales, plus ou moins mélangées à du sang, du pus et de faux besoins.

Il traduit la réaction de la cavité rectale à différentes agressions inflammatoires, infectieuses ou tumorales.

SIGNES CLINIQUES :

1-Signes fonctionnels :

ÉLes épreintes :

Ce sont des douleurs violentes qui parcourent le cadre colique, mais prédominant au niveau de la fosse iliaque gauche et se propagent vers l'anus. Elles s'accompagnent d'une envie impérieuse d'aller à la selle.

ÉLes faux besoins :

Ils sont provoqués par des poussées impérieuses et répétées et n'aboutissent qu'à une déjection insignifiante.

ÉLes ténesmes :

Ce sont des sensations de tension douloureuse au niveau de l'anus et de corps étranger intra rectal irradiant plus ou moins vers les organes génitaux et la vessie.

ÉLes évacuations anormales :

Les déjections sont typiquement afécales, la selle peu abondante, étant faite de glaires (excrétas muqueux blanchâtres que l'on compare à du blanc d'uf battu), de pus et de sang. Souvent ces déjections anormales se mêlent à des selles plus ou moins moulées ou alternant avec elles.

Le nombre quotidien des évacuations est très variable, pouvant aller jusqu'à plusieurs dizaines.

2-Signes généraux :

Souvent présents mais à un degré variable : asthénie, fièvre (selon l'étiologie), amaigrissement, déshydratation.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- L'abdomen est souvent douloureux dans son ensemble ; il est parfois ballonné.
- Le toucher rectal -obligatoire- recherchera systématiquement une éventuelle tumeur.

EXAMENS PARA CLINIQUES :

- Rectoscopie .
- Coloscopie ou coloscanner ou lavement baryté.
- Coproculture et parasitologie des selles.

ETIOLOGIES :

- Cancer rectal ou recto sigmoïdien.
- Tumeurs bénignes du rectum.
- Tumeurs villeuses.
- La rectocolite hémorragique , ou maladie de Crohn colique.
- Causes infectieuses : Amibiase intestinale, CMV, Schigellose, yersiniose..
- Rarement : post-radiothérapie, tuberculose rectale, affection du voisinage (salpingo-ovaire, prostatite, cancer envahissant la paroi rectale).

CONCLUSION :

La constatation d'un syndrome dysentérique impose :

- Toucher rectal
- Rectoscopie
- Examen des selles.

CONSTIPATION

OBJECTIFS :

- Définir le terme constipation.
- Enumérer les divers points sur lesquels doit porter l'interrogatoire d'un sujet constipé pour distinguer entre constipation maladie et constipation symptôme.
- porter l'indication d'un ou plusieurs examens complémentaires pour déterminer les étiologies.

DEFINITION :

Sur le plan clinique, la constipation se définit par un nombre de selles inférieur à 3 par semaine avec un poids moyen quotidien des selles inférieur à 35g.

A cet aspect quantitatif il faut ajouter un aspect qualitatif comprenant : émission de selles avec effort, selle dures, évacuation difficile voir douloureuse et sensation d'obstruction anorectale.

PHYSIOPATHOLOGIE :

On distingue deux types de constipation :

1- Constipation maladie :

La plus fréquente, souvent ancienne et isolée. Deux mécanismes en sont responsables soit une anomalie de la progression; c'est le cas de l'inertie colique et du colon spastique soit une anomalie d'évacuation ou dyschésie, et dans ce cas plusieurs mécanismes sont responsables (voir étiologies).

2- Constipation symptôme :

Il s'agit souvent d'une constipation plus ou moins récente, secondaire, relevant ou accompagnant d'autres processus pathologiques.

SIGNES CLINIQUES :

1-Interrogatoire :

Le diagnostic d'une constipation commence par l'interrogatoire qui doit préciser :

-Les antécédents personnels notamment chirurgicaux : chirurgie proctologique, urinaire, gynécologique, ou digestive.

-Antécédents familiaux .

-La date et les circonstances de survenue :

ÉConstipation ancienne, récente, ou récemment aggravée.

Ésurvenue à la suite de changement des conditions de vie et d'hygiène alimentaire.

Éà la suite de prise médicamenteuse.

-La nature des troubles couverts par le mot constipation :

Énombre et aspect des selles;

ÉÉmission de selles avec effort;

ÉSelles dures ou en billes de chèvres;

ale;
Utilisation de main d'œuvre manuelle pour évacuer.

- Traitement suivi notamment la nature des laxatifs utilisés.
- L'existence éventuelle de signes associés :
 - Édouleurs abdominales;
 - Évacuation anormale : sang, glaire;
 - Étatement sur l'état général.

2-Examen physique :

- L'examen de l'abdomen : précise l'état de la paroi abdominale par l'inspection et la palpation avant et après mise en tension de l'abdomen et ceci pour apprécier la musculature abdominale, chercher une hernie ou une éventration.
- L'examen de la région anorectale : et périnéale est une étape importante. L'examen doit être fait en position accroupie lors de la poussée pour chercher un prolapsus rectal ou une ballonnisation périnéale. L'examen en position genu-pectorale cherchera une lésion anale à type de fissure, tumeur ou abcès.
- Le toucher rectal :
 - ÉApprécie la tonicité du sphincter anal
 - Érecherche :
 - * une sténose anale ou rectale
 - * une contracture paradoxale du sphincter anal (anismé).
 - * l'existence de matière chez un malade qui n'éprouve pas le besoin d'aller à la selle, ce qui permet d'évoquer le diagnostic de dyschésie rectale.
 - * Un rectocèle.
- Le toucher vaginal :
chez la femme, recherche des lésions gynécologiques pouvant occasionner une constipation.
- Le reste de l'examen physique doit être complet à la recherche d'une pathologie associée à l'origine de la constipation.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Le but des examens complémentaires est d'éliminer une cause organique de la constipation, et dans le cas où celle-ci est fonctionnelle, le bilan para clinique permettra de distinguer la constipation par anomalie de la progression et celle par anomalie d'évacuation.

1-Bilan initial : visant à éliminer une cause organique :

- ÉAnuscopie
- ÉRectoscopie
- ÉColoscopie ou coloscanner ou lavement baryté
- ÉUn bilan biologique peut être demandé notamment le dosage des hormones thyroïdiennes si une hypothyroïdie est suspectée.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Elles sont demandées en fonction, du contexte clinique, notamment si une constipation fonctionnelle est suspectée et ceci après échec d'un traitement bien conduit. Ce bilan comprend essentiellement la mesure du temps de transit colique complété au besoin par une défécographie et/ou une manométrie anorectale.

ETIOLOGIES :

1-Constipation organique :

1.1-Causes digestives :

Cancer colorectal, tumeurs bénignes colorectales, sténoses coliques ou anorectale, mégacôlon congénital, fissure, séquelles de chirurgie anorectale, compressions extrinsèques.

1.2-Causes endocriniennes et métaboliques :

Éhypothyroïdie
Éhyperparathyroïdie
Éinsuffisance rénale
Éhypokaliémie
Éporphyrie.

1.3-Causes neurologiques et constipation psychogène :

Élysautonomie au cours du diabète et de l'amylose
Émaladie de parkinson
Ésclérose en plaque
Éaccident vasculaire cérébral
Éhumeur cérébrale
Édépression, démence et psychose.

1.4-Médicaments :

Plusieurs médicaments peuvent donner une constipation ex : opiaces, anti cholinergiques, anti convulsivants, neuroleptiques...

2-Constipation maladie :

2.1-Par anomalie de progression : Dans ce cas :

Ésouvent le nombre de selles < 3 par semaine
Éplus au moins ballonnement abdominal
Éplus au moins douleur abdominale
Épas de besoin entre les exonérations
Éselles dures.
Les causes :
* Inertie colique
* Colon spastique

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ce cas :

Difficulté d'évacuation

État TR : matières présentes

Ésouvent utilisation de manœuvre digitale pour évacuer.

Les causes

Éanisme

Émégarectum

Érectocèle

Éprocidence interne du rectum

Éanomalie de la sensibilité rectale

Éplancher pelvien descendant.

HÉMORRAGIES DIGESTIVES

OBJECTIFS :

- 1-Connaître les définitions
- 2-Connaître les prodromes et les signes cliniques de l'hémorragie digestive
- 3-Connaître les étiologies des hémorragies digestives
- 4-Citer la principale méthode d'exploration.
- 5-Citer les diagnostics différentiels.

DEFINITION : perte de sang par le tube digestif.

- Hématémèse
- Méléna
- Réctorragie
- Hémorragie occulte

SYMPTOMES

A/Hématémèse

Vomissement de sang rouge avec ou sans caillot venant de l'œsophage, l'estomac ou le duodénum.

- Prodromes
- *Lipothymies
- *Pâleur
- *Tachycardie
- *Nausées
- *Distension épigastrique
- Hématémèse
- *Vomissements de sang isolé ou mélangé aux aliments
- *Vomissements de sang rouge vif
- *Vomissement de sang noir.
- *Vomissement de sang suivi d'un méléna

B/Hémorragie intestinale :

- Méléna : Emission par l'anus de sang noir, poisseux, d'odeur nauséabonde (goudron).
- Réctorragie : Emission de sang rouge par l'anus.
- Hémorragie occulte : des hémorragies digestives peu abondantes peuvent ne pas modifier l'aspect des selles, se traduisant par une pâleur cutanéomuqueuse.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A/Hématémèse

- Vomissements de couleur rouge (vin, aliments)
- Hémoptysie : sang aéré, effort de toux.
- Epistaxis : sang provient des fosses nasales.

B/Méléna

- Selles noircies par : Fer, charbon,

-Chez la femme : métrorragie, nématose.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Tous doit être mis en œuvre pour trouver la cause de l'hémorragie.

1/Interrogatoire :

- Maladie connue du patient ?
- Antécédents médicaux et chirurgicaux ?
- Signes cliniques accompagnateurs (Médicaments pris : AINS, anticoagulants.
- Thermomètre

2/Examen clinique + Toucher rectal + Pouls + TA

- Hépatomégalie.
- Splénomégalie
- Circulation veineuse collatérale.
- Masse abdominale.
- Tumeur rectale (TR+++)

3/Quelques tests biologiques

- Numération formule sanguine (NFS).
- Taux de prothrombine.
- Groupage.

4/Examen endoscopique : doit être pratiqué en urgence, notamment pour les hémorragies digestives hautes. Il permet le diagnostic et le plus souvent en même temps le traitement de l'hémorragie.

5/Etiologie :

a-Lésions oesogastroduodénales

- Ulcère bulbaire
- Ulcère gastrique
- Hypertension portale : rupture des varices.
- Gastroduodénites (médicaments ..)
- Oesophagites.
- Tumeurs : œsophage, estomac
- Syndrome Mallory-weiss.

b-Lésions grêliques

- Tumeurs : lymphome, polypes.
- Maladies inflammatoires : tuberculose ,maladie de crohn.
- Angiodysplasie.

c-Lésions recto-coliques

- Tumeur : polype,cancer.
- Recto-colites inflammatoires.
 - *Tuberculose
 - *Recto-colite hémorragique

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Colite infectieuse : amibiase
- Angiodysplasie
- Rectite radique
- Ulcération thermométrique.*
- Hémorroïdes.

d-Maladies générales

- Maladies hémorragiques : thrombopénie, troubles hémostasie.
- Maladies vasculaires : Rendu-osler

CONCLUSION

L'hémorragie digestive est une urgence. Le diagnostic étiologique doit être fait de façon précoce (endoscopie +++)

S ICTERES

OBJECTIFS :

- Mener un interrogatoire et un examen minutieux devant un ictère
- Caractères sémiologiques cliniques et biologiques de l'ictère choléstatique
- Caractères sémiologiques cliniques et biologiques de l'ictère hémolytique
- Citer leurs causes

DEFINITION

L'ictère, appelé également « jaunisse » est un symptôme qui se traduit cliniquement par une coloration jaune des conjonctives et/ou de la peau et des téguments . Cet ictère correspond à la majoration anormale du taux de la bilirubine dans le sang au-delà de 25 micromol/l .

A- L'INTERROGATOIRE :

Doit préciser :

1-Les antécédents :

- intervention chirurgicale
- prise de médicaments notamment hépato-toxiques, éthylisme chronique
- notion de transfusion, de toxicomanie, de tatouage, d'hémodialyse, etc .
- consommation de crustacés, de fèves, etc .

2-Le mode d'installation de l'ictère :

- aigu, progressif, intermittent
- précédé d'un syndrome grippal
- ou précédé de signes de choc

3-L'intensité de l'ictère :

- léger ou subictère : il s'apprécie à la lumière du jour surtout au niveau des conjonctives et la face inférieure de la langue
- ictère franc : la couleur jaune se voit au niveau de la peau et des conjonctives
- ictère intense : le malade a une couleur vert-foncé

4-Les signes associés à l'ictère :

- l'ictère peut être nu ou associé à d'autres signes à type de :
 - coliques hépatiques, de fièvre (triade de Villard)
 - urines normocolorées ou foncées
 - selles normocolorées ou blanches
 - prurit
- signes de cholé stase : -stéatorrhée accompagnée d'amaigrissement
 - xanthomes sous cutanés
 - troubles en rapport avec la malabsorption des vitamines liposolubles :
 - syndrome hémorragique (vit K), ostéomalacie (vit D), trouble de la vision nocturne (vit A)

B- L'EXAMEN CLINIQUE :

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

cholite

-rechercher des signes de retentissement de la choléstase

2-Inspection : apprécie :

- L'intensité de l'ictère
- La pâleur cutanéomuqueuse si elle existe
- L'état cutané : cvc, érythrose palmaire, angiomes stellaires, lésions de grattage
- Distension abdominale

3-Palpation et percussion : recherchent :

- L'état du foie : -son volume (FH)
 - sa surface
 - son bord antérieur
- L'état de la vésicule biliaire :
 - VB palpable : grosse vésicule (loi de Courvoisier-Terrier , syndrome de Mirizzi)
 - VB non palpable
- L'état de la rate : SMG ou pas
- Une ascite
- Des adénopathies périphériques

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A-BIOLOGIQUE :

- NFS
- Taux de réticulocytes
- Fer sérique
- Transaminases, PAL, GGT, bilirubine
- Electrophorèse des protides
- Autres : sérologies virales ; marqueurs d'auto-immunité, í

B-MORPHOLOGIQUE :

1-Echographie abdominale : permet l'étude : +++

- des voies biliaires intra et extra-hépatiques :
- du foie : ses contours et sa structure
- de la vésicule biliaire, du pancréas
- de la présence ou non d'une ascite, des adénopathies profondes

2- Autres : en fonction des orientations cliniques :

- Echo endoscopie , CPRE
- Tomodensitométrie abdominale , Bili-IRM
- Ponction biopsie du foie

TYPES D'ICTERES ET LEURS CAUSES

Au terme de cette démarche clinique et paraclinique, deux grands types d'ictère sont à connaître à savoir : ictère de type hémolytique et ictère de type choléstatique .

A- ICTERE TYPE HEMOLYTIQUE :

1-Clinique :

- L'ictère est modéré, n'est jamais intense +++ , pas de prurit +++
- Les urines sont claires , les selles sont normocolorées
- Signes associés : -un syndrome anémique, une splénomégalie

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

s ont en commun les caractères biologiques suivants :

- Hyperbilirubinémie principalement non conjuguée +++
- Le reste du bilan hépatique est normal +++
- Anémie macrocytaire régénérative , Fer sérique augmenté
- 3- Causes :** Toutes les anémies hémolytiques :
- Anomalies corpusculaires :
 - Anomalies de membrane : sphérocytose
 - Déficit enzymatique : G6PD
 - Anomalies de synthèse de la globine : thalassémie, drépanocytose
- Causes extra-corpusculaires :
 - Incompatibilité transfusionnelle
 - Anémie hémolytique auto-immune
 - Septicémies, í

B- ICTERE TYPE CHOLESTATIQUE :

1-Clinique :

- Ictère est franc voire intense
- Les urines sont foncées
- Les selles sont décolorées « blanches », grasses (stéatorrhée)
- Le prurit est inconstant, mais peut précéder l'ictère ou suivre l'ictère
- Les autres manifestations cliniques s'observent au cours des ictères prolongés : syndrome hémorragique, ostéomalacie, trouble de la vision nocturne par malabsorption respectivement de vit K, vit D et vit A ; hépatomégalie ; xanthélasma ; xanthomes ; amaigrissement
- L'examen clinique , en fonction de la cause , peut trouver : un foie dur cirrhotique ou une vésicule palpable í .

2-Biologie :

- Hyper bilirubinémie essentiellement de la bilirubine conjuguée
- Augmentation du taux des phosphatases alcalines, de la gamma glutamyl transférase, de la 5αnucléotidase
- Augmentation du cholestérol total
- Autres perturbations biologiques en fonction de la cause : cytolyse et/ou insuffisance hépatocellulaire : en cas de causes intra-hépatiques

3- Causes : intérêt de l'échographie : L'étape essentielle est de différencier :

- une choléstase extra-hépatique, secondaire à un obstacle sur la voie biliaire principale
- d'une choléstase intra-hépatique secondaire à une affection des hépatocytes ou à une obstruction des voies biliaires intra-hépatiques, d'où l'intérêt de l'imagerie (échographie en premier ++++)

a-Ictères par choléstase exta-hépatique :

- Cancer de la tête du pancréas : ictère intense constant avec prurit et amaigrissement. La palpation d'une grosse vésicule permet pratiquement d'affirmer le diagnostic
- Les cancers des voies biliaires : se présentent souvent comme un cancer de la tête du pancréas
- Ampullome vaterien : souvent l'ictère est variable parfois associé à une angiocholite et à un syndrome hémorragique

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

l'ictère a un caractère variable avec succession

-Autres : obstacles parasitaires (kyste hydatique), pancréatite, compression extrinsèque de la voie biliaire par des adénopathies

b-Ictères par choléstase intra-hépatique :

-Par diminution de la formation de la bile du fait d'une atteinte des hépatocytes :

-Les hépatites aiguës virales, médicamenteuses ou alcooliques

-Les cirrhoses

-Par obstruction des voies biliaires intra-hépatiques :

-Les cancers primitifs ou secondaires du foie

-La cirrhose biliaire primitive

-La cholangite sclérosante

-La choléstase gravidique : peut survenir au troisième trimestre de la

grossesse, í ..

CONCLUSION

Le diagnostic d'ictère est avant clinique. La démarche diagnostique doit rester pragmatique : un interrogatoire et un examen clinique minutieux, permettent une bonne orientation étiologique .

TOMEGALIES

OBJECTIFS :

- Différencier, par les caractères cliniques, les types d'hépatomégalias.
- Reconnaître les principaux examens complémentaires pour asseoir le diagnostic.
- Décrire les différentes étiologies.

DEFINITION :

L'hépatomégalie est définie par une augmentation du volume du foie. Elle signe l'existence d'une hépatopathie le plus souvent, dont le diagnostic étiologique nécessite l'aide d'examens complémentaires.

DIAGNOSTIC POSITIF :

Repose sur les données de l'examen clinique. Celui-ci est réalisé de façon rigoureuse chez un sujet étendu sur un plan horizontal, en décubitus dorsal, les membres inférieurs en flexion. Le tronc et l'abdomen découverts, l'examineur étant à droite du malade.

À l'inspection : l'hépatomégalie se manifeste par une voussure au niveau de l'hypocondre droit ou un évasement de la base du thorax.

La percussion doit être douce, avec les mains de l'examineur réchauffées. La main gauche, doigts écartés et tendus, est posée à plat contre la paroi de l'abdomen. Le médius de la main droite recourbé, percute la face dorsale des doigts de la main gauche. La percussion se fait de haut en bas, à partir de la clavicule, sur la ligne medio-claviculaire après la sonorité pulmonaire normale, on perçoit la matité hépatique. La limite entre la zone sonore pulmonaire et la zone mate hépatique correspond au bord supérieur du foie. On percute ensuite de bas en haut la limite entre zone sonore du colon et la matité hépatique, qui détermine la limite inférieure du foie.

La palpation : peut se faire selon deux techniques

-La première où l'examineur est à la hauteur de l'épaule du patient, la main posée sur la paroi abdominale. Les extrémités des doigts recourbés en croche, cherchent à accrocher le bord inférieur du foie, lors des inspirations profondes.

-Au cours de la deuxième technique, l'examineur est à la hauteur du bassin du patient et pose sa main à plat sur la paroi abdominale, au niveau de la F.I droite, remonte sa main en cherchant à sentir le bord inférieur du foie.

La palpation permet de situer le bord inférieur du foie, la sensibilité, la consistance, la régularité, le reflux hépato-jugulaire.

L'auscultation : permet de rechercher un souffle, ou une expansion systolique.

Les caractères de l'hépatomégalie sont ainsi précisés :

-La flèche hépatique est calculée à partir de la distance entre la limite supérieure et la limite inférieure, le long de la ligne médio-claviculaire. Elle ne dépasse pas 11 cm.

-Le bord inférieur non palpable, qui se confond avec la limite des côtes, ou bien à la limite du bord inférieur qui est mou, régulier et légèrement sensible, chez le sujet normal. Il peut être dans les cas pathologiques, ferme, dur, irrégulier ou tranchant.

rière et élastique. Elle peut devenir irrégulière dure et

-La sensibilité : le foie normal est indolore. Il peut devenir douloureux, parfois de façon exquise.

-La consistance du foie normale est molle, alors qu'elle est ferme, dure voire pierreuse dans les cas pathologiques.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1-Ptose du foie : la flèche hépatique est normale.

2-Lobe de Riedel : il s'agit d'un prolongement inférieur du lobe droit.

3-Gros rein droit : le contact lombaire, la présence de signes urinaires, voir les données de l'échographie et de l'UIV permettent de trancher.

4-Masse de l'angle colique droit : le diagnostic est redressé devant la présence de signes coliques cliniques et para cliniques.

5-Grosse vésicule, tumeur gastrique, affection pancréatique, pariétale...

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Repose sur les données de l'examen clinique et des examens complémentaires (biologiques et morphologiques).

1- L'interrogatoire :

Précise les antécédents familiaux et personnels, maladie générale, néoplasique, ou cardiovasculaire, ictère, transfusion sanguine, toxicomanie, prise médicamenteuse, âge, profession, consommation alcoolique.

2- L'examen clinique :

Recherche un ictère, des signes d'insuffisance hépatocellulaire (angiomes stellaires, érythrose palmaire, encéphalopathie hépatique), des signes d'hypertension portale (splénomégalie, circulation veineuse collatérale), une ascite, des signes d'insuffisance cardiaque droite.

3- Les examens biologiques : à la recherche de :

-Une cytololyse : ASAT, ALAT.

-Une cholestase : phosphatases alcalines, gamma GT, bilirubine.

-Une insuffisance hépatocellulaire : taux de prothrombine, albumine, facteur V

-Autres : fonction du contexte clinique.

4- Les explorations morphologiques :

Le temps capital est l'échographie précisant le caractère homogène ou hétérogène du foie, l'aspect des voies biliaires intra et extra-hépatiques (dilatées ou non), l'aspect de la vésicule biliaire, les anomalies vasculaires (branches portales, tronc porte, veines sus-hépatiques), l'aspect du pancréas, de la rate, l'existence d'une ascite.

La tomographie, l'imagerie par résonance magnétique, seront demandées en fonction du contexte clinique et des données de l'échographie

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- soit HMG, soit foie atrophique ou foie dysmorphique.
- Bord antérieur tranchant.
- Surface irrégulière, nodulaire .
- Non douloureuse.
- Associée à des signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale.

b-Foie cardiaque :

- Hépatomégalie homogène.
- Bord antérieur mousse voire ferme.
- Surface lisse, consistance ferme.
- Douloureuse.
- Associée à une turgescence spontanée des jugulaires, un reflux hépato-jugulaire, des œdèmes des membres inférieurs, une ascite et l'échographie montre une dilatation des veines sus-hépatiques.
- Avec le traitement, elle change de volume, on parle de « foie accordéon »

c-Foie tumoral :

- Existe des antécédents de cancer, principalement digestif.
- Hépatomégalie dure, pierreuse.
- Bord antérieur dur et irrégulier.
- Surface : multi nodulaire, le foie est dit « marronné».
- Non douloureuse.

d-Foie de cholestase :

- Le foie : de volume normal ou HMG
- Surface régulière, de consistance ferme.
- Bord antérieur mousse.
- Associé souvent à un ictère ou avec à une cholestase biologique.

e-Autres causes :

-Infections :

- Hépatites virales.
- Abscesses bactériens ou parasitaires : le foie est ferme, à bord antérieur mousse, à surface régulière, mais très douloureux à la palpation+++ , avec présence de signe de Lœbranchement : on pose la main droite sur la surface du foie, et avec le bord cubital de l'autre main, on donne un coup sec, il réveille alors une douleur vive.

-Kyste hydatique.

-Syndrome myélo prolifératif : souvent splénomégalie ou adénopathies associées .

-Foie de surcharge : Hémochromatose, Maladie de Wilson, maladie de Gaucher.

-Granulomatose.

CONCLUSION

L'hépatomégalie est un grand signe d'expression de la pathologie du foie. Devant une hépatomégalie, le diagnostic peut être aisé sur les données de la clinique, et des examens biologiques, mais le plus souvent, il faudra s'aider d'examens morphologiques au premier rang des quels se situe l'échographie.

L'ASCITE

OBJECTIFS :

- Décrire les caractères cliniques pour identifier une ascite.
- Pratiquer une ponction d'ascite.
- Apprécier les caractères biologiques du liquide d'ascite .
- Reconnaître les différentes étiologies.

DEFINITION :

L'ascite est définie comme un épanchement liquidien intrapéritonéal. Les hémopéritonées et les cholépéritonées étant exclus.

DIAGNOSTIC POSITIF : (ascite de moyenne abondance) :

1-Mode d'installation :

L'ascite peut s'installer insidieusement, en plusieurs jours ou semaines, souvent précédée d'un météorisme abdominal. Parfois, l'ascite se développe rapidement à cause d'un facteur déclenchant.

A cette augmentation de volume de l'abdomen peut s'associer d'autres signes :

- Anorexie contrastant avec la prise pondérale.
- Dyspnée (si ascite abondante ou épanchement pleural associé)
- ŕèmes des membres inférieurs
- D'autres signes peuvent être retrouvés en fonction de l'étiologie.

2-Examen clinique :

Inspection :

- Abdomen distendu, augmenté de volume, peau lisse, tendue, avec un ombilic déplié.
- Hypotonie des muscles abdominaux ==> aspect étalé en « batracien » de l'abdomen en décubitus dorsal.
- Saillie d'une hernie inguinale, crurale ou ombilicale.

Percussion : Elle met en évidence une matité ayant les caractéristiques suivantes :

- Matité déclive et mobile des flancs et de l'hypogastre
- Concave vers le haut
- Associée à une sonorité centrale ou péri-ombilicale

Palpation : permet de trouver deux signes :

- Le signe du glaçon : la dépression brusque de la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre droit refoule le foie qui donne un choc en retour.
- Le signe du flot : transmission abdominale liquidienne d'une onde de propagation créée par chiquenaude sur le flanc opposé.

Les touchers pelviens :

- Toucher rectal : le cul de sac de Douglas est rénitent et bombé sous l'effet de la pression liquidienne abdominale.
- Toucher vaginal : l'utérus est anormalement mobile et les culs de sac sont rénitents.

Dans les cas où l'ascite est de grande abondance, l'abdomen est distendu, peau tendue, amincie et l'ombilic est éversé. A la palpation, le foie et la rate ne sont pas palpables et à la percussion de l'abdomen est mat dans sa totalité.

ce, la percussion permet de suspecter son existence en 1 niveau des flancs sur un malade en décubitus latéral, sinon c'est l'échographie qui l'a mis en évidence.

3-Examens complémentaires :

- Radiographie de l'abdomen sans préparation : peut montrer un élargissement de l'espace inter-anse et une teinte grise claire de l'abdomen.
- Radiographie du poumon : peut trouver un épanchement pleural associé.
- Echographie abdominale : permet de trouver les ascites de faible abondance, de guider la ponction et de rechercher d'autres signes pour orienter l'étiologie.

4-La ponction d'ascite exploratrice :

Technique :

L'asepsie doit être rigoureuse. Après désinfection large de la paroi abdominale, l'aiguille est introduite à l'union des 2/3 externes de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Examen macroscopique :

Souvent le liquide est jaune citrin, il peut être trouble (infection), hémorragique (néoplasie), chyleux (origine lymphatique).

Examen biochimique :

Le taux de protéides dans le liquide d'ascite permet la distinction entre transsudat (Protéides < 25g/l) et exsudat (> 25g/l). La teneur en lipides si ascite chyleuse => triglycérides > 1g/l.

Etude cytologique :

Le liquide d'ascite comporte moins de 200 éléments par mm³ dont moins de 10% de Polynucléaires neutrophiles.

Bactériologie : avec examen direct et culture.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

L'ascite ne doit pas être confondue avec :

- Un kyste de l'ovaire volumineux, dont la matité est fixe à concavité inférieure.
- Un globe vésical : matité fixe centrale à concavité inférieure.
- Une grossesse.
- Obésité.

ETIOLOGIES :

1-La cirrhose hépatique :

- C'est la première cause d'ascite.
- Le liquide d'ascite est souvent jaune citrin, pauvre en protéides, pauvre en cellules.
- L'examen trouve en plus un foie à bord antérieur tranchant avec signes d'insuffisance hépatocellulaire et/ou d'hypertension portale.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- Le liquide d'ascite est citrin, riche en protéides et riche en cellules lymphocytaires.
- Le contexte clinique peut aider au diagnostic : existence d'autres foyers tuberculeux, notion de contagio tuberculeux et signes de présomption tuberculeux.
- Mais, l'examen clé au diagnostic est la laparoscopie (présence de granulations péritonéales blanchâtres en tête de pingle).

3-Les ascites néoplasiques :

Les principales causes sont :

- Cancers digestifs
- Les tumeurs ovariennes
- Les tumeurs hépatiques

Le liquide peut être :

- citrin ou hémorragique,
- riche en protéines, et riche en cellules avec parfois présence de cellules néoplasiques.

La laparoscopie est indiquée en cas de suspicion de cancer primitif (Mésothéliome) ou en cas de carcinose dont le cancer primitif n'est pas connu.

4-Ascite des maladies cardiaques :

Se rencontre essentiellement dans l'insuffisance ventriculaire droite (cœur pulmonaire chronique, péricardite chronique constructive).

Dans ce cas, l'ascite est associée à des signes d'insuffisance cardiaque droite.

Le diagnostic est confirmé par l'échographie abdominale et surtout par l'échocardiographie.

5-Les autres causes sont rares :

- Affections pancréatiques (pancréatite chronique)
- Syndrome de Budd-chiari
- Hypo-albuminémie (syndrome néphrotique par exemple)
- Ascite chyleuse par obstacle lymphatique
- Syndrome de Demons Meigs avec pleurésie droite et tumeur bénigne de l'ovaire.

CHAPITRE 10. LES EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES EN GASTROLOGIE DIGESTIVE

OBJECTIFS :

- Reconnaître les différentes explorations digestives (biologiques, endoscopiques, radiologiques).
- Définir leurs indications.

INTRODUCTION :

Toutes ces explorations sont un complément de l'examen clinique et ne peuvent en aucun cas remplacer celui-ci. Ces explorations peuvent être biologiques, endoscopiques anatomopathologiques, ou radiologiques, et c'est le contexte clinique qui déterminera le type d'examen à demander.

EXPLORATIONS BIOLOGIQUES :

1-Tests hépatiques :

Ces tests sont de deux types :

- Non spécifiques, permettant de dire s'il y a ou pas une maladie du foie.
- Spécifiques, permettant de préciser la nature de l'hépatopathie sous jacente.

1.1-Tests hépatiques non spécifiques :

-La bilirubine :

La bilirubine totale est inférieure à 15 mg/l.

La bilirubine non conjuguée est inférieure à 10 mg/l

La bilirubine conjuguée est inférieure à 5 mg/l

L'ictère devient détectable si la bilirubine totale dépasse 15 mg/l. Cette augmentation peut se faire au dépend de la bilirubine non conjuguée ou conjuguée. Les étiologies des ictères à bilirubine non conjuguée et conjuguée seront vues dans le chapitre des ictères.

-Transaminases sériques :

Deux types : Alanine aminotransférase (ALAT)

Aspartate aminotransférase (ASAT)

Ces deux enzymes sont contenues en abondance dans le foie et dans le muscle : la concentration de l'ALAT est plus élevée au niveau du foie, que celle de l'ASAT. au niveau du muscle la situation est inversée. Les valeurs normales de l'ALAT et l'ASAT sériques sont variables en fonction des laboratoires (20-50 UUI). Toute nécrose hépatique entraîne une augmentation des transaminases. Cette nécrose peut être d'origine virale, médicamenteuse, toxique ou ischémique.

Si la nécrose est aigue l'élévation des transaminases dépasse 10 fois la normale. Si la nécrose est chronique l'augmentation est plus modérée.

Les autres causes d'augmentation de transaminases :

- infarctus du myocarde (surtout ASAT)
- cholestase
- pancréatites aiguës
- rhabdomyolyse (surtout ASAT)

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

peuvent être augmentées en cas de :

- cholestase intra ou extrahépatique.
- affections osseuses.

-La gamma glutamyl transférase (gamma G.T) :

Normalement inférieure à 50 UI/l.

Les principales causes de l'augmentation de la gamma G.T. sont :

- cholestase
- alcoolisme
- hépatites médicamenteuses
- nécrose hépatique
- stéatose hépatique
- hyperthyroïdie

-Albumine et gammaglobuline sérique :

Chez le sujet normal l'albumine représente 55 % des protéides sériques avec un taux de 45g/l. L'albumine est diminuée en cas d'insuffisance hépatocellulaire et en cas de malabsorption, malnutrition, syndrome néphrotique, et entéropathie exsudative.

Les gammaglobulines représentent 18 % des protéides sériques, leur taux est de 13.5 g/l. Les gammaglobulines sont augmentées dans la plus part des atteintes hépatiques chroniques notamment en cas de cirrhose ou on trouve un bloc bêta-gamma.

-Le taux de prothrombine (T.P) ou temps de Quick :

Le foie synthétise les facteurs de coagulation, dont certains sont vit K dépendant (II, VII et X) et d'autres non (V, I, IX). Le taux de prothrombine explore la voie extrinsèque de l'hémostase (voir hématologie). Normalement il est de 70-100 %. Ce taux mesure le fibrinogène, la prothrombine, les facteurs V, VII et X.

Il est diminué dans les insuffisances hépatiques et en cas de déficit en vit K. L'administration parentérale de vit K ne corrige pas l'allongement du temps de Quick en cas d'insuffisance hépatocellulaire, mais le corrige en cas de cholestase. Le dosage du facteur V est diminué en cas d'insuffisance hépatique mais reste normal en cas de cholestase.

1.2-Tests hépatiques spécifiques :

-Marqueur viraux :

Hépatite A : anticorps anti HVA Ig M et Ig G

Hépatite B : Ag HBs et anticorps anti HBs Anti HBc Ig M et IgG.
Ag HBe et anti HBe

Hépatite C : anti HCV

Hépatite E : anti HVE

Hépatite D : anti HVD Ig G

On peut aussi chercher s'il y a une multiplication virale par polymérase chaîne réaction (PCR) quantitative en temps réel.

-Recherche d'auto anticorps :

Anticorps antimitochondries en cas de cirrhose biliaire primitive. Anticorps Anti muscles lisses, anti LKM1, anticorps antiSLA, antinucléaires en cas d'hépatites auto immunes.

maladies métaboliques :
par exemple.

-Bilan lipidique : dosage des triglycérides et du cholestérol (NASH).

-Marqueur tumoraux :

Alpha foetoprotéine pour le cancer primitif du foie.

-Les marqueurs non invasifs :

permettent d'apprécier le degré de fibrose et d'activité au cours d'une hépatopathie (fibrotest, actitest, fibromètre, hépascore, fibroscan).

2-Estomac :

Pour rechercher une infection à *helicobacter* au niveau gastrique on pourra demander : Un test respiratoire ou la recherche d'Ag *Helicobacter* dans les selles et rarement par PCR . La sérologie peut être demandée dans certains cas, mais une sérologie positive ne signifie pas toujours infection active.

La recherche est souvent faite sur prélèvement biopsique perendoscopique. On peut aussi faire la culture pour tester la sensibilité de l'*helicobacter* aux différents antibiotiques.

3-Grêle :

Ce sont essentiellement des tests de malabsorption surtout non spécifiques . Ces tests : NFS, fer sérique, ferritinémie, bilan phosphocalcique, albuminémie, recherche de stéatorrhée.

4-Colon et rectum :

- coproculture
- parasitologie des selles.

Elles sont demandées essentiellement devant une diarrhée.

- ACE est un marqueur tumoral des cancers colorectaux
- test Hemocult pour rechercher du sang dans les selles.

5-Pancréas :

C'est essentiellement le dosage de la lipasémie et la recherche de stéatorrhée, qui peuvent être augmentés en cas de pancréatite aiguë ou chronique. ACE et CA19-9 sont des marqueurs tumoraux du pancréas.

LES EXPLORATIONS ENDOSCOPIQUES :

1-Généralités :

C'est l'ensemble des examens au cours desquels on introduit un tube, muni d'un système d'optique et d'un système d'éclairage dans un organe creux : le tube digestif, cavité péritonéale.

Deux types d'appareil :

- Souple : Fibroscope utilisant des faisceaux de fibre optique.
Vidéo endoscope : l'appareil est muni d'une caméra miniaturisée.

- Rigide : laparoscopie, rectoscopie.

L'endoscopie permet de faire le diagnostic des lésions. Elle permet également de faire des actes thérapeutiques.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Endoscopie oeso-gastroduodénale

- But : Exploration du tractus digestif supérieur
- Technique : patient à jeun Prémédication si nécessaire

-Indications :

- 1-Dysphagie (voir cours sur dysphagie)
- 2-Symptomatologie évoquant le reflux gastro-oesophagien (complicé)
- 3-Douleur épigastrique
- 4-Syndrome anémique
- 5-Syndrome dyspepsique
- 6-Hémorragie digestive haute
- 7-Hypertension portale
- 8-Estomac opéré
- 9-Ingestion des caustiques

- Indications thérapeutiques :

- 1-Extraction de corps étrangers
- 2-Pose de prothèse
- 3-Gastrostomie d'alimentation
- 4-Polypectomie
- 5-Traitement des lésions hémorragiques : varices, ulcère ...

3-Endoscopie digestive basse :

a-But : explorations du recto-colon jusqu'à la dernière anse iléale.

b-Matériel : on dispose :

- Anuscope
- Rectoscope rigide
- Rectosigmoidoscope souple
- Coloscope

c-Techniques :

La préparation est la condition sine qua non pour pouvoir réussir l'exploration correctement.

Le segment qu'on veut explorer doit être propre.

-Anuscopie et rectoscopie rigide :

- o Position genu-pectorale
- o Bon éclairage
- o Indications : sont très larges :
 - Tout symptôme ano-rectal
 - Toute émission anormale : sang, pus, glaire ...
 - Tout trouble du transit

C'est le meilleur moyen pour faire le diagnostic des pathologies ano-rectales.

-Fibrosigmoidoscopie :

- o But : exploration dans le même temps du rectum, sigmoïde et la partie basse du colon gauche.
- o Indication : devant tout symptôme en rapport avec une éventuelle atteinte recto-sigmoïdienne.

de colique dans sa totalité jusqu'au coecum.

o Technique :

Le colon doit être parfaitement vide (propre)

Le malade doit être à jeun car la prémédication est souvent nécessaire

o Indications : la coloscopie doit être faite en première intention puisqu'elle permet de détecter les lésions et de réaliser des biopsies devant :

-Suspicion de tumeur : cancer, polype

-Colites inflammatoires : voir le type des lésions (à dème, érythème, ulcération, ulcère, espace de muqueuse saine, saignement) et leur étendue

-Thérapeutiques : Polypéctomie, hémostase des lésions saignantes (coagulation au plasma d'argon), pose de prothèses

-Surveillance : affections susceptibles de dégénérer, après résection de tumeur.

4-Entéroscopie :

Munie d'un simple ballon ou d'un double ballon, elle permet d'explorer directement la muqueuse grêle soit par voie haute (à travers la bouche) soit par voie basse (à travers l'anus). Elle permet de pratiquer des biopsies, et des actes thérapeutiques notamment la coagulation des lésions saignantes, dilatation de sténoses, résection de polypes

Indications : tumeurs, sténoses, anémie chronique, saignements, polypes

5-vidéocapsule :

Après avoir avalé une capsule munie d'une minicaméra et l'avoir récupéré dans les selles, celle-ci est traitée par un logiciel qui permet de fournir des images de différents segments du grêle.

La principale indication est le saignement dont l'origine n'a pu être détectée par les moyens d'endoscopie classique.

6-Echo-endoscopie :

Son Principe consiste à coupler l'échographie à l'endoscopie. Une sonde miniaturisée est placée à l'extrémité distale d'un endoscope. La sonde d'échographie est introduite au contact du segment du tube digestif ou du viscère à étudier.

Indications :

-Evaluation de l'extension locorégionale et surveillance post-opératoire des cancers de l'oesophage, cardia, estomac et rectum .

-Exploration des tuméfactions sous muqueuses

-Pathologie bilio-pancréatique (lithiases, tumeurs).

-Bilan des troubles moteurs de l'oesophage

-Permet de faire des cytoponctions à visée diagnostique

7-CPRE :

cathétérisme papillaire rétrograde endoscopique : indication thérapeutique dans les lithiases biliaires, pose de prothèse biliaire ou pancréatique

DIAGNOSTIC PATHOLOGIQUE :

Avec le développement de l'endoscopie, tous les segments du tube digestif peuvent être explorés avec possibilité de faire des biopsies pour étude anatomopathologique.

* La ponction biopsie du foie (PBF) consiste à retirer un petit fragment de parenchyme hépatique au moyen d'une aiguille spéciale. Elle peut être faite par voie transpariétale sous échographie ou non, sous laparoscopie ou par voie transjugulaire.

Les principales indications de la PBF :

- hépatites chroniques
- cirrhoses du foie
- tumeurs du foie
- cholestase intra hépatique
- les surcharges hépatiques.

Les contre-indications de la PBF transpariétale : troubles d'hémostase.

EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES :

1-Echographie abdominale :

L'échographie est le procédé d'imagerie le plus utilisé dans l'exploration de l'abdomen. Elle peut être utilisée dans un but diagnostique ou thérapeutique en permettant de guider à pratiquer des gestes de ponction ou de drainage ou en encore la mesure de fibrose hépatique (fibroscan). L'échographie peut être couplée au doppler ce qui permet une meilleure exploration des structures vasculaires.

Le principe de l'échographie est l'utilisation des ultrasons.

Les images élémentaires retrouvées peuvent être :

- anéchogène avec renforcement postérieur → liquide
- hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur → calculs.
- hyperéchogène ou mixte → tissu.
- hyperéchogène → gaz.

Indications : exploration précise des organes pleins : foie, vésicule biliaire, rate, reins, pancréas et voies biliaires, structures vasculaires. Elle permet aussi la recherche d'un épanchement péritonéal, l'existence d'adénopathies profondes et de préciser le siège et la nature (solide ou liquide) d'une masse abdominale.

2-Abdomen sans préparation (ASP) :

Cet examen est demandé souvent devant un abdomen aigu pour éliminer une péritonite ou une occlusion. Son intérêt c'est sa simplicité et sa rapidité et le fait qu'il ne nécessite aucune préparation.

Les éléments recherchés sur un ASP sont :

- pneumopéritoine si péritonite
- niveaux hydroaériques si occlusion
- dilatation gastrique, grêlique ou colique
- calcifications dont les causes sont variables selon leur siège.

ogiques :

- Tomodensitométrie (TDM)
Angioscanner : tumeurs du foie
entéroscanner
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
IRM foie
entéroIRM
IRM pelvienne (pathologie maligne et inflammatoire anale).

4-Opacifications barytées du tractus digestif :

Principes généraux

Au cours des opacifications digestives le principe est de donner un produit radioopaque (baryte ou gastrograffine) lequel va mouler la muqueuse digestive permettant donc une étude des modifications à son niveau. Les images élémentaires généralement trouvées sont :

- Image d'addition : elle traduit une ulcération de la paroi qui se remplit de baryte.
- Image de soustraction : c'est une amputation d'une partie du moule baryte. Elle traduit l'existence d'une tumeur de la paroi.
- Image de rigidité : elle traduit une infiltration de la paroi, le plus souvent d'origine néoplasique.

Transit oesogastroduodéal (TOGD)

Le transit du grêle (TG)

Le lavement baryte

Leurs indications ont nettement baissé du fait du développement de l'endoscopie.

LES AUTRES EXPLORATIONS :

- La scintigraphie hépatique est rarement demandée.
- La scintigraphie aux globules rouges marqués peut être utile si saignement digestif sans causes apparentes.
- La PH métrie des 24h et la manométrie oesophagienne sont demandées dans des cas précis de reflux gastro-oesophagien ou en cas d'achalasia (pour la manométrie).
- La manométrie anorectale est réalisée dans le bilan des constipations par anomalie d'évacuation.