

Appareil digestif

Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr. Nadine Magy, Clément Lejealle, interne en médecine

2013

Table des matières

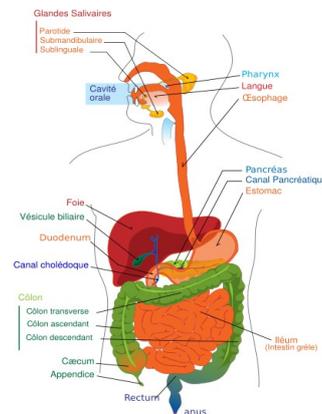
1. Anatomie digestive.....	3
2. Inspection.....	4
3. Palpation.....	4
4. Percussion.....	5
5. Auscultation.....	5
6. Examen de la marge anale et du rectum.....	6
7. Sémiologie de l'appareil digestif haut.....	7
7.1. La dysphagie.....	8
7.2. Le reflux gastro-oesophagien.....	8
7.3. Les vomissements.....	10
7.4. La douleur gastrique ou duodénale.....	10
7.5. Le syndrome dyspepsique.....	11
7.6. L'examen de l'appareil digestif haut.....	11
7.7. Explorations.....	11
7.8. Testez vos connaissances.....	12
8. Sémiologie de l'intestin grêle et du côlon.....	12
8.1. Diarrhée.....	13
8.2. Constipation.....	15
8.3. Douleur colique.....	15
8.4. Occlusion digestive.....	15
8.5. Hémorragie digestive.....	18
8.6. Testez vos connaissances !.....	18
9. Sémiologie du foie et des voies biliaires.....	18
9.1. Les douleurs biliaires.....	19
9.2. L'ictère.....	20
9.3. L'hypertension portale.....	20
9.4. L'ascite.....	21
9.5. L'insuffisance hépato-cellulaire.....	21
9.6. Testez vos connaissances !.....	23
10. Sémiologie pancréatique.....	23
10.1. Les symptômes.....	24
10.2. Testez vos connaissances !.....	25

Objectifs spécifiques

- L'étudiant doit savoir :
 - Nommer et localiser les différentes régions de l'abdomen
 - Mener un interrogatoire chez un patient présentant une douleur abdominale (haute ou basse)
 - Décrire les signes du reflux gastro-oesophagien
 - Rechercher et reconnaître une défense abdominale et une contracture lors de la palpation abdominale
 - Rechercher et reconnaître une masse abdominale lors de la palpation abdominale
 - Rechercher et reconnaître un météorisme et une matité lors de la percussion abdominale
 - Localiser le point de Mac Burney
 - Rechercher un signe de Murphy
 - Reconnaître une ascite
 - Ausculter un abdomen et reconnaître les bruits hydro-aériques
 - Décrire la technique du toucher rectal
 - Reconnaître une circulation veineuse collatérale
 - Reconnaître des angiomes stellaires
 - Reconnaître l'aspect radiologique normal d'un abdomen sans préparation de face
 - Reconnaître l'aspect radiologique normal : d'un transit oeso-gastro-duodénal, d'un lavement baryté
 - Reconnaître les différents éléments constituant les images d'un scanner abdominal sans et avec injection de produit opaque
 - Reconnaître sur une échographie abdominale, les correspondances entre les différents tissus et la densité

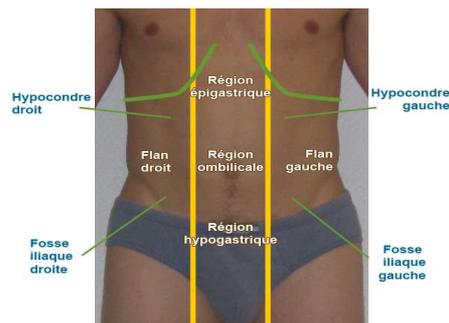
1. Anatomie digestive

Figure 1 : Anatomie digestive



Source : [Wikipedia](#)

Figure 2 : Quadrants abdominaux



L'abdomen est découpé en 9 régions distinctes permettant de faciliter l'examen clinique et l'interprétation des symptômes en fonction de leur topographie.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

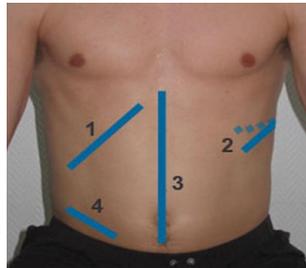
[Testez vos connaissances](#)

2. Inspection

Patient déshabillé, allongé sur le dos.

- Observer la respiration abdominale, les mouvements péristaltiques et les battements aortiques
- Rechercher une voussure abdominale témoin d'une masse intra-abdominale
- Examiner les veines superficielles à la recherche d'une circulation collatérale
- Faire l'inventaire des cicatrices et rechercher avec le patient la correspondance avec les différentes interventions chirurgicales (laparotomies)

Figure 3 : Principales cicatrices chirurgicales abdominales



1 : Sous costale droite (abord biliaire) - 2 : lombotomie (abord rénal)
3 : laparotomie médiane - 4 : appendicectomie (Mac Burney)

3. Palpation

La palpation permet d'étudier la souplesse de la paroi abdominale, de rechercher une sensibilité, une douleur, une défense, une contracture, un empâtement et/ou une masse abdominale (dont il faut alors noter la taille, la forme, les contours, la fermeté et la sensibilité).

Règles générales de la palpation abdominale

- Pour effectuer une palpation abdominale dans les meilleures conditions, assurer vous de respecter les consignes suivantes :
 - Mains réchauffées
 - Palpation douce et progressive, de la superficie vers la profondeur
 - Débuter par une région non-douloureuse afin d'habituer le patient au contact de la main de l'examineur. L'évolution vers la zone douloureuse doit être progressive
- La palpation peut s'effectuer avec les deux mains l'une sur l'autre (la main du dessus guidant la main du dessous) ou avec une seule main

Recherche d'une irritation péritonéale

Devant une douleur abdominale, il est important de rechercher des signes d'irritation péritonéale qui témoignent de la gravité des troubles. Deux symptômes sont particulièrement importants à connaître : la défense et la contracture

→ **Défense** : contraction douloureuse des muscles de la paroi abdominale, qui est déclenchée par la palpation

→ **Contracture** : rigidité abdominale due à une contraction involontaire, douloureuse, persistante (le « ventre est de bois »), qui témoigne d'une péritonite

Palpation du foie

Pour palper le foie, l'examineur (qui est à la droite du patient) place sa main droite sur le côté droit de l'abdomen, parallèlement au muscle grand droit, l'extrémité des doigts au-dessous de la limite inférieure de la matité hépatique. Il demande au sujet de respirer profondément : le bord inférieur du foie peut alors être palpé. A l'état normal, le bord inférieur se perçoit comme une crête ferme, nette, régulière, lisse.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

Palpation de la rate

Pour palper la rate, l'examineur (qui est à la droite du patient) place sa main droite sous le rebord costal gauche de l'abdomen et appuie en direction de l'organe. Il demande au sujet de respirer profondément. La rate n'est normalement pas palpable chez le sujet adulte.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

Palpation des orifices herniaires cruraux et inguinaux

Elle doit être systématique. N'oubliez pas de faire tousser le malade pour faire saillir une éventuelle hernie !

4. Percussion

Pour percuter, le majeur d'une main frappe celui de l'autre main posée à plat en regard de la zone du corps à examiner.

La technique de percussion est décrite dans le chapitre de sémiologie de l'appareil respiratoire ([cliquez ici](#)).

Recherche d'une matité ou d'un tympanisme

- A la percussion, l'abdomen normal présente des zones de matités physiologiques :
 - matité hépatique : elle débute à la partie basse du gril costal et s'étend jusqu'aux dernières côtes flottantes (toutefois, un tympanisme n'est pas forcément pathologique à ce niveau, il peut correspondre à une interposition de gaz dans l'angle colique droit ou dans le colon transverse)
 - matité sus-pubienne : elle apparaît lorsque la vessie est pleine, juste avant la miction
- La percussion permet par ailleurs :
 - d'estimer l'augmentation de volume d'un organe plein comme le foie (ou la rate)
 - de détecter la présence de liquide dans la cavité péritonéale (par la disparition du tympanisme abdominal physiologique)

5. Auscultation

L'auscultation abdominale permet normalement d'entendre les bruits hydro-aériques correspondant au transit intestinal normal.

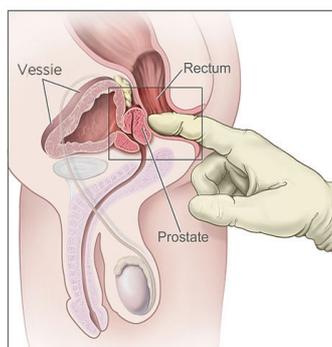
Il s'agit de bruits de gargouillis ou de mobilisation de liquide dans l'intestin.

Ces bruits seront d'autant plus importants que le péristaltisme abdominal sera rapide. Ils seront abolis en cas d'**occlusion intestinale** ou d'**iléus réflexe**.

6. Examen de la marge anale et du rectum

- En décubitus latéral ou en position genu-pectorale (patient à genoux sur la table d'examen, les coudes posés sur la table de l'examen), on inspecte la marge anale à la recherche d'un orifice fistuleux, d'hémorroïdes, d'une tumeur ou d'un prolapsus. Attention, il faut bien déplisser la marge anale pour ne méconnaître aucune lésion.
- Toucher rectal :
 - **Attention ! Avant de réaliser un toucher rectal, expliquez bien au patient le geste que vous allez pratiquer ainsi que son importance pour le diagnostic**
 - Il s'agit d'introduire un doigt ganté et lubrifié dans l'anus puis le rectum du patient
 - La position du patient dépendra de vos habitudes et de l'équipement dont vous disposez dans votre salle d'examen : le plus souvent, le patient est allongé sur le dos, jambes fléchies et poings sous les fesses. L'examen peut aussi être réalisé en position genu-pectorale, en décubitus latéral (droit ou gauche) ou en position gynécologique (sur une table d'examen gynécologique)
 - Il étudie :
 - Le tonus du sphincter anal
 - La paroi rectale. Prenez le temps de l'examiner sur toutes ses faces : sont-elles bien lisses et souples ? (en demandant au patient un effort de poussée, le rectum descend et peut être mieux examiné)
 - Le contenu intra rectal : matières fécales (**fécalome**), tumeur, sténose, etc...
 - Le **cul de sac de Douglas** : est-il le siège d'un comblement ou d'une douleur ?
 - La prostate chez l'homme : elle est normalement constituée de deux lobes (droit et gauche) réguliers et souples, séparés par un sillon médian
 - Les organes pelviens chez la femme : le toucher rectal permet aussi de palper une masse utérine ou ovarienne (qui bien entendu seront mieux perçus par le toucher vaginal). Associé au toucher vaginal, le toucher rectal permet aussi d'examiner la cloison rectovaginale
 - Et ne jetez pas trop rapidement le doigtier d'examen !
 - Y a-t-il du sang rouge (**rectorragies**) ou noir (**melena**)
 - Quelle est la couleur des selles ?
 - Y a-t-il des glaires ou du pus ?

Figure 4 : Toucher rectal



Source : [National Cancer Institute](https://www.nationalcancerinstitute.gov)

7. Sémiologie de l'appareil digestif haut

L'appareil digestif haut est composé de plusieurs organes :

- **La cavité buccale**
 - par la mastication, elle a un rôle de destruction des aliments solides et de réduction de leur taille
 - Par la salive, elle a également un rôle de lubrification et d'initiation de la digestion de l'amidon
- **L'œsophage**
 - C'est un organe tubulaire dont la structure permet la propulsion des aliments du pharynx vers l'estomac.

Figure 5 : L'œsophage



Source : Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers

- **L'estomac**
 - Il a trois rôles essentiels :
 - recevoir les aliments pour les stocker provisoirement et les mélanger
 - assurer le début de la digestion protéique
 - évacuer les aliments vers l'intestin grêle selon un débit contrôlé qui va favoriser les phénomènes de digestion et d'absorption.

Figure 6 : Grande courbure de l'estomac



Source : Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers

Figure 7 : Pylore de l'estomac



Source : Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers

- **Le duodénum**

- il fait suite à l'estomac par l'intermédiaire du pylore et est constitué de 4 segments faisant un cadre autour du pancréas
- c'est le lieu de déversement des sécrétions du pancréas par le canal pancréatique et du déversement des sécrétions du foie par le canal cholédoque. Ces dernières transforment le chyme alimentaire en nutriments.

Figure 8 : Duodénum normal



Source : *Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers*

7.1. La dysphagie

Définition

Sensation d'obstacle à la progression du bol alimentaire entre la bouche et l'estomac.

Siège

Thoracique et rétrosternal, variable de la partie basse du cou jusqu'au creux épigastrique.

Trois grands tableaux cliniques :

→ **Dysphagie organique** (cancer de l'œsophage, sténose par exemple)

- progressive
- permanente
- concerne d'abord les aliments solides (viande, pain) puis les liquides
- indolore
- s'accompagne d'un amaigrissement

→ **Dysphagie fonctionnelle** (oesophagite, troubles moteurs de l'œsophage)

- capricieuse, intermittente
- parfois plus marquée pour les liquides que pour les solides (dysphagie paradoxale)
- douloureuse s'il s'agit d'une oesophagite
- cédant à certaines postures

→ **Dysphagie liée à un diverticule de Zencker**

- localisée au niveau du cou
- s'accompagne de régurgitation voire de rumination (ou mérycisme)

7.2. Le reflux gastro-oesophagien

Définition

Remontée de liquide gastrique acide dans l'œsophage

Symptômes

→ **Pyrosis**

- c'est l'expression clinique la plus complète du reflux gastro-oesophagien
- douleur à type de brûlure
- siège épigastrique
- irradiation rétrosternale ascendante et traçante
- horaire post-prandial
- déclenchée par les changements de position (notamment le décubitus ou l'antéflexion du tronc : signe du lacet, car survient au lacement des chaussures)

→ **Autres manifestations**

- Brûlures épigastriques ou rétrosternales
- Brûlures thoraciques sans pyrosis vrai
- Douleurs à type de striction thoracique avec éructations (rôts)
- Toux, surtout nocturne (quand le sujet est allongé, ce qui favorise le reflux)

Etiologie

→ **Reflux gastro-oesophagien isolé**

- défini par un reflux avec cardia en place.

→ **La hernie hiatale**

- protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus oesophagien du diaphragme
- On distingue :
 - la hernie hiatale par glissement dans laquelle le diaphragme est intra-thoracique
 - la hernie hiatale par roulement dans laquelle la grosse tubérosité forme une poche paraoesophagienne intrathoracique ;

Figure 9 : Hernie hiatale par glissement

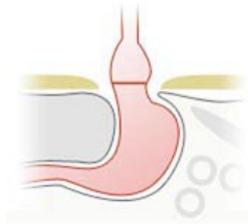


Figure 10 : Hernie hiatale par roulement



7.3. Les vomissements

- Rejet par la bouche du contenu gastrique, accompagné de contractions douloureuses des muscles abdominaux et du diaphragme (=efforts de vomissements)
- C'est un phénomène actif à l'inverse des régurgitations
- Il faut en déterminer :
 - la fréquence
 - l'horaire (vomissements de fin de nuit, compatible avec une hypertension intracrânienne par exemple)
 - l'aspect et l'odeur du liquide gastrique
 - Vomissement alimentaire
 - Vomissement de suc gastrique : incolore
 - Vomissement bilieux : jaune
 - Vomissement fécaloïde : marron, nauséabond (lors d'une occlusion par exemple)
 - Vomissement sanglant : rouge vif ou noir
- **Hématémèse**
 - Extériorisation de sang rouge ou noir par la bouche lors d'effort de vomissement
 - Traduit une hémorragie digestive haute (ulcère gastro-duodéal, rupture de varices oesophagiennes ou syndrome de Mallory Weiss par exemple)
 - Elle s'accompagne d'un **mélena** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide (un mélena témoigne d'un saignement dont l'origine est située en amont du côlon droit, puisqu'il s'agit de "vieux sang")
 - **Attention aux fausses hématémèses** (par consommation de vin rouge par exemple !!)

7.4. La douleur gastrique ou duodénale

L'exemple type de la douleur d'origine gastrique ou duodénale est le syndrome ulcéreux, lié à la présence d'un ulcère gastrique ou duodéal.

- brûlure, crampe ou torsion
- de siège **épigastrique**
- habituellement sans irradiation
- d'intensité variable, parfois très intense
- continue ou évoluant par paroxysmes
- déclenchée par certaines positions, certains médicaments (en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui augmentent l'acidité gastrique) ou les modifications thermiques alimentaires
- **calmée par l'alimentation**, les produits alcalins
- survenant à distance des repas, 1 à 4 heures après, et donc parfois responsable de réveils nocturnes

Figure 11 : Ulcère gastrique



Source : <http://www.sfed.org> (image de Jean-Christophe LETARD, Poitiers)

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

7.5. Le syndrome dyspepsique

- Il est le plus souvent d'origine fonctionnelle
- Ses manifestations associent des symptômes assez vagues et fluctuants :
 - sensation d'inconfort, de pesanteur
 - ballonnement
 - impression de plénitude gastrique, de digestion prolongée
 - parfois douleur de la région épigastrique, le plus souvent post prandiales, permanente ou intermittente

7.6. L'examen de l'appareil digestif haut

Inspection

- Cavité buccale
 - rechercher des lésions de la muqueuse buccale, aphte, érosion ou autres lésions
 - observer l'état dentaire à la recherche d'abcès ou d'infections gingivales
- Rechercher une voussure épigastrique témoin d'une masse (gastrique par exemple)

Palpation

- Palper une masse épigastrique témoin d'une masse gastrique.
- Rechercher une tuméfaction cervicale en rapport avec une tumeur oesophagienne ou une adénopathie métastatique d'un cancer digestif (ganglion de Troisier)

Figure 12 : Ganglion de Troisier



Auscultation

- Rechercher des bruits hydro-aériques du creux épigastrique évoquant un clapotis témoin d'un trouble de la vidange gastrique.

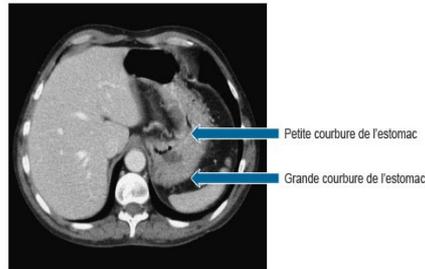
7.7. Explorations

- **Endoscopie digestive haute**
 - le terme moins précis de "fibroscopie gastrique" est souvent utilisé dans le langage courant
 - exploration de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum à l'aide d'un instrument flexible muni d'une caméra et d'une lumière introduit par la bouche
 - cet examen est réalisé à visée diagnostique et thérapeutique
- **Transit oesogastroduodéal**
 - examen radiologique réalisé après avoir ingéré un produit de contraste qui permet d'étudier les parois de l'appareil digestif supérieur
 - cet examen à visée diagnostique est aujourd'hui le plus souvent remplacé par une endoscopie digestive haute. Il peut toutefois avoir une utilité pour l'étude de troubles moteurs

- **Scanner abdominal**

- aussi appelé tomodensitométrie, cet examen radiologique permet de voir avec précision les différentes structures anatomiques de l'appareil digestif haut
- l'examen est le plus souvent effectué après une injection de produit de contraste iodé. Il faut donc bien s'assurer lors de toute prescription de scanner, de l'absence de contre-indication à l'utilisation de ces produits de contraste (qui peuvent exposer certains patients à des accidents d'intolérance potentiellement graves)

Figure 13 : Scanner abdominal



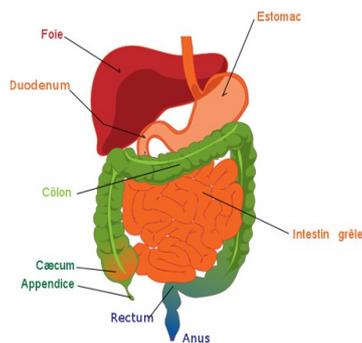
Source : <http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2005/1/25007956-f04d-46f5-84b9-a8db4a9d37ad.pdf>.

7.8. Testez vos connaissances

[Testez vos connaissances](#)

8. Sémiologie de l'intestin grêle et du côlon

Figure 14 : Sémiologie de l'intestin grêle et du côlon



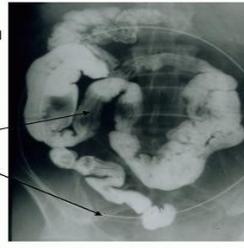
Source : [Wikipedia](#)

L'intestin grêle est formé d'un segment fixe, le duodénum, suivi de deux segments mobiles, le jéjunum puis l'iléon. Il mesure environ 7 mètres et est le lieu principal d'absorption des nutriments par l'organisme.

Figure 15 : Segment mobile : l'iléon

Aspect normal de l'iléon sur un cliché de transit du grêle 180 min. après ingestion de baryte.

Le calibre est < 3 cm
Les plis (en noir) sont longitudinaux
Le cercle blanc est un ballon de compression utilisé pour éviter la superposition des anses

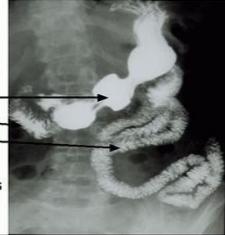


Source : <http://www.snfge.asso.fr/>

Figure 16 : Segment mobile : le jéjunum

Aspect normal du jéjunum sur un cliché de transit du grêle 30 min. après ingestion de baryte.

Estomac
Duodénum
Jéjunum
Le calibre est < 3,5 cm
Les plis (en noir) correspondent aux valvules conniventes



Source : <http://www.snfge.asso.fr/>

Figure 17 : Intestin grêle avec une angiodysplasie



Source : Société Française d'Endoscopie Digestive

Le colon s'étend du cæcum au rectum et mesure environ 1,5 m de longueur. Il est divisé en 4 parties : le côlon ascendant ou côlon droit, le côlon transverse, le côlon descendant ou côlon gauche, le côlon sigmoïde. Son rôle est principalement d'absorber l'eau et les électrolytes restants ainsi que le stockage des déchets.

Figure 18 : Aspect normal des haustrations coliques



Source : Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers

8.1. Diarrhée

Définition

- Emission quotidienne trop fréquente de selles molles ou liquides et en quantité trop abondante (au-dessus de 300g/24 heures)
- Bien entendu, il n'est pas aisé de peser les selles. De façon peut-être un peu simplificatrice, mais pragmatique, certains auteurs proposent de parler de diarrhée quand il y a au moins trois selles par

jour, "liquides" (c'est-à-dire "prenant la forme du contenant" !). On peut aussi parler de "diarrhée" quand un sujet rapporte une augmentation et/ou un ramollissement des selles comparativement au transit intestinal habituel)

Interrogatoire

Il précise :

- la date d'apparition
 - diarrhée aiguë : dans les 2 premières semaines de son évolution
 - diarrhée prolongée : entre 2 et 4 semaines
 - diarrhée chronique : au-delà d'un mois d'évolution
- le début brutal ou progressif
- l'évolution continue ou intermittente
- l'horaire : matinal, post-prandial, nocturne
- le nombre de selles par 24 heures
- l'aspect des selles
 - la présence d'éléments anormaux dans les selles : glaire, pus, sang, graisse, ...
 - une diarrhée d'allure hydrique, de volume important, oriente vers une origine grêle
 - une diarrhée de plus faible volume, fécale, nauséabonde, fébrile, accompagnée de glaires ou de sang, oriente vers une origine colique
- les facteurs favorisants : alimentaires, émotionnels, thermiques, ...
- l'efficacité d'éventuels traitements
- la présence d'un ténesme ou d'épreintes
 - **Epreinte** : il s'agit d'une **douleur abdominale à type de colique** répondant à une contraction douloureuse et répétitive du cadre colique s'achevant par une envie pressante et impérieuse d'aller à la selle
 - **Ténesme** : ce terme désigne une contraction douloureuse de l'anus, accompagnée d'une envie d'aller à la selle. Le ténesme apparaît avant ou plus souvent après l'évacuation du rectum
- la présence de signes extra-digestifs qui peuvent aider à orienter vers la cause de la diarrhée (manifestations articulaires ou cutanées lors d'une maladie de Crohn par exemple)

Syndrome cholériforme ou dysentérique ?

- Syndrome cholériforme :
 - provoqué par des germes toxigènes (sécrétant des toxines)
 - diarrhée aqueuse abondante, souvent accompagnée de vomissement, habituellement sans fièvre
 - la forme la plus spectaculaire de ce syndrome est le choléra
- Syndrome dysentérique :
 - provoqué par des germes entéro-invasifs (les bactéries pénètrent et se multiplient dans les entérocytes)
 - diarrhée souvent fébrile, glaireuse et mucopurulente, parfois sanglante, accompagnée de douleurs abdominales violentes avec épreintes, ténesmes et faux besoins

Le retentissement de la diarrhée

- L'urgence est d'évaluer l'état d'hydratation du patient : la déshydratation est une complication fréquente !
- On évalue également le retentissement sur l'état nutritionnel, surtout s'il s'agit d'une diarrhée chronique qui peut se compliquer de dénutrition

Ne confondons pas diarrhée et syndrome rectal

- Un patient peut se plaindre d'aller à la selle de multiples fois dans la même journée. Avant de conclure à une diarrhée, demandez-lui ce qu'il émet lors de ces efforts de défécation : des selles vraiment, ou simplement quelques glaires ? Il peut alors s'agir de faux besoin, associés à des sensations de plénitude rectale et souvent à des émissions glairo-sanglantes. Vous évoquerez alors non pas une diarrhée, mais un syndrome rectal, consécutif à une tumeur rectale ou à une inflammation de la paroi du rectum comme on peut en voir lors de certaines infections transmises sexuellement.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

8.2. Constipation

- Il s'agit d'une plainte particulièrement fréquente, exprimant des situations diverses :
 - selles de trop faible abondance
 - difficultés à exonérer
 - sensation de vidange rectale incomplète
- Avant de parler de constipation fonctionnelle, il faut s'attacher à éliminer une cause organique :
 - cancer colorectal, maladie endocrinienne, neurologique, médicaments, ...

8.3. Douleur colique

Les caractéristiques de la douleur colique sont les suivantes :

- siège souvent épigastrique, mais peut également être en cadre, le long de l'ensemble du trajet colique
- irradiation plutôt descendante, dans les deux fosses iliaques ou hypogastrique
- douleurs souvent paroxystiques, à début brutal (évoquant une crampe ou une distension de l'abdomen), diminuant suite à l'émission de gaz ou de selles. Il s'agit de douleurs le plus souvent à type de "colique" (voir infra)
- intensité extrêmement variable suivant la pathologie concernée
- soulagée par l'émission de gaz ou de selles
- horaire très variable, parfois post-prandial immédiat, notamment en cas diarrhée motrice associée
- accompagnée souvent de gargouillis abdominaux, de ballonnements, de troubles du transit (constipation, diarrhée)

Colique ou colite ?

- Une colique est une douleur consécutive à des contractions répétées d'un organe creux (tube digestif le plus souvent, mais aussi voies urinaires, voies biliaires, voies génitales ou voies salivaires)
- Le terme de "colique" décrit donc les caractéristiques d'une douleur. Il ne doit pas être confondu avec celui de "colite" qui désigne une inflammation du côlon.

8.4. Occlusion digestive

Une triade symptomatique permet d'identifier une occlusion intestinale

- **Douleur abdominale** : constante, intense se majorant avec le temps et évoluant par crises paroxystiques successives (coliques) témoignant de la lutte de l'intestin contre l'obstacle responsable
- **Vomissements** : ils soulagent un temps la douleur abdominale. En fonction du siège de l'occlusion, ils sont :
 - précoces, en "jet alimentaire" ou bilieux (occlusion haute)
 - plus tardifs et fécaloïdes (occlusion colique)
- **Arrêt des matières et des gaz** : l'arrêt des gaz précède l'arrêt des matières, en raison de la possibilité de vidange du segment intestinal situé en aval de l'occlusion

Signes physiques

- **Inspection**
 - ventre plat dans les occlusions hautes
 - météorisme (gonflement du ventre dû à l'accumulation d'air dans les anses digestives) dans les occlusions plus bas situées
 - cicatrice de laparotomie ancienne : les patients ayant eu une laparotomie présente un risque d'occlusion sur bride
- **Palpation**
 - point douloureux électif ou défense en regard de l'obstacle
 - palpation des orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée
 - recherche d'une masse abdominale (par exemple une tumeur colique responsable de l'occlusion)
- **Percussion**
 - recherche d'un tympanisme
- **Auscultation**
 - disparition des bruits hydroaériques (abdomen silencieux pendant au moins 30 secondes)
 - bruits de lutte intestinale (exagération des bruits normaux témoignant de la lutte d'un segment intestinal contenant de l'air et du liquide)
- **Toucher rectal**
 - normal le plus souvent
 - il peut parfois mettre en évidence une tumeur rectale obstructive ou un fécalome

Deux mécanismes principaux

- Occlusion organique par obstruction de la lumière digestive
 - masse, corps étranger, strangulation (bride ou volvulus)
- Occlusion fonctionnelle secondaire à la baisse de l'activité péristaltique de la paroi intestinale (iléus)
 - souvent dans un contexte d'inflammation locale (cholécystite, pyélonéphrite...)

Examens radiologiques

→ **Occlusion grêlique sur bride**

- Le cliché d'abdomen sans préparation de face, debout objective un estomac plein avec un grand niveau liquide, un grêle distendu, des **niveaux hydroaériques centraux, plus larges que hauts**, et l'absence de gaz dans le côlon qui n'est pas visible
- Le scanner montre la distension du grêle d'amont et souvent la jonction entre le grêle plat et le grêle dilaté qui signe le niveau de l'obstacle.

→ **Occlusion colique**

- Le cliché d'abdomen sans préparation debout montre une dilatation colique périphérique avec des **niveaux hydroaériques périphériques plus hauts que larges**.
- Le cliché d'abdomen sans préparation couché montre des **haustrations coliques**.
- Le scanner avec opacification colique (coloscanner) montre l'obstacle et permet un bilan d'extension, à la recherche notamment de métastases hépatiques

Figure 19 : Examen radiologique

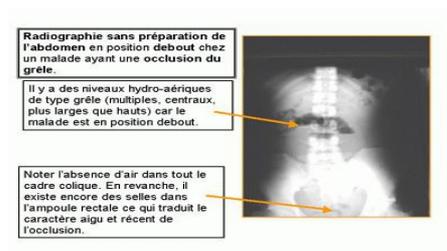


Figure 20 : Examen radiologique

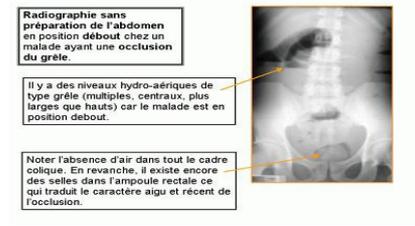


Figure 21 : NHA grêliques et coliques

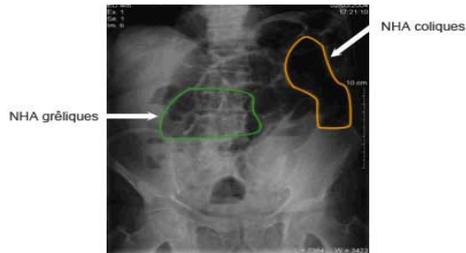


Figure 22 : Le jéjunum



Figure 23 : L'iléon



Figure 24 : Côlon transverse



8.5. Hémorragie digestive

Le tube digestif peut présenter diverses lésions susceptibles de saigner. Le sang peut s'extérioriser :

- **par la bouche**, provenant de l'oesophage ou de l'estomac : on parle alors d'HEMATEMESE
- **par l'anus**, et on distingue alors les deux types de saignements suivants :
 - **MELENA** : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide, dont l'origine est située en amont du côlon droit
 - **RECTORRAGIE** : émission par l'anus de sang rouge non digéré. Elle caractérise une hémorragie basse

8.6. Testez vos connaissances !

Intestin grêle / colon : une ou plusieurs réponses sont possibles

[QCM 1](#)

[QCM 2](#)

[QCM 3](#)

[QCM 4](#)

[QCM 5](#)

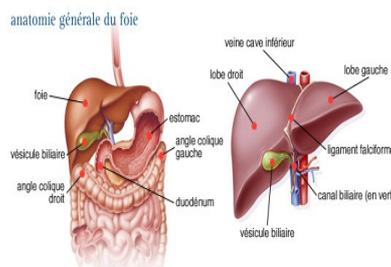
9. Sémiologie du foie et des voies biliaires

Le foie est la plus grande annexe du tube digestif, situé sous la coupole diaphragmatique droite. Il assure une fonction d'épuration (destruction toxiques, médicaments), de synthèse (glucose, cholestérol, triglycérides, protéines), et de stockage (glucose, fer, cuivre).

Le foie est divisé, selon la segmentation hépatique de Couinaud, en secteurs, eux-mêmes divisés en 8 segments. La vascularisation hépatique est dite mixte car assurée à la fois par l'artère hépatique issue du tronc coeliaque et par la veine porte ramenant le sang du tube digestif. Le retour veineux du foie s'effectue par les veines hépatiques, également appelées veines sus-hépatiques, qui se jettent dans la veine cave inférieure.

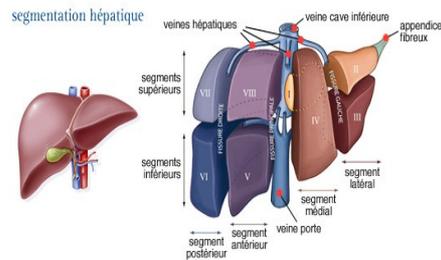
La vésicule biliaire est un organe piriforme (en forme de poire) connecté au foie, au duodénum et au canal cholédoque par le canal cystique. La vésicule biliaire stocke et concentre la bile produite par le foie en attendant que celle-ci soit nécessaire à la digestion.

Figure 25 : Anatomie générale du foie



Source : <http://www.arcagy.org>

Figure 26 : Segmentation hépatique



Source : <http://www.arcagy.org>

9.1. Les douleurs biliaires

Colique hépatique

- Elle résulte de l'enclavement aiguë d'un calcul dans l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique, avec rétention de la bile en amont
- Cette douleur biliaire :
 - siège aussi souvent dans le creux épigastrique que dans l'hypocondre droit
 - évolue par paroxysme (il s'agit bien d'une colique !)
 - irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droites
 - s'accompagne dans plus de la moitié des cas d'une inhibition respiratoire
 - évolue par crise, habituellement d'une durée de 2 à 4 heures
- Les vomissements sont fréquents, mais il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni anomalie biologique

Cholécystite aiguë

- Si le calcul vésiculaire qui avait causé la colique hépatique ne se désenclave pas, le contenu vésiculaire peut s'infecter et la paroi vésiculaire s'inflammer, aboutissant à une cholécystite aiguë
- Signes cliniques :
 - douleur de colique hépatique
 - vomissements
 - fièvre (38°-38,5°C)
 - signe de Murphy : tout en palpant le **rebord costal droit au niveau de la ligne médio-claviculaire**, le médecin demande au patient de prendre une inspiration profonde. Le signe de Murphy est présent si la douleur au site de la palpation bloque l'inspiration
 - défense sous-costale parfois
- Signes biologiques :
 - syndrome inflammatoire (CRP augmentée) avec polynucléose
 - bilan hépatique normal
- Echographie (images inconstantes): vésicule distendue, épaissement de la paroi vésiculaire ; calculs dans la vésicule ; douleur dans la région vésiculaire au passage de la sonde.

Angiocholite aiguë

- Si la lithiase migre plus loin et obstrue la voie biliaire principale, le tableau devient celui d'une angiocholite
- Signes cliniques : triade symptomatique caractéristique s'installant en 24 à 72 heures selon la séquence suivante :
 - douleur
 - puis fièvre élevée
 - puis ictère
- Signes biologiques
 - syndrome inflammatoire (CRP augmentée) avec polynucléose
 - bilan hépatique : élévation modérée des transaminases, cholestase avec augmentation des gamma-GT, des phosphatases alcalines et de la bilirubine
- Echographie : les anomalies sont inconstantes
 - dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques
 - présence d'un calcul enclavé dans la voie biliaire principale

- cholécystite souvent associée

9.2. L'ictère

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

- Un ictère est une coloration jaune de la peau et des muqueuses, liée à une augmentation du taux de bilirubine plasmatique
- L'ictère est parfois accompagné d'un prurit pouvant être intense (penser à rechercher des lésions de grattage !)

Démarche clinique

- Tout d'abord, déterminer la nature de l'ictère : à bilirubine conjuguée ou non conjuguée ?
 - Si les urines sont brun foncé et les selles décolorées, l'ictère est à **bilirubine conjuguée**
 - Si les urines sont claires et les selles normales, l'ictère est à **bilirubine non conjuguée** et sa cause est généralement extra-hépatique (hémolyse par exemple)
- Ensuite, s'il s'agit d'un ictère à bilirubine conjuguée, il faut déterminer s'il résulte d'une
 - atteinte intra-hépatique (hépatites, cirrhose, ...)
 - extra-hépatique (lithiase biliaire, tumeur biliaire, atteinte pancréatique, ...)

9.3. L'hypertension portale

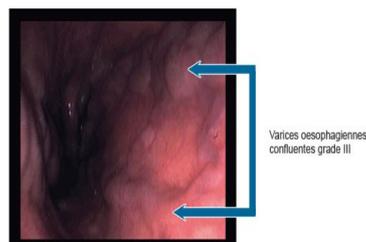
- L'hypertension portale résulte d'une augmentation de la pression portale, conséquence d'un :
 - bloc intra hépatique (secondaire à une **cirrhose** le plus souvent)
 - bloc supra-hépatique (obstruction des veines sus hépatiques)
 - bloc sous hépatique (thrombose porte)
- Les manifestations cliniques de l'hypertension portale associent :
 - **Circulation veineuse collatérale** abdominale : elle traduit le développement d'anastomoses entre le système porte et le système cave. Il s'agit du meilleur signe clinique d'hypertension portale. Les dilatations veineuses prédominent dans la région sous-ombilicale mais peuvent s'étendre vers les flancs et en thoracique inférieur.
 - **Splénomégalie** : elle est présente dans 30 à 50% des cirrhoses
 - La découverte de **varices oesophagiennes** en gastroscopie à la même valeur que la circulation veineuse collatérale. Elle peuvent se rompre et constituent un risque majeur d'hémorragie digestive

Figure 27 : Circulation veineuse collatérale



Source : http://shortman.toile-libre.org/HTP_ascite_cirrhose_1h.pp

Figure 28 : Les varices



Source : Mini atlas d'endoscopie digestive haute Dr Thierry Barrioz, responsable du service d'endoscopie digestive du CHU de Poitiers

9.4. L'ascite

Une ascite est un épanchement liquidien intra-péritonéal. Il est le plus souvent la conséquence d'une hypertension portale et de la rétention hydro-sodée qui résulte d'une insuffisance hépatique.

L'ascite peut aussi se rencontrer en dehors des maladies du foie : elle résulte alors d'une inflammation du péritoine, d'origine infectieuse (péritonite tuberculeuse) ou néoplasique (cancer de l'ovaire en particulier)

Clinique

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

- **Inspection**
 - augmentation du volume de l'abdomen, qui pointe vers l'avant
 - déplissement de l'ombilic pouvant aller jusqu'à la hernie ombilicale
- **Percussion**
 - matité de l'abdomen, mobile, c'est à dire changeant avec la position du malade : c'est le signe le plus fidèle
- **Palpation**
 - signe du flot : transmission d'une onde de choc imprimée sur l'abdomen par la main du médecin d'un flanc à l'autre. Ce signe est inconstant
 - Signe du glaçon : chez un patient en décubitus dorsal, lorsqu'on donne une impulsion sur la paroi abdominale, le foie, mobile dans le liquide d'ascite, est projeté en arrière, et revient vers l'avant, venant frapper la main de l'examineur, de la même manière qu'un glaçon qu'on aurait lancé vers le fond d'un verre remonterait à la surface. Le signe du glaçon n'est présent que lorsque l'épanchement est suffisamment abondant
- **Signes associés**
 - œdèmes diffus, en rapport avec la rétention hydrosodée de l'insuffisance hépatique
 - dyspnée, en rapport avec une ascite volumineuse qui gêne la mobilité du diaphragme

Figure 29 : Signe du glaçon

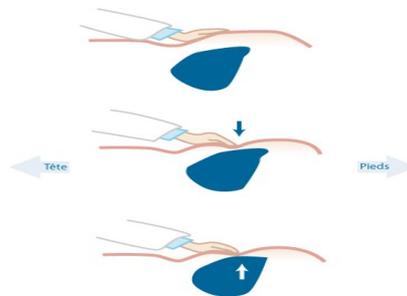


Figure 30 : Ascite et circulation veineuse collatérale



9.5. L'insuffisance hépato-cellulaire

Les manifestations cliniques et biologiques de l'insuffisance hépatique résultent de l'altération des fonctions hépatocytaires (synthèse, épuration, sécrétion biliaire). Elles associent les signes suivants :

Signes généraux

- Asthénie

Ictère à bilirubine conjuguée

Encéphalopathie hépatique

- Alternance de phases d'apathie et d'agitation psycho-motrice avec désorientation, auxquelles succèdent un état confusionnel et une somnolence progressivement croissante avec une hypertonie extra-pyramidale
- Asterixis (on dit aussi flapping tremor) :
 - ce signe correspond à de brèves interruptions du tonus musculaire des muscles extenseurs de la main
 - on le recherche en demandant au patient de tendre les deux membres supérieurs devant lui à l'horizontal et de fermer les yeux. Après un petit temps de latence, on constate une flexion et extension des poignets (battements en aile de papillon)
 - ne peut être recherché que chez un patient conscient
 - de grande valeur pour le diagnostic d'insuffisance hépatique (mais il n'est pas spécifique car on le retrouve aussi chez les patients présentant une hypercapnie, dans le contexte d'une détresse respiratoire)

Troubles endocriniens

- Tableau d'hyperoestrogénisme (visible chez l'homme) : diminution de la pilosité, gynécomastie et atrophie testiculaire

Foetor hepaticus

- Odeur douceâtre de l'haleine, qui serait due à des substances aromatiques d'origine intestinale non détruites par le foie

Signes cutanés et phanériens

→ ***Angiomes stellaires***

- lésions rouge en étoile (artériole centrale à partir de laquelle irradient des petits vaisseaux rouges)
- siégeant dans le territoire de la veine cave supérieure : visage, cou, partie haute du thorax, membres supérieurs, mains
- s'efface à la vitro-pression

Figure 31 : Angiomes stellaires



→ ***Erythrose palmaire***

- ce signe a la même valeur diagnostique que les angiomes stellaires
- il s'agit d'une exagération de la coloration rouge naturelle mouchetée des éminences thénar et hypothénar.

Figure 32 : Erythrose palmaire



Source : [Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud](#)

→ **Hippocratisme digital**

- bombement des ongles en "verre de montre"
- la phalange est plus épaisse au niveau de la base de l'ongle que de l'articulation inter-phalangienne. A l'extrême, on parle de doigt en forme de "baguette de tambour"

Figure 33 : Hippocratisme digital



Source : [Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud](#)

→ **Ongles blancs (leuconychie)**

s'observe dans 80% des cirrhoses. Il s'agit de l'agrandissement de la lunule de l'ongle. Cette anomalie est très nette sur le pouce et l'index.

L'ongle a souvent un aspect strié (leuconychie striée)

Figure 34 : Ongles blancs



9.6. Testez vos connaissances !

[Testez vos connaissances](#)

10. Sémiologie pancréatique

Le pancréas est une glande exocrine et endocrine qui s'étend transversalement du duodénum au pédicule vasculaire de la rate (de droite à gauche, on distingue sur sa longueur la tête, l'isthme et le crochet, le corps et la queue du pancréas)

- La fonction exocrine du pancréas est la sécrétion des enzymes pancréatiques dans le duodénum, par le canal de Wirsung. Ces dernières participent à la digestion et l'absorption des protéines et des lipides
- La fonction endocrine est la sécrétion d'hormones régulant la glycémie : l'insuline et le glucagon principalement

Figure 35 : Pancréas

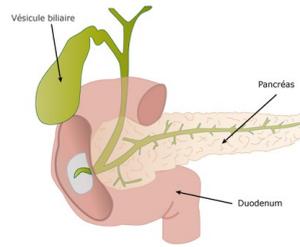
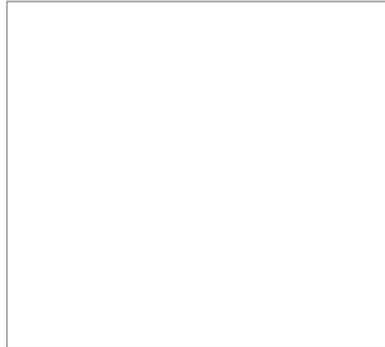


Figure 36 : Pancréas



10.1. Les symptômes

Les signes cliniques pouvant témoigner d'une atteinte du pancréas sont divers :

- Anomalies du pancréas endocrine (les manifestations liées aux anomalies hormonales qui résultent d'une atteinte du pancréas ne sont pas abordées ici : voir chapitre "endocrinologie")
- Douleurs liées à l'inflammation du pancréas : elles peuvent être aiguës ou chroniques, en rapport par exemple avec une pancréatite ou une tumeur
- Compression des organes avoisinants par une augmentation pathologique du volume de la tête du pancréas
- Anomalies du pancréas exocrine (par exemple à la suite d'une obstruction du canal de Wirsung)

Douleur pancréatique

- **Siège**
 - épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche
- **Irradiation**
 - vers le dos de façon transfixiante ou en « hémi-ceinture » d'avant en arrière
- **Type et intensité variables**
 - simple gêne et pesanteur, ou douleur vive et intolérable
- **Durée, rythmicité**
 - douleur continue sur quelques jours ou semaines dans les pancréatites aiguës
 - évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques
- **Facteurs déclenchants**
 - prise alimentaire en particulier les repas riche en graisse et/ou alcoolisé
- **Facteurs soulageants**
 - compression épigastrique et antéflexion du tronc : position en « chien de fusil »

Compression

- **Ictère à bilirubine conjuguée** (compression du cholédoque au niveau de la tête du pancréas)
- **Vomissement, voire intolérance alimentaire absolue** (compression du duodénum au niveau de la tête du pancréas)

Insuffisance du pancréas exocrine

- **Diarrhée chronique**
 - caractérisée par l'émission de selles abondantes, pâteuses, graisseuses

- **Stéatorrhée**
 - par défaut d'absorption des graisses

10.2. Testez vos connaissances !

[QROC Radiologique](#)