

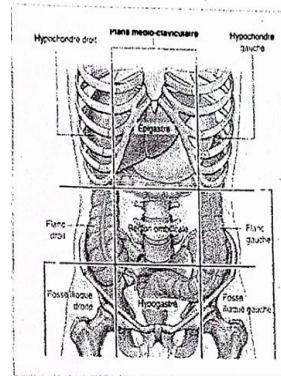
Sud

I-Introduction :

L'examen clinique est la pierre angulaire de l'évaluation clinique, comprendra une anamnèse avec un examen physique minutieux de l'abdomen et des autres appareils

II-Anatomie topographique :

On divise l'abdomen en 9 régions



III-Examen physique :

1-Anamnese :

L'Age, l'origine ,profession, antcds, motif de consultation et l'HDM, une anamnèse bien menée comprend 4 questions clés (ou, comment, quand et pourquoi)

2-L'examen physique :

a)-Examen physique :

On évalue les principales CV, recherche d'agitation, pâleur, ictères cutanéo-muqueux, cyanose, déshydratation, OMI, apprécie la diurèse, on chiffre l'amaigrissement(Poids et IMC)

b)- Examen de la cavité buccale et du cou :

-L'haleine est important détermine un foetor hepaticus, si la muqueuse est rouge vif=sujet éthylique , muqueuse ardoisée=IS ,muqueuse jaunâtre=ictères surtout en sous lingual , il faut noter aussi présence des aphtes télangiectasie, on cherche un e glossite(éthylisme, maladie de Brieemer),une macroglossie (hyperthyroïdie),candida (infection de la gorge =mycose),

-Faut pas oublier de ne pas examiner la région cervicale(adénopathies)ainsi exophthalmie

Examen clinique en pathologie

Digestive

VI-Examen abdominal proprement dit :

A propos

-Doit être **fait à la lumière du jour**, dans une pièce chauffée chez un malade en décubitus dorsal, les jambes semi fléchies, tête à plat sur le lit avec respiration calme et si possible après miction, les membres supérieurs sont placés sur le thorax ou étendues à plat de chaque côté du corps, le médecin doit être à droite du patient, débuter par les zones les moins douloureuses, deux mains réchauffées systématiquement se terminer par les touchers pelviens

1-Examen de la peau :

-Existence d'une **cicatrice, vergetures** (stries verticales au niveau des quadrants inférieurs de l'abdomen), une coloration jaune de la peau (ictères)avec des lésions de grattage

-Existence **d'une éventuelle circulation abdominale** (dilatation des veines abdominales superficielles due à un obstacle sur la circulation porte=hypertension portale

-Existence des **ecchymoses ou d'entachés pétéchiales**, des modification cutanées (angiome, vitiligo, érythrose, hyperpigmentation)

2-Aspect morphologique de l'abdomen :

a- A l'état normal : la morphologie de l'abdomen dépend du morphotype du sujet (longiligne ou bréviligne).

b- abdomen étalé , appelé abdomen de Batracien : se voit chez le sujet âge ou en cas d'ascite de moyenne abondance

c-Abdomen distendu : en cas de météorisme abdominal ou d'ascite de grande abondance

d- asymétrie de l'abdomen : voissure localisée qui peut traduire une tumeur ou hypertrophie d'un organe (par exemple : une voissure de l'hypocondre droit peut se voir en cas d'hépatomégalie importante). Elle peut également révéler une hernie.

3-Les mouvements de l'abdomen :

a-Abdomen immobile ne respirent pas est très souvent observés en cas de contracture abdominale « ventre de bois ou en bateau »

Inspection

b-Ondulation péristaltiques : se sont des mouvement de reptation spontanés ou provoqués par une petit chiquenaude)traduisent la présence d'un obstacle : sont de siège épigastriques et associés a un clapotage a jeun en cas de sténose pylore et sont diffusés et associes a une distension abdominale en cas de occlusion intestinale aiguë
d-Apparition d'une tuméfaction lors des efforts de toux ou de poussées traduit la présence d'une hernie ou d'une éventration

Palpation

-Palpé dans sa totalité de bas ne haut, de façon prolongée et douce en laissant la zone douloureuse en dernier, Apprécier la tonicité musculaire
- Déceler une masse évidente ou une sensibilité, ensuite anomalie est perçue, elle doit être plus profonde, pour mieux délimiter la zone sensible ou une éventuelle masse trouvée

A-Les signes à rechercher sont :

1 - une défense pariétale : 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 document. Souvent due à une atteinte inflammatoire d'un viscère intra-abdominal ou à une irritation du péritoine en regard du foyer inflammatoire

2- une contracture pariétale : c'est un spasme réflexe, hypertonie des muscles de la totalité d'abdomen, c'est une contracture involontaire, douloureuse, permanente, invincible, qui traduit l'existence d'une péritonite.

B- Recherche de points douloureux de l'abdomen :

a-Le point douloureux de Mac Burney : situé; FID jonction 2/3 int et 1/3 ext de la ligne joignant l'ombilic et l'épine iliaque antéro supérieure droite = en faveur d'UNE APPENDICITE AIGUË

b-Signe de Rovsing : une palpation profonde de la FIG avec décompression brusque provoque une douleur dans la FID en faveur d'UNE APPENDICITE AIGUE

c-Signe de blumberg ou « douleur au rebond » :c'est une douleur provoquée a la décompression brutale de FID, c'est le signe d'une irritation péritonéale

d-Test de contraction contrariée de Psoas : Soulèvement de la jambe dt par le patient en créant une résistance sur la cuisse, une douleur au niveau de McBurenney =irritation de psoas =PSOITIS

e-Signe de Markle positif ou d'ébranlement abdominal : patient de tenir sur la pointe des pieds ceci déclenche une douleur abdominale = IRRITATION PERITONELAE

g-point douloureux de Murphy : douleur vive de l'HD inhibant l'inspiration profonde qui est en faveur d'une CHOLESTYTIE AIGUE

f-point douloureux de Mallet-Guy : douleur dans la région épigastriques et sous costale G chez un patient en décubitus latéral dt = PANCREATITE AIGUE

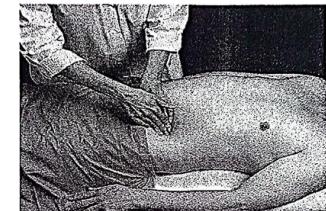
C- Palpation d'un viscère hypertrophié ou d'une masse tumorale pour la Recherche d'une :

- **Hépatomégalie** : bord inf mou, tranchant, surface irrégulier ou régulier, la consistance et la sensibilité
- **Splénomégalie** : palpation HG sur un malade en décubitus latéral dt MIG fléchi ou dorsal, la rat a un bord Ant crénélée
- **Vésicule biliaire palpable** : sous forme d'une tuméfaction rénitente mobile avec la respiration, solidaire du bord inf du foie
- **Masse tumorale** : apprécier le siège, la taille la forme, la consistance, l'aspect de la surface, la mobilité par rapport au plan profonde et superficielle , les limites et la sensibilité et l'état de la peau en regard
- **Recherche par la palpation bi-manuelle** : contact lombaire en cas de gros rein ou empâtement des fosses lombaires
- **Recherche d'un empâtement** ; dans HD, en rapport avec un plastron vésiculaire ou perpendiculaire
- **Recherche d'une hernie** : tuméfaction molle, impulsive a la toux et réductible

Percussion

a- Chez le sujet normal :

- la limite supérieure de la matité hépatique sur la ligne médio-claviculaire droite qui correspond au bord supérieur de foie : cette limite est située normalement au niveau du 5ème espace intercostal droit. Par ailleurs, le thorax est normalement sonore dans son ensemble. Ainsi on peut mesurer la flèche hépatique après palpation du bord inférieure du foie.



b- Les anomalies :

- Disparition de la matité pré hépatique**, due à la présence d'un pneumopéritoine, en cas de perforation d'ulcère.
- **Une sonorité** : elle traduit la présence de gaz dans l'intestin
- **Un tympanisme** : exagération la sonorité structure creuse et remplie d'air, associée à un météorisme, traduit une distension abdominale , occlusion ou sub-occlusion intestinale
- **Une matité** : Fixe, masse solide sous l'abdomen (pas de résonnance de son), plus souvent en rapport a une masse ou un globe vésical, et matité de clive a limite sup concave en haut et mobile = ASCITE

Auscultation :

Permet d'apprécier une exagération des bruits hydro-aériques intestinaux (traduisant un obstacles sur l'intestin avec mouvement de lute) et l'existence d'un souffle (traduisant un anévrisme , compression vasculaire par des tumeur ou sténose vasculaire)

-En cas de silence abdominal = iléus paralytique en cas d'irritation n péritonéal ou iléus réflexe (post opératoire)

**Toucher pelvienne
(Fait partie de
l'examen
abdominal)**

Rectal

- Est systématique, fait nécessaire pour tout patient quel que soit le motif de la consultation et la nécessité de l'examen complet du rectum en consultant pour un signe évocateur d'une affection rectale
- il faut rassurer le patient et être méthodique, minutieux, la vessie et rectum vides, la paroi rectale palpée sur toute sa circonférence accessible au doigt (**tumeurs du bas et moyen = 8 à 9cm**)
- la position du patient : gynécologique (allongée sur le dos, cuisses fléchis sur le tronc et bien écartées =méthode plus apte), position génu-pectorale et en décubitus latéral chez l'âgée ou invalide
- inspection de la marge anale : pour la recherche d'hémorroïdes, de marisque, fissure anale, on demande au patient de pousser pour recherche d'un prolapsus hémorroïdale ou rectal
- la palpation externe de la région péri-anale : en cas d'induration ou écoulement provoqué signant la présence d'une fistule anale
 - Permet de rechercher une atonie sphinctérienne
 - Permet de rechercher l'utérus et les paramètres chez la femme
 - Permet d'apprécier le volume de la prostate

Vaginal

- Chercher la présence d'une masse pelvienne, ovarienne ou utérine.

Diagnostic des douleurs abdominales d'origine digestive

Juvod

Caractéristique sémiologique de la douleur abdominale

	Début	<ul style="list-style-type: none"> -Progressif ou brutal • Circonstances révélatrices. • Ancienneté des symptômes : souvent sous-estimée par les patients. • Douleur digestive aigue : urgence médico-chirurgicale. • Douleur de siège abdominal : pathologie d'origine extra-digestive (Infarctus du myocarde, cause gynécologique...).
	Siège	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quadrant ? important mais insuffisant. ❖ Creux épigastrique : douleurs d'origine gastrique, œsophagienne, pancréatique, biliaire où Encore colique. ❖ Viscère peut donner des douleurs de siège variable. -Douleurs d'origine colique : localisées dans le flanc droit, gauche ou être plus diffuses.
	Irradiation	<ul style="list-style-type: none"> -Douleurs d'origine abdominale peuvent ne s'exprimer que par leur irradiation extra-abdominale, thoracique antérieure ou postérieure par exemple une douleur d'origine biliaire ou pancréatique. - Irradiation dorsale : origine pancréatique ou un anévrysme de l'aorte (irritation du plexus solaire), - Irradiation scapulaire droite : origine hépatobiliaire (irritation du nerf phrénique droit), - Irradiation vers les organes génitaux externes : une origine rénale ou urologique en général -Irradiation vers les fosses lombaires : origine rénale, appendicite rétro-caecale ou pathologie annexielle chez la femme.
	Type	<ul style="list-style-type: none"> -Brûlure : douleur caractéristique de siège épigastrique : origine gastrique ou œsophagienne. • Reflux gastro-œsophagien : brûlures localisées à l'épigastre, si +irradiation ascendante : pyrosis. • Crampe: douleur épigastrique, fixe, durable et profonde. Elle évoque une maladie gastrique ou duodénale. • Colique : douleur variable dans le temps et l'espace, caractérisée par des paroxysmes suivis d'accalmies. -Syndrome de Koenig: <ul style="list-style-type: none"> □ Coliques par rétrécissement situé au niveau de l'intestin grêle, Période postprandiale, □ Direction d'un point à un autre de l'abdomen, □ Distension abdominale localisée ou de reptations : contractions de l'intestin visible sous la peau □ Nausées: sub-occlusion, Soulagé par des bruits hydro-aériques, ou des selles, Récidive .

	<h2>Type</h2>	<p>1-Douleurs d'origine colique :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ En cadre, ou sur une partie seulement de ce trajet au niveau du flanc gauche ou de la FIG □ Suivies de l'émission de selles hémorragiques ou glairo-sanglantes : épreintes, □ Peuvent rentrer dans le cadre du syndrome dysentérique qui comporte aussi des ténèses et des faux besoins. <p>2-Crise solaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur d'origine pancréatique, a un début brutal en coup de tonnerre et siège épigastrique ou un peu plus bas, Irradiation transfixante en coup de poignard, Grande intensité : malaise général, pâleur et sueurs +/- , a une Durée prolongée (plusieurs jours consécutifs). □ Troubles dyspeptiques : La douleur abdominale peut faire place à de simples gênes, lourdeur épigastrique post-prandiale, impression de digestion lente, satiété précoce, nausées ou vomissements. □ Troubles fonctionnels digestifs, mais parfois aussi d'une véritable maladie organique (cancers gastrique ou pancréatique). □ Douleur sourde : douleur vague ou d'une simple gêne.
	<h2>Intensité :</h2>	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation analogique de la douleur de type « EVA » : traitement antalgique. • Subjectif, Si douleur aiguë : appel à un médecin ou recours à des antalgiques • Comportement lors de la crise (Agitation en cas de colique hépatique ou néphrétique/ prostration en cas de crise solaire) • Si douleurs chroniques : retentissement sur l'activité, sur le sommeil • Douleur qui réveille le patient la nuit est a priori d'origine organique.
Les facteurs influençant la douleur	<h3>Facteurs déclenchants</h3>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effort physique : étranglement herniaire et de défécation : perforation diverticulaire ■ Restriction hydrique : colique néphrétique et Repas riche en graisse ou copieux: colique hépatique ■ Ingestion d'alcool : pancréatite et Prise de médicaments gastro-toxiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine), ulcère gastroduodénal
	<h3>Facteurs aggravants</h3>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toux et les mouvements aggravent la douleur de la péritonite et de l'appendicite.
	<h3>L'évolution dans le temps</h3>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évolution dans l'année peut être quotidiennes ou périodique.
	<h3>Facteurs de soulagement</h3>	<ul style="list-style-type: none"> -Défécation ou simple émission de gaz, (douleur intestinale) - Alimentation (syndrome ulcéreux) - Vomissements (stase gastrique, occlusion haute) -Positions antalgiques, antéfléchie ou genou pectorale « en chien de fusil » (douleur d'origine pancréatique) -Médicaments : Les anti-acides (douleurs oeso- gastriques), les antispasmodiques (colique hépatique, douleur d'origine intestinale ou néphrétique), aspirine (douleur pancréatique)

	Sa durée et son caractère	<ul style="list-style-type: none"> -Douleur permanente empêchant le sommeil. -Caractère nycthéméral d'une douleur : maladie organique (comme dans les péritonites). -Douleur intermittente voire rythmée dans la journée, rythmicité postprandiale (ulcère gastroduodénal, colique hépatique) - Douleur paroxystique : Sans accalmie (colique néphrétique) et Avec accalmie (ischémie mésentérique, occlusion par obstruction). - Pour les douleurs chroniques, notion de périodicité (périodes de douleurs quotidiennes alternant avec des intervalles de plusieurs jours, semaines ou mois sans aucune douleur).
	Son horaire de Survenue	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs postprandiales précoces et per-prandiales, • Douleurs postprandiales tardives (syndrome ulcéreux) et rythmées par les repas. • Syndrome ulcéreux: la prise alimentaire calme les douleurs, mais elles réapparaissent quelques heures (1 à 3 heures) plus tard. • Douleurs ont des horaires relativement fixes. • Douleurs périodiques : rares et caractéristiques du syndrome ulcéreux • Douleurs quotidiennes pendant la poussée ulcéreuse (quelques semaines en l'absence de traitement) et laissent place à des intervalles libres assez longs où le patient est totalement asymptomatique.
	Signes	<p style="text-align: center;">Signes accompagnateurs : Valeur d'orientation pour le diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signes digestifs : nausées, vomissements, pyrosis, troubles du transit (diarrhée, constipation), ballonnement, borborygmes, émission de gaz en excès, hémorragie digestive.. - Signes extra-digestifs : douleurs abdominales peuvent avoir une origine extra digestive (coliques néphrétiques); de même que des maladies digestives peuvent être associées à des symptômes non digestifs (manifestations rhumatismales des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin). <ul style="list-style-type: none"> ➢ signes urinaires (brûlures urinaires, pollakiurie, dysurie, hématurie), ➢ gynécologiques (leucorrhée, retard de règles, métrorragies) ➢ pneumologiques (toux), , articulaires, dermatologiques - Signes généraux Asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, sueurs. L'amaigrissement est un signe d'alarme, évocateur d'une maladie organique.

Principales douleurs abdominales

Douleur biliaire ou colique hépatique

Siege : épigastre ou hypochondre droit

Type : torsion ou crampe

Irradiation : épaule droite, omoplate droite, région inter-scapulaire

Intensité : +++

Durée : plusieurs heures

-Facteurs déclenchant : absence

-Facteurs calmants : pas de position antalgique, antispasmodiques

-Facteurs aggravants : inspiration (inhibition respiratoire), toux

-Horaire : absence (diurne ou nocturne)

-Périodicité : absence

-Signes d'accompagnement : vomissements (fin de crise), agitation, ictère, fièvre et frissons évocateurs d'angiocholite (septi cémie à point

de départ biliaire). La triade douleur suivie de fièvre et d'ictère en 24-48 heures est évocatrice d'obstacle lithiasique du cholédoque.

Examen clinique : signe de Murphy

Causes :

1. Lithiase biliaire (vésiculaire ou de la voie biliaire principale) ,Cancers de la vésicule ou de la voie biliaire principale

3. Parasites (douve)

4-Hémobilie (caillots de sang dans la voie biliaire)

Douleur colique

Siege : Epigastre ou en cadre, les fosses iliaques, ou hypogastre

Type : Colique

Irradiation : Descend le long du cadre colique

Intensité : variable DUREE : quelques minutes à quelques heures

Facteurs déclenchant : multiples

Facteurs calmants : émission de selles ou de gaz ,antispasmodiques HORAIRE : absence ou postprandial

- Périodicité : absence

- Signes d'accompagnement : gargouillis abdominaux, ballonnement, troubles du transit (constipation ou diarrhée), émissions glaireuses ou sanguinolentes

Examen clinique : douleur en cadre sur le trajet colique

Causes :

- 1. Cancer du côlon
- 2. Colites inflammatoires (MICI) ou infectieuses
- 3. TFI (troubles fonctionnels intestinaux) : syndrome de l'intestin irritable

Douleur pancréatique

Siege : Epigastre ou sus-ombilical, parfois hypochondre droit ou gauche

TYPE : Crampe

Irradiation : Dorsale, transfixante

Intensité : +++ DEBUT : brutal (coup de poignard)

Durée : plusieurs heures, voire plusieurs jours consécutifs

Facteurs déclenchant : Repas gras, alcool, Facteurs calmants : antéflexion (position penchée en avant), aspirine

Horaire : absence

Périodicité : absence

Signes d'accompagnement : Malaise, sueurs, vomissements, constipation (iléus), diarrhée (stéatorrhée), amaigrissement.

Examen clinique : douleur provoquée épigastrique ou péri-ombilicale, voire des fosses lombaires .

Causes :

1. Pancréatite aiguë (alcool, lithiase biliaire, médicaments, ...)
2. Pancréatite chronique
3. Cancer du pancréas

Douleur gastrique ou duodénale

- Siege : Epigastre - Type : Crampe ou torsion - Irradiation : absence - Intensité : variable, parfois très intense - Durée : de une demi-heure à plusieurs heures
 - Horaire : postprandial ± tardif (possiblement nocturne) - Facteurs calmants : aliments, antiacides ou pansements gastriques - Périodicité : nette dans le syndrome ulcéreux
 - Examen clinique : douleur provoquée du creux épigastrique
- Causes (syndrome ulcéreux) : 1. La maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale - 2. Le cancer gastrique - 3. La dyspepsie fonctionnelle pseudo-ulcéreuse

Principale cause de la douleur abdominale	ABDOMEN AIGU FEBRILE (ou infecté):	Douleur, fièvre, signes péritonéaux à type de défense ou de contracture.
	Plusieurs étiologies: siège de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> -Hypochondre droit: cholécystite, angiocholite (en cas d'ictère associé) ou abcès hépatique -Epigastre: pancréatite si douleurs transfixante à irradiation postérieure; ulcère gastroduodénal ou gastrite (hémorragie digestive, prise de médicaments gastro toxiques), -FID: appendicite, -FIG: sigmoïdite diverticulaire, -Fosses lombaires pyélonéphrite aigue - Diffuses: péritonite aigue généralisée (ventre de bois).
	ABDOMEN AIGU OCCLUS:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>Douleurs diffuses <input type="checkbox"/>Signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières , des gaz et météorisme abdominal.
	ABDOMEN AIGU HEMORRAGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> 1-Hémorragie extériorisée : diagnostic facile 2-Hémorragie interne : douleur +/- signes francs du choc hémorragique (pâleur, tachycardie, hypotension artérielle.) 3-Hémorragie post-traumatique: rupture d'un organe plein (Rate, foie, rein) ou lésion du mésentère. 4-Hémorragie spontanée : <ul style="list-style-type: none"> .Jeune femme en activité génitale il faut évoquer en premier une rupture d'une grossesse extra utérine. .Sujet âgé athéromateux: rupture d'un anévrysme de l'aorte, .A tout âge : rupture d'une tumeur hépatique, ou d'une tumeur stromale gastro- intestinale...
	ABDOMEN AIGU ISCHEMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Infarctus mésentérique:, Patient âgé • Antécédents cardiovasculaires ou artéritiques, • Douleur abdominale aigue,DiarrhéeMélaenes • Altération importante de l'état général : examen abdominal pauvre et moins alarmant.
DOULEUR ORGANIQUE OU FONCTIONNELLE ?	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de signes d'alarme : - Pathologie organique,Âge (>50 ans),Amaigrissement, Caractère nocturne des douleurs, Dysphagie, Hémorragie digestive (ou anémie) -Certaines douleurs sont typiques d'une maladie organique : Douleur biliaire ou pancréatique par exemple. 	

Douleurs aigues

Toxi-infection alimentaire
Ulcères gastriques ou duodénaux
Appendicites
Occlusions intestinales
Cholécystites - angiocholite
Pancreatite
Péritonites
Diverticuloses
Abcès
Ischémies intestinale

Douleurs chroniques

Ulcères gastroduodénaux
Gastrites
Cancers (cancer, pancréas , foie)
Lithiase biliaire
Colon irritable
MICI
Pancreatites chroniques
Diverticulose

Péritonite aigue généralisée

A propos :	Les signes fonctionnels et les signes physiques :	Sémiologie paraclinique
<ul style="list-style-type: none"> • Une inflammation aigue généralisée de la séreuse péritonéale secondaire à une agression chimique et/ou septique • Le diagnostic positif est essentiellement clinique <p>A-ETIOPATHOGENIE</p> <p>1-Péritonites secondaires : conséquences d'une inoculation chimique ou/et septique du péritoine soit par perforation d'un organe creux ou diffusion de l'infection à partir d'un foyer septique (Appendicite, cholycéstite, salpingite, sigmoidite...)</p> <p>2-Péritoines primitives : la contamination péritonéale se fait par voie hématogène lymphatique ou canalaire. Souvent due au Bacille de Koch (péritonite tuberculeuse), mais peut être streptococcique ou staphylococcique lors d'une septicémie</p> <p>3-Les péritonites tertiaires : stade avancé</p> <p>B-PHYSIOPATHOLOGIE :</p> <p>1-Les réactions péritonéales et le ralentissement loco-régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> a-Les sécrétion d'un liquide sérofibreux : riche en IgG, opsonines, fibrogénés, macrophages, polynucléaire, ayant un pouvoir bactéricide et exclusion de foyer infecté (péritonite localisée) b-l'irritation des terminaisons nerveuses sensitives du péritoine avec paralysie réflexe : se manifeste par douleurs et contracture c-Le ralentissement général : altération des grandes fonctions d'organisme 	<p>I-les signes fonctionnelles :</p> <p>1-Douleur abdominal : brutal, violente, d'emblée maximal en coup de poignard</p> <p>2-Vomissements : inconstantes, précoces, répétées, alimentaires, bilieux puis fécaloïdes</p> <p>3-troubles du transit : arrêt de matière et des gaz parfois diarrhée</p> <p>4-Le hoquet : précoce ou tardif</p> <p>II-Les signes physique :</p> <p>-> la palpation La contracture abdominale est une hypertonie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Involontaire • Douloureuse • Permanente • Invincible • Pas de TTT symptomatique • Le signe physique pathognomonique d'une péritonite aigue généralisée <p>- la percussion : une disparition de la matité pré-hépatique au niveau de l'HD</p> <p>- Au toucher rectal, le cul de sac de Douglas est douloureux, douleur vive (cri du Douglas)</p>	<p>I- les formes cliniques :</p> <p>1-la péritonite localisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Défense en regard du foyer infectieux (appendicite, cholycéstite aigue, diverticule sigmoïdienne) associé à une fièvre, avec des signes accompagnateurs : dyspnée, hoquet ou épanchement pleural, ileus, une dysurie ou ténesmes <p>2-le plastron :</p> <p>Forme particulière du péritonite localisée</p> <p>3-péritonite asthénique ou toxique :</p> <p>Chez les patients âgés, dénutris ou immunodéprimés ou porteurs de lourdes co-morbidités, en cas de traitements, en cas de péritonite en post-opératoire</p> <p>-> Le 1er examen à demander devant la suspicion de péritonite : Par perforation d'ulcère : Radiographie de l'abdomen sans préparation (l'ASP) et Appendiculaire : Echographie</p> <p>II-les signes d'orientation vers une étiologie :</p> <p>-PNP, lithiasis vésiculaire radio-opaque, stercolithe (péritonite appendiculaire), grisaille (l'épanchement intra-péritonéal), distension gazeuse du grêle et du colon</p> <p>II-les formes étiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Par perforation d'ulcère : la conservation de l'état général au début (péritonite chimique), le maximum de la douleur au niveau de l'épigastre, disparition de la matité périhépatique, l'asp montre PNP, le TDM est plus sensible en cas de doute -Appendiculaire : le début brutal, l'ASP montre iléus réflex ou un stercolithe, le TDM confirme le diagnostic -Origine colique : stercorales, d'origine grêlique (compliquée en fièvre typhoïde, entérite segmentaire, diverticule ...), biliaires, génitales, post-opératoires

Occlusion intestinale aigue

A propos :	Obstruction	Strangulation		
<p>-Interruption du transit intestinal qui traduit arrêt complet et persistant des matières et des gaz dans un segment intestinal, urgence chirurgicale</p> <p>a-les signes fonctionnelles : le carre de Mondor se caractérise par 4 éléments : douleur, vomissements, l'arrêt des matières et des gaz</p> <p>-> Le 1er examen à demander devant une occlusion intestinale aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La radiographie de l'abdomen sans préparation <p>- Le météorisme abdominal au cours du volvulus du côlon pelvien est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asymétrique et Immobile • Caractérisé par une résistance élastique • Tympanique à la percussion • Oblique barrant l'abdomen de l'HG à la fosse iliaque droite 	<p>1-Cause extra lumineale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Occlusion par adhérence (fibrose) • Masse abdominale (kyste, tumeur) <p>2- Cause pariétale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrésie congénitale • Maladie de Crohn • Tuberculose • Tumeur (bénigne, maligne) • Entérite post-radique <p>3- Cause intra lumineale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CE (bézoard) • Lithiasis (iléus biliaire) 	<p>-Début progressif</p> <p>-Douleurs paroxystiques</p> <p>-Pas d'altération rapide de l'état générale</p> <p>-Vomissements tardifs</p> <p>-Présence d'ondulations péristaltique</p> <p>-Auscultation bruyante</p> <p>-Météorisme important et diffus</p>	<p>- L'occlusion sur bride</p> <p>- L'étranglement herniaire</p> <p>- L'invagination intestinale aigue</p> <p>- Le volvulus du grêle</p>	<p>-Début est brutal</p> <p>-Douleurs intenses</p> <p>-Altération de l'état générale rapide</p> <p>-Vomissements précoces</p> <p>-Absence d'ondulations péristaltique</p> <p>-Silence abdominal à l'auscultation</p> <p>-Météorisme localisé et symétrique</p> <p>-S'accompagne de risque de nécrose intestinal</p>
Grêlique		Colique		
<p>-Début aigu</p> <p>-Retentissement précoce sur l'état générale</p> <p>-Météorisme modéré, central (périombilical)</p> <p>-Arrêt tardif et incomplet franc des matières et des gaz</p> <p>-Vomissements précoces et abondantes</p>	<p>-Sur une radiographie les caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Plus large que haut -Centraux -Nombreux <p>-Portants les empreintes des valvules conniventes</p> <p>-Absence de gaz dans le côlon</p> <p>-NHA variable</p>	<p>-Début progressif</p> <p>-Retentissement peu marqué de l'état générale</p> <p>-Météorisme en cadre volumineux</p> <p>-Arrêt précoce des matières et des gaz</p> <p>-Vomissements tardifs peu abondants</p>	<p>-Sur une radiographie les caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Plus haut que large -Périphérique -Peu nombreux <p>-Portant les empreintes des haustiations</p> <p>-Colique</p> <p>-Présence de gaz dans le côlon</p> <p>-Peuvent se voir en cas d'une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne</p>	

Syndrome de la cholestase

A propos :	Les signes pathognomoniques et clinique	Autres cas
<p>-Jaunisse, se traduit par une coloration jaune correspond a l'augmentation anormale du bilirubine dans le sang</p> <p>-Les cas d'ictère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1- L'ictère en cas de cancer de la tête du pancréas : <ul style="list-style-type: none"> • Cholestatique • Permanent • S'accompagne de lésions de grattage (prurit) • Amaigrissement • S'accompagne d'une grosse vésicule (Loi de courvoisier-Terrier) • Nu (sans fièvre) • 2-En cas d'un cholangiocarcinome hilaire (tumeur de Klatskin) <ul style="list-style-type: none"> • Ictère intense • Dilatation des voies biliaire intra hépatique • Diagnostic retenu par la BILI-IRM • 3- En cas de lithiasie de la voie biliaire principale : <ul style="list-style-type: none"> • Ictère est fébrile (pas nu) • Ictère est variable, intermittent (pas constant) • Conservation de l'état générale • Présence de la triade angiocholitique de Charcot (douleur, fièvre, ictère) • Peut se compliquer d'une angiocholite • L'IRM peut contribuer au diagnostic • La CPRE a un intérêt diagnostique et thérapeutique 	<p style="color: red;">1- Parmi les signes pathognomoniques de la cholestase :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colique hépatique <ul style="list-style-type: none"> • Ictère • Selles décolorés • Urines foncés <p style="color: red;">2- Parmi les signes cliniques de la cholestase :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colique hépatique <ul style="list-style-type: none"> • Ictère • Selles décolorées • Urines foncées (hypercolorées) <ul style="list-style-type: none"> • Moelénas • Stéatorrhée et amaigrissement <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Grosse vésicule • Prurit • Xanthomes sous cutanées ou xanthélasma • Douleur de l'hypochondre droit 	<p style="color: red;">1- L'angiocholite aiguë peut se manifester par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur de l'hypochondre droit • Fièvre • Ictère • Insuffisance rénale en cas d'angiocholite aiguë grave <p style="color: red;">2- Colique hépatique + fièvre + ictère + signe de Murphy positif, les diagnostic sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiocholite lithiasique • Syndrome de Mirizzi • Cholécystite aiguë <p style="color: red;">3- En cas d'ictère cholestatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échographie est l'examen morphologique de 1ère intention (puis dosage enzyme cholestase) • L'échographie ne permet pas de mettre en évidence la nature exacte de l'obstacle • L'angiocholite est surtout en faveur d'une étiologie bénigne • Le diagnostic d'un cholangiocarcinome retenu par Bili-IRM (pas TDM)

Affections de l'œsophage :

Dans l'achalasie, la dysphagie :	Une sensation d'accrochage et blocage plus marqué pour les liquides :	Syndrome œsophagien :
<ul style="list-style-type: none">• Est paradoxale• Est capricieuse• Est fonctionnelle• Est liée à l'absence de relaxation (hypertonie) du sphincter inférieur de l'œsophage• Plus marquée pour les liquides que pour les solides• Avec conservation de l'état générale• Trouble moteur œsophagien• Traduit un dysfonctionnement anorganique de l'oesophage• Son diagnostic est confirmé par la manométrie	<ul style="list-style-type: none">• Dysphagie paradoxale• Achalasie	<ul style="list-style-type: none">• Dysphagie (maître symptôme= -> Une sensation d'obstacle à la progression du bol alimentaire)• Régurgitation• Hypersialorrhée <p>-> Le 1er examen à demander devant une dysphagie : Fibroscopie digestive haute + biopsie</p>

Sténose antro-pylorique :

Les examens paracliniques et les étiologies	Signes cliniques de la sténose pylorique	
	Phase de lutte	Phase d'atonie
<p>1-L'examen paracliniques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fibroscopie oeso-gastro-duodénale• Transit oeso-gastro-duodénal• TDM abdominale• Ionogramme sanguin <p>2-Les étiologies :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ulcère gastro-duodénal• Sténose caustique• Sténose hypertrophique du pylore	<ul style="list-style-type: none">-Transit oeso-gastro-duodénal montre des ondes péristaltiques plus vives-Ondulations péristaltique spontanée-Douleur est progressivement croissante calmée par des vomissements alimentaires (et plus importante que la phase d'atonie)	<ul style="list-style-type: none">-Transit oeso-gastro-duodénal ne montre pas des ondes péristaltiques plus vives-Disparition des ondulations péristaltiques-Présence de clapotage à jeun plus évident-Douleurs épigastriques continues, plus sourdes ou peuvent même disparaître-Douleurs épigastriques de type de pesanteur-Vomissements fétides (nauséabonds)-Altération de l'état général-Des signes de déshydratation

Hernie et éventrations de la paroi abdominale :

Caractéristiques des hernies de l'aine		Les caractéristiques d'une hernie inguinale étranglée	
Hernie crurale :	Hernie inguinale :		
	Directe :	Indirecte :	
<ul style="list-style-type: none"> - Le collet est au-dessous de la ligne de Malgaigne (arcade crurale) - Se voit surtout chez la femme à haut risque d'étranglement 	<ul style="list-style-type: none"> - est une hernie acquise, de faiblesse qui siège en dedans des Vx épigastriques inférieurs et traverse le fascia transversalis, - ne descend jamais dans le scrotum - Se réduit directement d'avant en arrière 	<ul style="list-style-type: none"> - Congénitale par persistance du canal péritonéo-vaginal - Située en dehors des Vx épigastrique inférieurs - Le sac herniaire peut atteindre le scrotum - Hernie oblique externe située dans le canal inguinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Douloureuse - Irréductible - Une striction permanente au niveau du collet de la hernie - La douleur est maximale au niveau du collet - Exacerbée par la palpation - Est La complication la plus grave, et la plus redoutable - Peut mettre en jeu le pronostic vital - Un grand risque de souffrance vasculaire - Peut être responsable d'un tableau d'occlusion intestinale aiguë - Peut se manifester par une pollakiurie, voire une hématurie en cas d'étranglement d'une corne vésicale - Peut se manifester par des nausées en cas de l'étranglement de l'épiploon - N'a pas toujours un contenu intestinal - N'est pas impulsive à la toux - N'est pas expansible à la toux

"Tous mes rêves d'ados en miettes, j'veais les réaliser en mieux" / ayjoum