

# SÉMIOLOGIE VISCÉRALE

## I) Examen clinique :

### -> L'examen abdominale :

- Doit être fait à la lumière du jour
- Doit être fait en décubitus dorsal, les jambes semi fléchies
- Doit systématiquement se terminer par les touchers pelviens
- Doit débuter par les zones les moins douloureuses
- L'examineur doit utiliser ses deux mains réchauffées

### -> L'inspection doit rechercher :

- Une coloration jaunâtre de la peau
- Une circulation collatérale
- L'existence d'une cicatrice de laparotomie
- Des vergetures
- Des ecchymoses
- Un ballonnement abdominal
- La mobilité de l'abdomen lors des mouvements de la respiration

### -> Le toucher rectal :

- Est systématique
- 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
- Position du malade : Gynécologique, genu pectoral, décubitus latéral

## II) Douleurs abdominales :

### -> Le signe de Mac Burney :

- Situé au niveau de la fosse iliaque droite
- Recherché par la palpation
- En faveur d'une appendicite aiguë
- Situé à la jonction des 2/3 internes et du 1/3 externe de la ligne joignant l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite

### -> Parmi les caractéristiques de la douleur abdominale :

- Une douleur aiguë constitue souvent une urgence médico-chirurgicale
- Une douleur abdominale peut traduire une origine extra digestive
- Une irradiation dorsale évoque une origine pancréatique
- La crise solaire est souvent une douleur d'origine pancréatique
- La colique est une douleur paroxystique suivie d'une période d'accalmie
- Est calmée par la prise alimentaire dans le syndrome ulcéreux
- A un caractère nyctéméral en cas de maladie organique
- Est soulagée par la position antéfléchie en cas d'origine pancréatique
- Associée à une asthénie, une anorexie et un amaigrissement orientés vers une maladie organique
- Associée à une fièvre + contracture abdominale orientée vers une péritonite aiguë généralisée

### -> Les douleurs abdominales au cours du syndrome de Koenig :

- Sont dues à un rétrécissement situé au niveau de l'intestin grêle
- Sont sous forme de coliques post prandiales
- S'accompagnent parfois par de la distension abdominale localisée
- Sont en rapport avec les contractions intestinales
- Cèdent à l'émission des gaz ou des selles (en donnant des bruits hydro-aériques)
- Peuvent s'accompagner de nausées
- Réptations possibles correspondent aux contractions de l'intestin visible sous la peau

**-> Parmi les facteurs déclenchants la douleur abdominale :**

- Effort physique
- Repas copieux ou riche en graisse
- Prise de médicament gastro-toxiques (aspirine, AINS)
- Effort de défécation
- Restriction hydrique
- Ingestion d'alcool

**-> Parmi les facteurs de soulagement de la douleur abdominale :**

- Emission des gaz
- Vomissements alimentaire
- Alimentation
- Position antalgique: antéfléchie, genu pectoral
- Médicaments

**-> La douleur pancréatique :**

- Est de siège épigastrique
- Est d'irradiation dorsal transfixiante
- Est soulagée par la position antéfléchie
- Peut être déclenchée par un repas gras
- Est de début brutal en cas de pancréatite aiguë

**-> Signe d'alarme en faveur d'une pathologie organique :**

- Age > 50 ans
- Amaigrissement
- Caractère nocturne des douleurs
- Dysphagie
- Hémorragie digestive (ou anémie)

**III) Péritonite aiguë généralisée (PAG) :**

**-> La péritonite aiguë généralisée est :**

- Une inflammation du péritoine secondaire à une agression chimique ou septique
- N'est pas due à la présence du sang dans la cavité péritonéale
- Le diagnostic positif est essentiellement clinique
- Peut être secondaire à une perforation d'un organe creux (mais pas toujours)
- Peut survenir suite à une contamination péritonéale par voie hématogène

**-> Devant un syndrome péritonéal :**

- Le diagnostic positif est facile devant la présence d'une contracture abdominale
- Le diagnostic étiologique est orienté par le siège initial de la douleur et les ATCDs du malade
- On retrouve un cri de douglas au toucher rectal
- Le 1er examen à demander est une ASP (radiographie de l'abdomen sans préparation)
- La présence d'un état de choc toxi infectieux est un signe de mauvais pronostic

**-> La contracture abdominale est une hypertonie :**

- Involontaire
- Douloureuse
- Permanente
- Invincible
- Pas de TTT symptomatique

**-> L'examen clinique chez un patient chez qui on suspecte une PGA doit chercher :**

- Une contracture abdominale généralisée
- Une défense abdominale généralisée
- Un cri de douglas au toucher rectal

**-> Le signe physique pathognomonique d'une péritonite aigue généralisée :**

- Une contracture abdominale généralisée (ventre de bois)

-> **Le 1er examen à demander devant la suspicion de péritonite :**

- Par perforation d'ulcère : Radiographie de l'abdomen sans préparation (l'ASP)
- Appendiculaire : Echographie

**IV) Occlusions intestinales aiguës (OIA) :**

-> **Le syndrome occlusif associé :**

- Les vomissements
- Les douleurs abdominales
- L'arrêt des matières
- Le météorisme abdominal
- Pas de régurgitations (on les trouve dans le syndrome oesophagien)

-> **Le météorisme est recherché à :**

- La percussion et l'inspection

Étiologies des Occlusions Grêliques	
Obstruction	Strangulation
<p>-&gt; Cause extra luminale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Occlusion par adhérence (fibrose)</li><li>• Masse abdominale (kyste, tumeur)</li></ul> <p>-&gt; Cause pariétale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atrésie congénitale</li><li>• Maladie de Crohn</li><li>• Tuberculose</li><li>• Tumeur (bénigne, maligne)</li><li>• Entérite post-radique</li></ul> <p>-&gt; Cause intra luminale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Corps étrangé (bézoard)</li><li>• Lithiase (iléus biliaire)</li></ul>	<p>-&gt; L'occlusion sur bride</p> <p>-&gt; L'étranglement herniaire</p> <p>-&gt; L'invagination intestinale aigue</p> <p>-&gt; Le volvulus du grele</p>

Occlusion par	
Obstruction	Strangulation
Début progressif	Début est brutal
Douleurs paroxystiques	Douleurs intenses
Pas d'altération rapide de l'état générale	Altération de l'état générale rapide
Vomissement tardifs	Vomissement précoces
Présence d'ondulations péristaltique	Absence d'ondulations péristaltique
Auscultation bruyante	Silence abdominale à l'auscultation
Météorisme important et diffus	Météorisme localisé et symétrique
	S'accompagne de risque de nécrose intestinal

Occlusion de siège	
Grêlique	Colique
Début aiguë	Début progressif
Retentissement précoce sur l'état générale	Retentissement peu marqué de l'état générale
Météorisme modéré, central (périombilical)	Météorisme en cadre volumineux
Arrêt tardif et incomplet des matière et des gaz	Arrêt précoce des matière et des gaz
Vomissements précoces et abondantes	Vomissements tardifs peu abondants

Sur une radiographie d'abdomen sans préparation, les niveaux hydro-aériques	
Grêliques	Coliques
Plus large que haut	Plus haut que large
Centraux	Périphérique
Nombreux	Peu nombreux
Portants les empreintes des valvules conniventes	Portant les empreintes des haustrations colique
Absence de gaz dans le côlon	Présence de gaz dans le côlon
	Peuvent se voir en cas d'une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne

**-> Le 1er examen à demander devant une occlusion intestinale aiguë :**

- La radiographie de l'abdomen sans préparation

**-> Le météorisme abdominale au cours du volvulus du côlon pelvien est :**

- Asymétrique
- Immobile
- Caractérisé par une résistance élastique
- Tympanique à la percussion
- Oblique barrant l'abdomen de l'hypochondre gauche à la fosse iliaque droite

## **V) Syndrome de la cholestase :**

### **-> En cas d'ictère cholestatique :**

- 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)

### **-> L'ictère en cas de cancer de la tête du pancréas :**

- Cholestatique
- Permanent
- S'accompagne de lésions de grattage (prurit)
- Amaigrissement
- S'accompagne d'une grosse vésicule (Loi de courvoisier-Terrier)
- Nu (sans fièvre)

### **-> En cas d'un cholangiocarcinome hilair (tumeur de Klatskin) :**

- Ictère intense
- Dilatation des voies biliaires intra hépatiques
- Diagnostic retenu par la BILI-IRM

### **-> Parmi les signes pathognomoniques de la cholestase :**

- Colique hépatique
- Ictère
- Selles décolorées
- Urines foncées

### **-> Parmi les signes cliniques de la cholestase :**

- Colique hépatique
- Ictère
- Selles décolorées
- Urines foncées (hypercolorées)
- Moelénas
- Stéatorrhée et amaigrissement
- Fièvre
- Grosse vésicule
- Prurit
- Xanthomes sous cutanés ou xanthélasma
- Douleur de l'hypochondre droit

### **-> L'angiocholite aiguë peut se manifester par :**

- Douleur de l'hypochondre droit
- Fièvre
- Ictère
- Insuffisance rénale en cas d'angiocholite aiguë grave

### **-> En cas de lithiase de la voie biliaire principale :**

- Ictère est fébrile (pas nu)
- Ictère est variable, intermittent (pas constant)
- Conservation de l'état général
- 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

### **-> Colique hépatique + fièvre + ictère + signe de Murphy positif, les diagnostics sont :**

- Angiocholite lithiasique
- Syndrome de Mirizzi
- **Cholécystite aiguë**

## **VI) Affections de l'oesophage :**

-> **Une sensation d'obstacle à la progression du bol alimentaire correspond :** Dysphagie

-> **Le 1er examen à demander devant une dysphagie :** Fibroscopie digestive haute + biopsie

-> **Syndrome oesophagien :**

- Dysphagie (maître symptôme)
- Régurgitation
- Hypersialorrhée

-> **Note :** dysphagie, personne âgée => cancer jusqu'à preuve du contraire

-> **Devant une sensation d'accrochage et blocage plus marqué pour les liquides :**

- Dysphagie paradoxale
- Achalasie

-> **Dans l'achalasie, la dysphagie :**

- Est paradoxale
- Est capricieuse
- Est fonctionnelle
- Est liée à l'absence de relaxation (hypertonie) du sphincter inférieur de l'oesophage
- Plus marquée pour les liquides que pour les solides
- Avec conservation de l'état générale
- Trouble moteur oesophagien
- Traduit un dysfonctionnement anorganique de l'oesophage
- Son diagnostic est confirmé par la manométrie

## **VII) Sténose antro-pylorique :**

-> **Les examens paracliniques possibles lors d'un syndrome de sténose antro-pylorique :**

- Fibroscopie oeso-gastro-duodénale
- Transit oeso-gastro-duodénal
- TDM abdominale
- Ionogramme sanguin

-> **Les étiologies d'une sténose antro-pylorique non tumorale sont :**

- Ulcère gastro-duodénal
- Sténose caustique
- Sténose hypertrophique du pylore

Signes cliniques de la sténose pylorique	
Phase de lutte	Phase d'atonie
Transit oeso-gastro-duodénal montre des ondes péristaltiques plus vives	Transit oeso-gastro-duodénal ne montre pas des ondes péristaltiques plus vives
Ondulations péristaltique spontanée	Disparition des ondulations péristaltiques
Présence de clapotage à jeun	Présence de clapotage à jeun plus évident
Douleur est progressivement croissante calmée par des vomissements alimentaires (et plus importante que la phase d'atonie)	Douleurs épigastriques continues, plus sourdes ou peuvent même disparaître <b>Douleurs épigastriques de type de pesanteur</b>
	Vomissements fétides (nauséabonds) Altération de l'état général Des signes de déshydratation

### **VIII) Hernie et éventrations de la paroi abdominale :**

Caractéristiques des hernies de l'aîne		
Hernie inguinale		Hernie crurale
Le collet est au dessus de la ligne de Malgaigne (arcade crurale)		°Collet au dessous de la ligne de Malgaigne (arcade crurale) °Se voit surtout chez la femme à haut risque d'étranglement
Directe	Indirecte	
°Hernie acquise, de faiblesse °Siège en dedans des vaisseaux épigastriques inférieurs et traverse le fascia transversalis	Congénitale par persistance du canal péritonéo-vaginal	
Ne descend jamais dans le scrotum	Le sac herniaire peut atteindre le scrotum	
Se réduit directement d'avant en arrière	Hernie oblique externe située dans le canal inguinal	

#### **-> Les caractéristiques d'une hernie inguinale étranglée :**

- Douleuruse
- Irréductible (ni impulsive ni expansible à la toux)
- Striction permanente au niveau du collet de l'hernie
- Douleur maximale au niveau du collet
- Exacerbée par la palpation
- Complication la plus grave, et la plus redoutable
- Peut mettre en jeu le pronostic vital
- Grand risque de souffrance vasculaire
- Peut être responsable d'un tableau d'occlusion intestinale aiguë
- Peut se manifester par une pollakiurie, voire une hématurie si étranglement d'une corne vésicale
- Peut se manifester par des nausée en cas de l'étranglement de l'épiploon