

# SÉMIOLOGIE DIGESTIVE

## 1) Hémorragies digestives :

-> Hématémèse :

- Rejet par la bouche
- Sang rouge ou noir (digéré) non aéré
- Au cours d'un effort de vomissement
- Lésion au niveau du haut tube appareil digestif (oesophage, estomac, duodénum)
- Principales causes : ulcère gastro-duodénal hémorragique + rupture de varices oesophagiennes
- Diagnostic différentiel de l'hématémèse :
  - Hémoptysie
  - Épistaxis dégluties
  - Gingivorragies
  - Vomissements colorés (médicaments aliments)

-> Moeléna :

- Emission par l'anus
- Sang noir (digéré) fétide (nauséabonde)
- Lésion en amont du colon droit
- Peut être secondaire à l'hématémèse
- Diagnostic différentiel : Selles colorées par fer, charbon, bismuth, certains aliments

-> Rectorragies :

- Emission par l'anus
- Sang rouge (non digéré)
- Lésion au niveau du bas tube digestif (anus, rectum, sigmoïde, colon)
- NB : la lésion peut être d'origine haute si le saignement est massif (le sang peut transiter rapidement et arriver à l'anus non digéré et donc rouge)
- Diagnostic différentiel : Selles colorées par des aliments, médicaments

-> Les signes de gravités à chercher devant une hémorragie digestive :

- Cliniquement :
  - Pâleur, tachycardie, oligurie, extrémités froides
  - Polypnée, agitation, soif
  - Hypotension artérielle, marbres
  - Troubles de conscience et désorientation (formes sévères)
- Biologiquement :
  - Anémie : Diminution du taux d'hémoglobine
- Évaluation du terrain :
  - Co-morbidité
  - Age
  - ATCD de coronaropathie
  - Hépatopathie (cirrhose)
  - Insuffisance rénale ou respiratoire

-> Fibroscopie digestive haute :

- Systématique devant toute hémorragie digestive haute
- Intérêt diagnostique thérapeutique et pronostique
- Permet d'explorer le tube digestif haut (oesophage, estomac, duodénum)
- Permet de voir la lésion qui saigne : varices oesophagiennes, ulcère, tumeur...
- Rôle thérapeutique : ligature de VO

-> Moyen non invasif pour exploration totale de l'intestin : la vidéo-capsule endoscopique

-> Hémorragies digestives non extériorisées :

- Hémorragie occultes
- Chocs hémorragique sans extériorisation

- > Douleurs anales aiguës :
- Fissure anale
  - Abscès anale
  - Thrombose hémorroïdaire externe

## **2) Constipations :**

-> Constipation de progression : Selles peu fréquentes, moins de 3 selles par semaine, avec un poids moyen quotidien des selles inférieur à 35g

-> Les signes de la dyschésie rectale :

- Efforts de poussée
- Evacuation incomplète
- Sensation de gêne au passage des selles
- Temps d'exonération anormalement prolongé
- Emission de selles dures
- La nécessité de manœuvres digitales pour permettre une vacuité rectale
- Absence de besoin exonérateur

-> Les signes d'alarmes à rechercher devant une constipation chronique :

- Apparition après l'âge de 45 ans
- Hémorragies digestives extériorisées (Hématémèse, Méléna, Rectorragies)
- Amaigrissement involontaire
- Syndrome anémique
- ATCD familiaux de cancers colo-rectal
- Anomalies à l'examen physique orientant vers une affection organique

-> L'examen proctologique comprend :

- Inspection de la marge anale
- Anuscopie
- Rectoscopie
- Toucher rectal
- Toucher vaginal
- Position accroupie ou en position gynécologique et ou en genu-pectoral

## **3) Diarrhées :**

-> Syndrome de la diarrhée par malabsorption :

- Diarrhée graisseuse
- Syndrome carenciel :
  - Asthénie, Amaigrissement, Œdèmes des membres inférieurs
  - Syndrome anémique : asthénie, dyspnée d'effort, céphalée, pâleur cutanéomuqueuse
  - Troubles des phanères : ongles cassants, cheveux décolorés avec chute, langue décapillée
  - Hypocalcémie : Crise de tétanie
  - Hypoalbuminémie
  - Hypcholestérolémie
  - Douleurs osseuses et fractures spontanées (vit D)
  - Troubles oculaires (vit A), syndrome hémorragique (vit K), troubles neurologiques (vit E)

-> Les signes d'alarmes à rechercher devant une diarrhée aiguë :

- Terrain particuliers : sujet âgé, immunodépression (VIH chimiothérapie immunosuppresseurs), sujets hospitalisés (colite à Clostridium difficile), Grossesse
- Diarrhée profuse avec signes de déshydratation
- Sang ou pus dans les selles
- Fièvre > 38.5°C
- Evolution sur plus de 3 jours ou plus de 6 selles liquides/jour
- Contexte épidémique

-> La diarrhée par entéropathie exudative se fait par fuite des protéines par voie digestives

-> Principales étiologies du syndrome dysentérique :

- Cancer rectal ou recto-sigmoïdien
- La rectocolite hémorragique (RCH)
- Amibiase
- Tumeurs villeuses et autres polypes du rectum
- Rarement : rectite radique (post.radiothérapie) affection du voisinage (annexite-prostatite..)

-> Principaux diarrhées aiguës chez l'adulte :

- Syndrome dysentérique ou Diarrhée entéro-invasive
- Diarrhée électrolytique

-> Diagnostic différentiel des diarrhées :

- Incontinence anale
- Fausses diarrhées des constipés : selles dures inhomogènes dans du liquide suite à une période de constipation prolongée
- Émission rectale de substance non fécales répétées : sang, pus, glaires, mucus

#### **4) Vomissements :**

-> Pour évaluer le retentissement des vomissements :

- **Signes de dénutrition** : fonte musculaire, faciès émacié, IMC bas
- **Signes de déshydratation** : Pouls accéléré, TA diminuée, pli cutané, sécheresse des muqueuses bucco-pharyngées, polypnée, hypotonie des globes oculaires trouble de la conscience, diminution de la diurèse

-> Complications des vomissements :

- Déshydratation
- Dénutrition
- Alcalose métabolique
- Syndrome de Mallory-Weiss
- Rupture spontanée de l'œsophage
- Syndrome de Mendelson (inhalation)
- Eventration ou étranglement hernien
- Hémorragie sous-conjonctivale (sans gravité)
- Fractures de côtes
- Inhalation

-> Syndrome de Mallory-Weiss :

- Suite à des vomissements répétés
- Déchirure muqueuse cardiale
- Hémorragies digestives (Hématémèses)
- Diagnostic : fibroscopie digestive haute

-> Diagnostic différentiel des vomissements :

- **Nausées** : menace de vomissements ressentie à la gorge et à l'épigastre
- **Régurgitations** : remontée involontaire passive du liquide gastrique jusque dans la bouche
- **Mérycisme = rumination** : remontée volontaire ou non d'aliments dans la bouche pour une nouvelle mastication avant la déglutition
- **Eructation (rot)** : renvois d'air par la bouche spontanés ou volontaires
- **Pyrosis** : brûlure rétro-sternale ascendante à début rétro-xyphoïdien (sensation d'acidité) à caractère postural (en position penchée ou en décubitus), c'est le signe typique du reflux gastro-oesophagien RGO
- **Hoquet** : réflexe fait de succession de contraction inspiratoire involontaire et spasmodique du diaphragme

## 5) Ascite :

-> L'ascite : épanchement liquidien dans la cavité péritonéale

- 1- Matité déclive et mobile
- 2- Matité à concavité ouverte vers le haut
- 3- Matité déclive des flancs

-> L'examen clinique qui permet de faire le diagnostic de l'ascite est la percussion abdominale

-> Les 2 moyens (examen paraclinique) les plus utilisés pour confirmer une ascite :

- Echographie abdominale
- Ponction d'ascite

-> Signe de Glaçon positif : sensation d'un choc de retour lors de la dépression brusque de l'hypochondre droit (hépatomégalie) ou gauche (splénomégalie)

-> Signe de Flot positif : caractère libre de l'ascite

-> Principales étiologie de l'ascite :

- Ascite exsudatif :
  - Tuberculose péritonéale
  - Carcinose péritonéale
- Ascite transudative :
  - Foie : Cirrhose décompensée
  - Rein : Syndrome néphrotique
  - Cœur : Insuffisance cardiaque
  - Hypoalbuminémie des syndromes néphrotiques, entéropathies exsudatives, dénutrition...

-> Les éléments de liquide d'ascite en faveur de l'origine tuberculeuse :

- Exsudatif : protéines > 25 g/L
- Prédominance lymphocytaire
- ADA positif (adénosine désaminase=ADA)

NB : la confirmation de la tuberculose péritonéale se fait essentiellement par la biopsie péritonéale

-> Carcinose péritonéale :

- Ascite récidivante
- Liquide hémorragique et exsudatif contient des cellules néoplasiques
- La confirmation de la carcinose péritonéale se fait essentiellement par la biopsie péritonéale

-> Ascite cirrhose décompensée :

- Signe d'une décompensation d'une cirrhose
- Transudative : protéines < 25 g/L
- Contexte d'hépatite Virales (B-C) ou d'alcoolisme chroniques.
- Œdèmes des membres inférieurs
- Signes d'H.T.P
- Hémorragies digestives
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire....

-> Ascite chyleuse :

- Liquide d'ascite laiteux riche en triglycérides TG > 1g/L
- Causes : lymphome, tuberculose, cirrhose pancréatite chronique

-> Maladie gélatineuse du péritoine (pseudomixome péritonéal) :

- Ascite gélatineuse = liquide mucineux récidivant
- Causes : mucocèle appendiculaire ou ovarien....

-> Syndrome de Budd chiari : thrombose des veines sus-hépatiques

-> Le bord sup du foie est repéré par la perfusion au niveaux des espaces intercostaux droits

-> Diagnostic différentiel de l'ascite :

- Grossesse
- Globe vésical (matité à convexité supérieure)
- Kyste de l'ovaire ou Kyste hydatique péritonéal ou Kyste du mésentère
- Masse abdominale

## **6) Cytolyse du foie = hyper-transaminasémie :**

-> Cytolyse du foie = hyper-transaminasémie, il y a augmentation dans le sang des transamines :

- ASAT (GOT) > 40 UI/L
- ALAT (GPT) > 40 UI/L

-> Cytolyse du foie = hyper-transaminasémie, les critères de gravité :

- Diminution TP, facteur V, Albumine
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire avec encéphalopathie hépatique

-> Le bilan d'hémostase est demandé pour évaluer la gravité d'une cytolysé aigue du foie

-> Diagnostic différentiel de la cytolysé hépatique :

- Cytolyse musculaire
- Cytolyse d'origine cardiaque (Infarctus du myocarde, choc électrique externe, troponine, ECG )
- Hémolyse et hémopathie maligne (libération des ASAT par le globule rouge)
- Causes digestive (Pancréatite aigue, infarctus intestinal, post chirurgie digestive)

-> Le bilan pré-ponction du foie par voie pré-cutanée comprend :

- Bilan d'hémostase
- NFS Pq
- Echographie abdominale

-> Au Maroc la première étiologie à chercher systématiquement devant une cytolysé aigue du foie est l'hépatite virale

## **7) Syndrome de cholestase et ictère cholestatique :**

-> Définition biologique de l'ictère : augmentation de la bilirubine dans le sang

-> Lors d'un ictère cholestatique, il ya augmentation de :

- Bilirubine conjugué
- Gamma GT
- PAL (phosphatase alcaline)

-> Un test de Kohler positif signifie une diminution du taux de prothrombine liée à une cholestase

-> Symptômes de l'ictère cholestatique :

- Ictère
- Urines foncées
- Selles décolorées grasses
- Prurit variable (signes de grattage, peut précéder l'ictère)
- Bradycardie Inconstante
- Amaigrissement
- Diarrhée
- Xanthomes sous cutanés
- Signes de carence vitaminique

-> 1er examen morphologique devant un ictère cholestatique : Echographie abdominale

-> Les éléments d'orientation étiologique dans le syndrome de cholestase :

- Grosse vésicule palpable
- Hépatomégalie
- Signes d' hypertension portale
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire
- Masse intra-abdominale
- Fièvre
- Hémorragie digestive (toucher rectal)
- Adénopathies ...

## 8) Insuffisance hépatocellulaire :

-> Les signes biologiques du syndrome d'insuffisance hépatocellulaire HIC :

- Diminution du TP < 50%
- Diminution du Facteur V
- Diminution de l'Albumine sérique
- Test de Koller négatif

-> Les signes cliniques de l'insuffisance hépatocellulaire :

- **Syndrome cutané-phanérien** (angiomes stellaires, erythrose palmo-plantaire, signes hémorragiques comme purpura ecchymose gingivorragie épistaxis, signes unguéaux comme hippocratisme digital ou ongles blancs = leuconychie)
- **Asthénie** (fonte musculaire)
- **Le foetor hepaticus** (Odeur de l'haleine : urines + de pomme pourrie)
- **Signes cliniques d'une cholestase** (Ictère + prurit, xantomes, diarrhée graisseuse...)
- **Syndrome endocrinien** (Femme : aménorrhée, stérilité/ Homme : hypogonadisme, féminisation)
- **Ascite + œdème des membres inférieurs** (Rétention hydro sodée, Hypoalbuminémie)
- **Signes d'hypertension portale** (circulation collatérale, splénomégalie, hémorragies digestives)
- **Infections récidivantes** (Septicémie par des bactéries, diminution des défenses de l'organisme)
- **Sensibilité augmentée aux médicaments**
- **Encéphalopathie hépatique** (gravité)

-> Le signe de gravité du syndrome d'insuffisance hépatique est l'encéphalopathie hépatique

-> Hépatite aigue :

- Sans encéphalopathie hépatique
- Facteur V sup à 50%

-> Hépatite aigue sévère :

- Sans encéphalopathie hépatique
- Facteur V bas inf à 50%
- TP bas

-> Hépatite aigue grave sub-fuminante :

- Encéphalopathie hépatique (Délai avec l'ictère > 2 semaines)
- Facteur V bas inf à 50%
- TP bas

-> Hépatite aigue grave fulminante :

- Encéphalopathie hépatique (Délai avec l'ictère < 2 semaines)
- Facteur V bas inf à 50%
- TP bas

-> L'encéphalopathie hépatique :

- Manifestations neuro-psychiques liées à l'IHC ou au shunt porto-systémique
- Troubles de la conscience intellectuels moteurs et du comportement
- Complication majeure de la cirrhose et aussi de l'insuffisance hépatique aigue
- Invasion du cerveau par des substances toxiques = Ammoniac

-> Classification de l'encéphalopathie hépatique EP selon pathologie sous jacente :

- Type A : association avec insuffisance hépatique aiguë
- Type B : association avec shunt porte-systémique sans cirrhose
- Type C : association avec cirrhose

-> Classification de l'encéphalopathie hépatique EP selon le profil évolutif :

- L'encéphalopathie hépatique épisodique : retour à l'état neurologique normal entre les épisodes
- L'encéphalopathie hépatique récurrente : récidivante en moins de 6 mois
- L'encéphalopathie hépatique persistante : Absence de retour à un état neurologique normal

-> Classification de l'EP selon la présence ou non de facteurs déclenchants (EH type C)

- L'encéphalopathie hépatique spontanée : absence de facteurs déclenchants
- L'encéphalopathie hépatique précipitée : présence de facteurs déclenchants :
  - Hémorragie digestive
  - Infection
  - Médicament (diurétique benzodiazépines...)
  - Déshydratation, hyponatrémie, insuffisance rénale
  - Poussé d'hépatite alcoolique
  - Apport protéique excessif
  - Constipation sévère
  - Les dérivations porto-caves

-> Classification de l'encéphalopathie hépatique selon la sévérité des signes cliniques :

- L'encéphalopathie hépatique minime = infra-clinique : (**tests psychométriques**)
- L'encéphalopathie hépatique clinique : (**4 stades**)
  - Inversion du cycle nyctéméral
  - Troubles de la vigilance (obnubilation avec désorientation temporo-spatiale -> Coma)
  - Signes neurologiques objectifs :
    - **Astérisis** (troubles du maintien d'attitude des mains)
    - L'hypertonie extra-pyramidale
    - L'hyperréflexie ostéotendineuse
  - Signes frontaux

-> Les stades de l'encéphalopathie clinique :

- Stade 1 : Astérisis, intermittent ou discret, Désorganisation du cycle veille/sommeil
- Stade 2 : Astérisis franc, Confusion, somnolence, agitation
- Stade 3 : Astérisis, Absence de contacts, réponse adaptée aux stimuli
- Stade 4 : Coma sans signe de focalisation, Disparition de l'astérisis

-> L'évolution de l'encéphalopathie hépatique :

- Aigue : Hépatite fulminante -> décès (si pas de transplantation de foie urgente)
- Chronique : Cirrhose évolution variable réversible si y a eu TTT ou pas

-> L'IHC avec encéphalopathie hépatique est une des indications de la transplantation du foie

## **9) Hépatomégalie :**

-> Les caractéristiques d'un foie cirrhotique :

- Bord inférieur tranchant
- Dur à la palpation

-> Les caractéristiques d'un foie cardiaque :

- Augmenté de taille
- Associé à un reflux jugulaire
- Douloureux à la pression

-> Diagnostic différentielle de l'hépatomégalie :

- Foie ptosé
- Lobe surnuméraire : lobe de Riedel
- Tumeur de voisinage (estomac, pancréas, colon, adénopathies) (Tumeur caecale EXCLUS !)

## **10) Hypertension portale :**

-> Signes de l'hypertension portale :

- Hémorragie digestive par rupture des varices oesophagiennes
- Ascite
- Encéphalopathie (si HTP sur cirrhose)
- Circulation veineuse collatérale
- Splénomégalie avec ou sans hypersplénisme (thrombopénie, leuconéutropénie et anémie)

- Hypercinésie circulatoire systémique (tachycardie, hypoTA, pouls bondissant, ↑ débit cardiaque)
- Diamètre de la veine porte >15mm

-> L'hypertension portale par bloc intra-hépatique est souvent due à la cirrhose du foie

-> Les caractéristiques de la douleur pancréatique :

- Siège épigastrique
- Intensité élevée de la douleur
- Début brutal en coup de poignard
- Irradiation dorsale transfixante

-> Les caractéristiques de la douleur biliaire :

- L'absence de position antalgique
- L'irradiation typique se fait vers l'épaule droite