

EXAMEN CLINIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

A.
NECHADI

Faculté de
Médecine
UFA Sétif 1

Service de Médecine
interne
CHU Sétif

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Réaliser un examen de la bouche

Préciser les anomalies de la denture

Décrire les anomalies de la langue

Décrire les anomalies de la muqueuse buccale

Décrire les anomalies de la gorge

Rattacher chaque anomalie à sa cause

Réaliser l'examen de l'abdomen en précisant la séquence inspection-palpation-percussion-auscultation

Identifier les neuf cadrans de l'abdomen

Reconnaître à l'inspection une CVC, des angiomes stellaires

Reconnaître les 3 anomalies morphologiques de l'abdomen

Reconnaître à la palpation de l'abdomen les 2 modifications de tonus de la paroi abdominale (contracture et de défense)

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Rechercher à la palpation de l'abdomen une hépatomégalie, une vésicule ou une masse tumorale

Mesurer la flèche hépatique en réalisant une palpation et une percussion de l'abdomen

Rechercher à la palpation les 2 points douloureux (appendiculaire et vésiculaire)

Reconnaître à la palpation de l'abdomen une hernie en citant les caractères communs

Citer les 3 types d'hernie ombilicale

Distinguer à la percussion, la matité d'une ascite libre de celle d'un globe vésical

Citer les 3 anomalies recherchées à l'examen de la marge anale

Décrire les 3 positions du malade lors de la pratique d'un toucher rectal



Introduction

- ▶ **L'examen clinique** de l'appareil digestif :
 - ▷ commence à la bouche
 - ▷ se termine à l'anus
- ▶ Il comporte, un examen :
 - ▷ de la **cavité buccale**
 - ▷ de l'**abdomen**
 - ▷ de la **marge anale**
 - ▷ un **toucher rectal**

Examen de la bouche

1

Examen de la bouche



- ▶ Il comprend :
 - ▷ des dents
 - ▷ des gencives
 - ▷ de la langue
 - ▷ de la muqueuse buccale
- ▶ Sera complété par :
 - ▷ examen de la gorge





I. Les dents

Normalement :

Adulte 32 dents :

- 2 arcs supérieurs
(droit et gauche)

- 2 arcs inférieurs

- Chaque arc : 8 dents

Enfants : 20 dents de
lait

Chez le malade :

On établit la formule
dentaire

On précise le nombre de
caries

On examine l'état des
gencives :

- Recherche d'ulcération

- Inflammation (gingivite)

Gingivite

Inflammation des
gencives



Gingivorragi es

Hemorragies gingivales

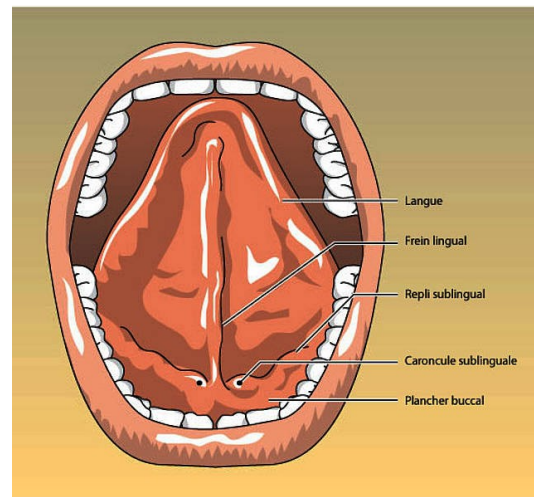


II. La langue et le plancher de la bouche

La Langue



Le plancher de la bouche



La langue

Technique :

On demande au sujet de tirer la langue

On étudie la face dorsale et les bords

La langue :

- Recouverte de papilles
- Humide et de couleur rosée

Anomalies :

- Langue sèche et rôtie (**état de déshydratation**)
- Lisse et dépapillée (**Glossite** + sensation de brûlure au contact des mets épicés ou acides)
- Lisse, luisante et rouge carmin (**cirrhose**)
- Blanche dite saburrale (**maladies infectieuses**)
- Épaisse, augmentée de volume: **macroglossie** (**hypothyroïdie et amylose**)

Langue
sèche et
rôtie
état de déshydratation



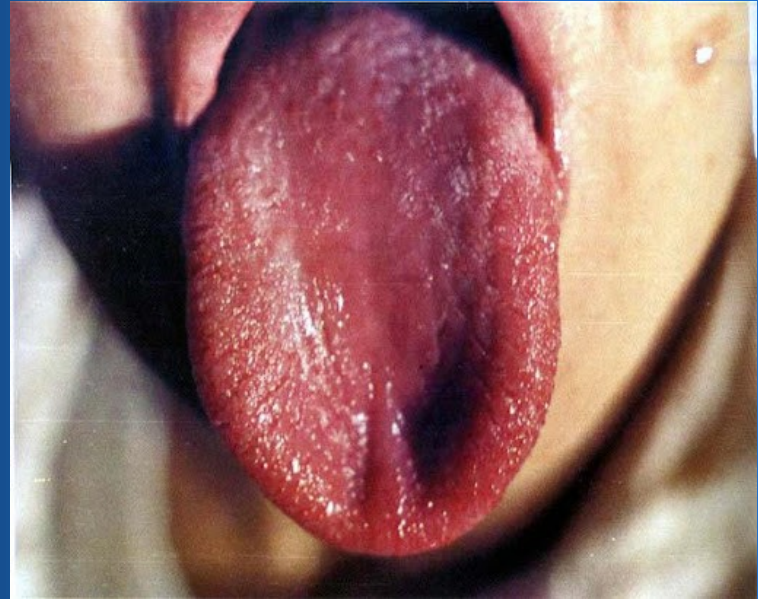
Lisse et dépapillée

Glossite

sensation de brûlure
au contact des mets
épicés ou acides



Lisse,
luisante et
rouge
Cirrhose
carmin



Blanche dite saburrale

maladies infectieuses



Épaisse,
augmentée
de volume

**hypothyroïdie et
amylose**

macroglossie



Turgescente
+
empreintes
hyperhydratation
intracellulaire



Plancher de la bouche

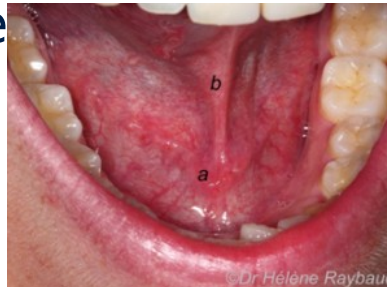
Technique :

On demande au sujet de placer le bout de la langue contre la voûte du palais

On observe la face inférieure de la langue

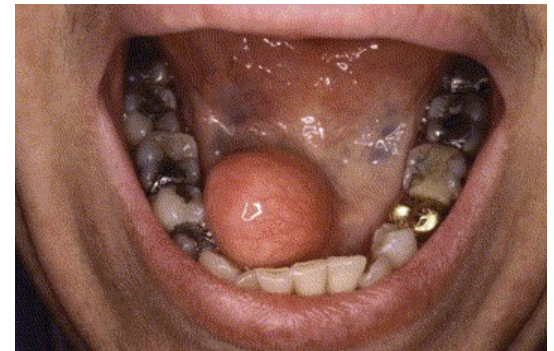
Avec :

- ses veines linguales proéminentes
- le frein de la langue
- plancher de la bouche



Anomalies :

- C'est au niveau de la face inférieure de la langue que l'on recherchera un **subictère**



III. La muqueuse buccale

Technique :

Est examinée au niveau de la face interne des joues

Normalement :
humide et rosée

Anomalies :

- Sèche (**déshydratation intracellulaire**)
- Rouge : inflammation, parsemée de petits points blanchâtres
 - signe de **Koplick** (**éнанthème de la rougeole**)
- Tâches pigmentaires :

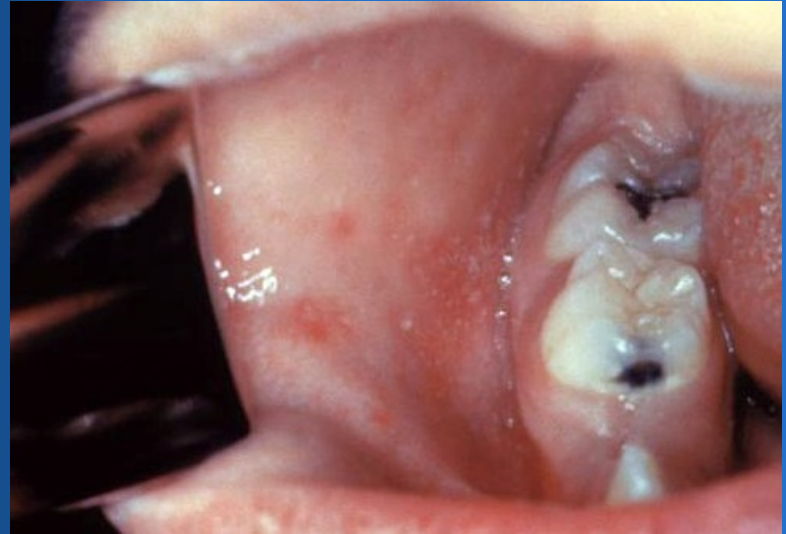
muqueuse
buccale

sèche
déshydratation
intracellulaire



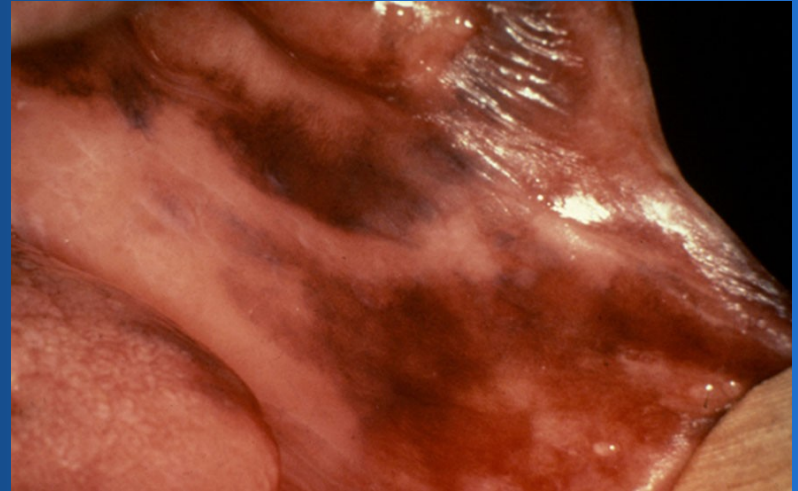
muqueuse buccale rouge

signe de Koplick



Taches pigmentaire

maladie d'Addison



IV. La gorge

Technique :

Examen du pharynx :
du voile du palais
de la luette
des amygdales

À l'aide :
Lampe de poche
Abaisse-langue

Anomalies : **amygdales**

- Augmentée de volume (**hypertrophie amygdalienne**)
- Cryptes profonds, comblées par des débris épithéliaux (points blancs) (**cryptiques**)
- Inflammatoire, rouge vif (**angine érythémateuse**)
- Rouges et parsemées d'éléments blancs (**angine érythémato-pultacée**)
- Recouvertes de fausses membranes : rougeur diffuse et pellicules blanchâtres ou grises (**angine**)

Amygdales

Augmentées de
volume

**hypertrophie
amygdalienne**



Dr Talfer

Amygdales cryptiques



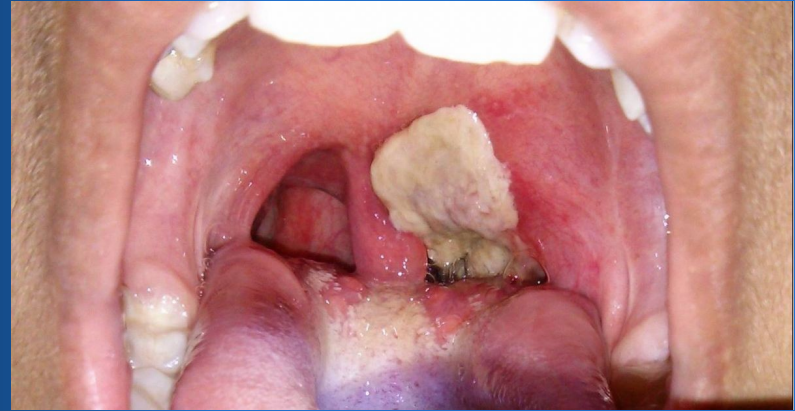
Angine érythémateuse inflammatoire



Angine érythémato- pultacée



Angine diphthérique

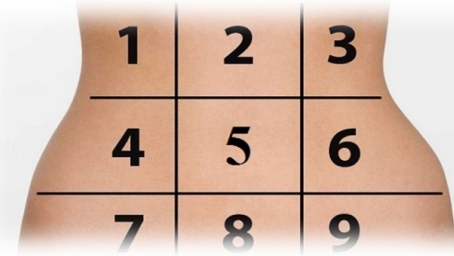


Examen de l'abdomen

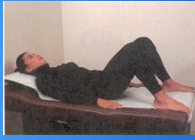
2

I. La topographie générale de l'abdomen

- ▶ **Hypochondre droit 1** : Voies biliaires, foie, parfois le côlon droit
- ▶ **Epigastre 2** : estomac ou pancréas
- ▶ **Hypochondre Gauche 3** : queue du pancréas, rate, angle colique gauche
- ▶ **Flanc droit et gauche 4-6** : côlon
- ▶ **Région péri-ombilicale 5** : intestin grêle
- ▶ **Fosse iliaque droite 7** : appendicite, cæcum, parfois les annexes (ovaires et trompes)
- ▶ **Hypogastre 8** : vessie, colon sigmoïde, organes génitaux chez la femme
- ▶ **Fosse iliaque gauche 9** : sigmoïde

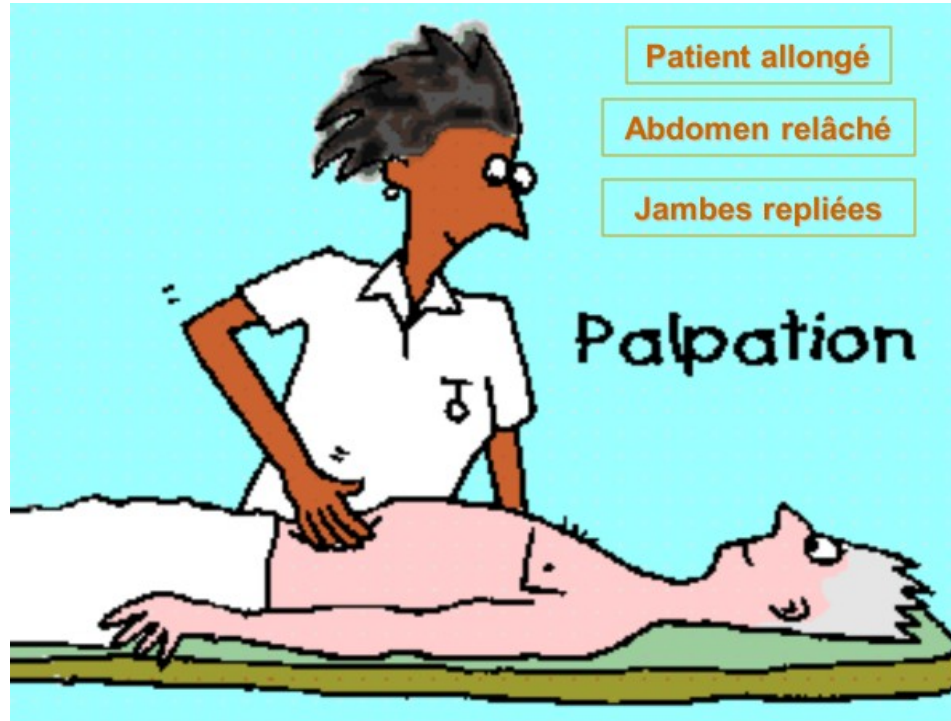
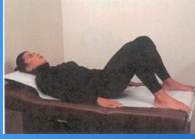


II. Conditions de l'examen clinique



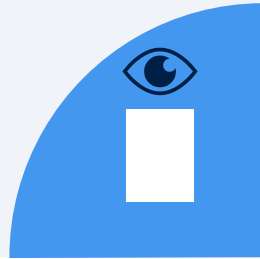
- ▶ Pièce chauffée, bien éclairée
- ▶ Patient placé en décubitus dorsal, le tronc entièrement dévêtu, la tête reposant sur le plan du lit, les membres inférieurs légèrement fléchis
- ▶ Le patient doit être mis en confiance et rassuré
- ▶ L'examineur s'assied à droite du patient

II. Conditions de l'examen clinique



III. Examen clinique de l'abdomen

INSPECTION



PALPATION



PERCUSSION



AUSCULTATION



Inspection

- ▶ Elle s'attachera à observer :
 - ▷ L'aspect de la peau
 - ▷ L'aspect morphologique de l'abdomen
 - ▷ Les mouvements de l'abdomen



Inspection : aspect de la peau

► **Signes anormaux :**

- ▷ Cicatrice d'intervention chirurgicale (abdomen)
- ▷ Vergetures : stries verticales siégeant au niveau des quadrants inférieurs de l'abdomen (grossesse ou augmentation importante du poids)
- ▷ Dilatation des veines abdominales superficielles (augmentation de la CVC) due à un obstacle sur la circulation porte (HTP)

Cicatrice d'interventio n chirurgicale



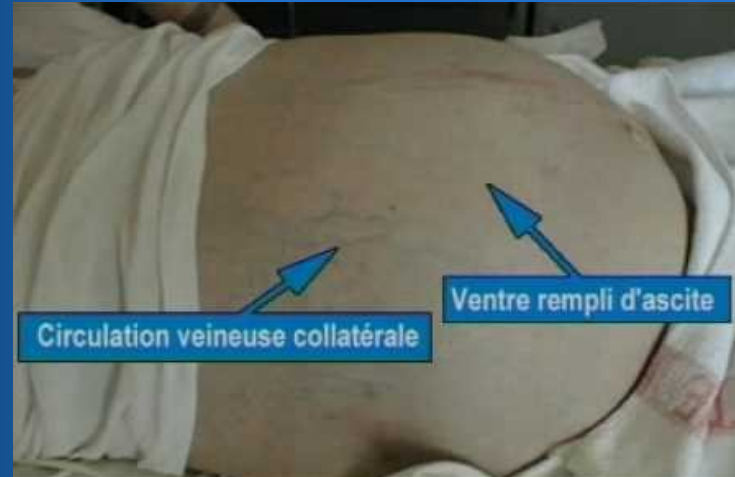
Vergetures

Grossesse
augmentation
importante du poids
Maladie de cushing



Circulation Veineuse Collatérale

**obstacle sur la
circulation porte (HTP)**



Inspection : aspect morphologique de l'abdomen

► **Anomalies morphologiques :**

- ▷ Abdomen étalé (de batracien) : sujet âgé ou ascite de moyenne abondance
- ▷ Abdomen distendu : météorisme abdominale ou ascite de grande abondance
- ▷ Asymétrie de l'abdomen : voussure localisée (tumeur ou hypertrophie d'un organe ou hernie)

Abdomen de batracien

**ascite de moyenne
abondance**



Abdomen distendu

**ascite de grande
abondance**



Asymétrie de l'abdomen

Hernie ombilicale
Masse abdominale



Asymétrie de Hépatomégalie l'abdomen



Inspectio

**Mouvements de
l'abdomen**



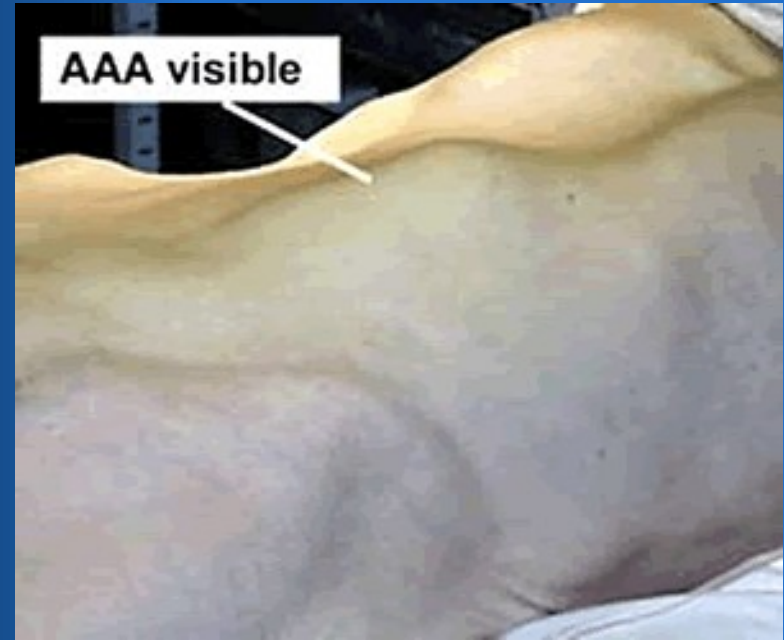
Inspection : mouvements de l'abdomen

► **Mouvements anormaux :**

- ▷ Pulsations visibles au niveau du creux épigastrique : syndrome de l'aorte battante
- ▷ Tuméfaction apparaissant lors de l'effort ou lors de la toux : signe d'une hernie
- ▷ Ondulations péristaltiques : mouvements de reptation spontanés ou provoqués par une petite chiquenaude (signe d'un obstacle) :
 - Sténose de pylore : ondulations péristaltiques de siège épigastrique avec distension abdominale sus-ombilicale, un durcissement intermittent de l'épigastre et un clapotage à jeun
 - Occlusion intestinale aiguë : ondulations péristaltiques sont

Mouvements anormaux

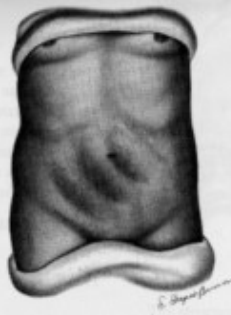
**Anévrysme AA
visible**





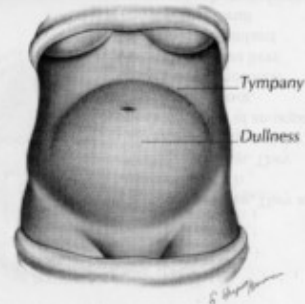
Fat

Fat is the most common cause of a protuberant abdomen and is associated with generalized obesity. The abdominal wall is thick. Fat in the mesentery and omentum also contributes to abdominal size. The umbilicus may appear sunken. The percussion note is normal. An apron of fatty tissue may extend below the inguinal ligaments. Lift it to look for inflammation in the skin fold or even for a hidden hernia.



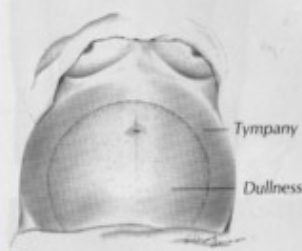
Gas

Gaseous distention may be localized, as shown, or generalized. It causes a tympanitic percussion note. Increased intestinal gas production due to certain foods may cause mild distention. More serious are intestinal obstruction and adynamic (paralytic) ileus. Note the location of the distention. Distention becomes more marked in colonic than in small bowel obstruction.



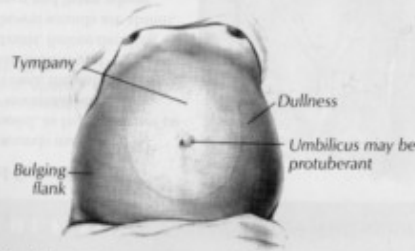
Tumor

A large, solid tumor, usually rising out of the pelvis, is dull to percussion. Air-filled bowel is displaced to the periphery. Causes include ovarian tumors and uterine myomata. Occasionally, a markedly distended bladder may be mistaken for such a tumor.



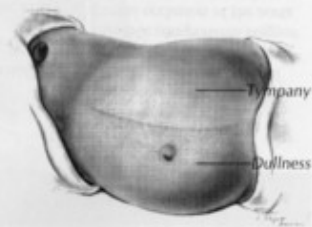
Pregnancy

Pregnancy is a common cause of a pelvic "tumor." Listen for the fetal heart (see pp. 411–412).



Ascitic Fluid

Ascitic fluid seeks the lowest point in the abdomen, producing bulging flanks that are dull to percussion. The umbilicus may protrude. Turn the patient onto one side to detect the shift in position of the fluid level (shifting dullness). (See pp. 350–351 for the assessment of ascites.)



Palpation

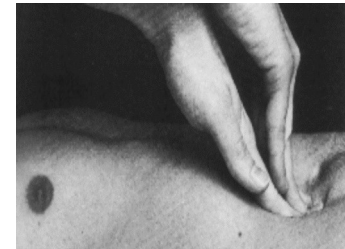
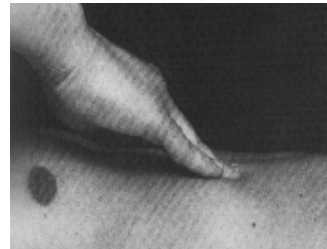


Technique :

- Patient parfaitement détendu
- Deux mains réchauffées, posées à plat sur l'abdomen
- Palpation avec la pulpe des doigts en commençant par les zones les moins douloureuses
- Palpation douce et prolongée
- Elle apprécie le tonus de la paroi

État normal :

- La paroi est souple
- La palpation ne déclenche aucune douleur
- Le bord inférieur du foie n'est pas palpable



Palpation Profonde

**Recherche de masse
abdominale**



Palpation Profonde

Examen de l'aorte abdominale



Palpation

► **État pathologique:**

- ▷ Modifications du tonus de la paroi abdominale
- ▷ Hypertrophie d'un viscère ou une tumeur
- ▷ Existence d'une douleur provoquée et des points douloureux particuliers
- ▷ Présence d'une hernie



Palpation : Modifications du tonus de la paroi abdominale

Défense pariétale :

- Diminution de la souplesse de la paroi
- Localisée en regard d'un foyer inflammatoire
- Exemple : appendicite
 - Défense pariétale au niveau FID
 - # contraction volontaire des muscles (crainte ou nervosité du patient ou un palper trop brutal)

Contracture abdominale :

- Contractions invincibles des muscles abdominaux qui sont tendus et rigides
 - « ventre de bois »
- Elle augmente si on cherche à la vaincre
- Elle est due à une irritation du péritoine
- Exemple : péritonite par perforation UGD

Défense pariétale

**Diminution de la
souplesse de la paroi**



Palpation : Hypertrophie d'un viscère ou une tumeur

Recherche d'une HPM :

- Consistance du bord inférieur
- Aspect de la surface : régulière ou irrégulière
- Consistance
- Sensibilité

Recherche d'une vésicule palpable :

- Tuméfaction rénitente de 6 à 8 cm de hauteur
- Mobile avec la respiration
- Solidaire du bord inférieur du foie

Recherche d'une masse tumorale :

- On apprécie :
 - Siège
 - Taille
 - Forme
 - Consistance
 - Aspect de la surface
 - Mobilité
 - sensibilité

Recherche d'une HPM

**Palpation
bimanuelle**

Méthode de Gilbert



Recherche d'une HPM

**Palpation
bimanuelle**

Méthode de Mathieu



Recherche d'une HPM

Palpation bimanuelle



Palpation : Existence d'une douleur provoquée et des points douloureux particuliers

Douleur provoquée :

- À la décompression est le signe d'irritation péritonéale :
 - en déprimant fortement la paroi en un point éloigné de la région douloureuse
 - et en relâchant brusquement la pression
 - le patient ressent une douleur très vive au

Points douloureux particuliers:

- Point appendiculaire :
 - **Mac Burney**
 - N'a de valeur en faveur d'une appendicite que s'il est associé aux autres signes
- Point vésiculaire :
 - Recherché par la **manœuvre de Murphy**
- Douleur à la palpation de l'épigastre
 - sous forme d'une zone de

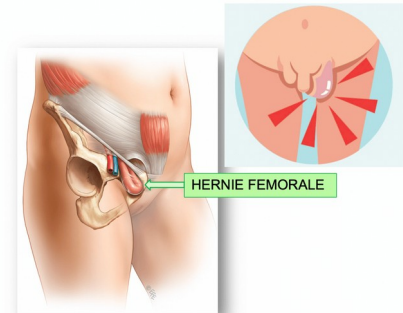
Palpation : recherche d'une hernie

Hernie ventrale : Hernie inguinale

- Tuméfaction molle
 - Fait saillie sur la paroi abdominale antérieure
 - Au niveau des points faibles :
 - cicatrices d'intervention chirurgicale
 - ombilic
 - ligne blanche (*diastasis des grands droits qui se voit chez les multipares*)
- La plus fréquente
 - Protrusion du péritoine à travers la paroi abdominale dans la région du canal inguinal
 - Recherchée :
 - patient debout
 - cuisse légèrement fléchie du côté à examiner
 - on introduit le petit doigt de la main droite dans l'anneau inguinal externe
 - on refoulant la peau libre à partir du scrotum
 - on demande au patient de pousser et de tousser

Hernie crurale :

- Située sous l'arcade crurale dans le triangle fémoral
- Tuméfaction molle
- Qui augmente de volume avec l'effort ou la toux



Herni

Caractères communs

• e

- tuméfaction molle
- impulsive à la toux
- réductible



Percussion



État normal :

- Déterminer la limite supérieure de la matité hépatique sur la ligne médio-claviculaire droite (**bord supérieur du foie**)
 - Au niveau du 5^{ème} espace intercostal droit
- Sonorité abdominale (dans l'ensemble)



Anomalies :

- Disparition de la matité hépatique en cas de perforation d'ulcère
- Matités anormales :
 - **Ascite** : matité déclive à limite supérieure concave vers le haut, mobile
 - **Globe vésicale** : matité hypogastrique à limite supérieure convexe vers le haut, très sensible

Percussion du foie

Bord supérieur du foie

- 5^{ème} espace intercostal
droit



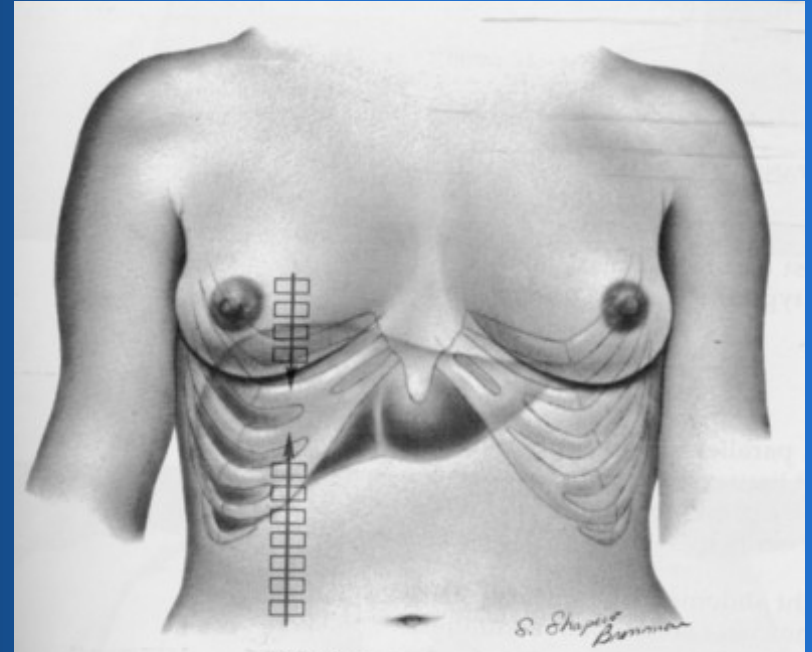
Percussion du foie

**Bord inférieur du
foie**



Percussion du foie

2^{ème} méthode



Percussion

+

Signe de Flot

• **Percussion**
Ascite





Auscultation

État normal :

- Apporte peu de renseignements
- Bruit de gargouillements



Anomalies :

- **Silence auscultatoire :**
 - Occlusion intestinale aiguë
- **Souffle :**
 - Tumeur hypervascularisée
 - Rétrécissement artériel
 - Anévrysme abdominal

Auscultation

Abdominal

Bruit de gurgouillements

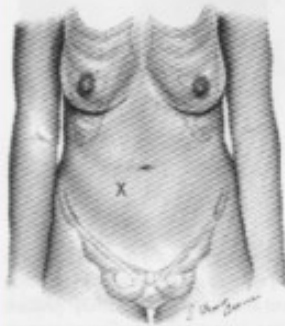


Auscultatio n

Souffle :

- Tumeur hypervascularisée
- Rétrécissement artériel
- Anévrysme abdominal



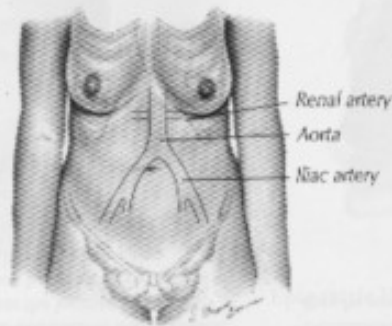


Bowel Sounds

Bowel sounds may be:

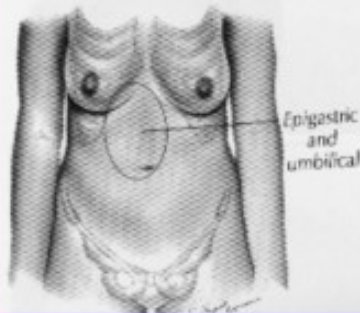
- Increased, as from diarrhea or early intestinal obstruction
- Decreased, then absent, as in adynamic ileus and peritonitis. Before deciding that bowel sounds are absent, sit down and listen where shown for 2 min or even longer.

High-pitched tinkling sounds suggest intestinal fluid and air under tension in a dilated bowel. Rushes of high-pitched sounds coinciding with an abdominal cramp indicate intestinal obstruction.



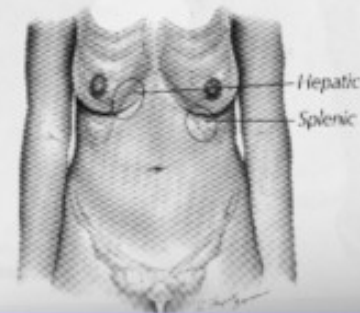
Bruits

A *hepatic bruit* suggests carcinoma of the liver or alcoholic hepatitis. *Arterial bruits* with both systolic and diastolic components suggest partial occlusion of the aorta or large arteries. Partial occlusion of a renal artery may cause and explain hypertension.



Venous Hum

A venous hum is rare. It is a soft humming noise with both systolic and diastolic components. It indicates increased collateral circulation between portal and systemic venous systems, as in hepatic cirrhosis.



Friction Rubs

Friction rubs are rare. They are grating sounds with respiratory variation. They indicate inflammation of the peritoneal surface of an organ, as from a liver tumor, chlamydial or gonococcal perihepatitis, recent liver biopsy, or splenic infarct. When a systolic bruit accompanies a hepatic friction rub, suspect carcinoma of the

Examen anorectal

3

I. Examen de la marge anale

- ▶ L'inspection de la marge anale va rechercher :
 - ▷ **Hémorroïdes externes** : varices anorectales
 - ▷ **Fissure** : ulcération linéaire très douloureuse, située dans un pli radié de l'anus
 - ▷ **Fistule** : orifice faisant communiquer la marge de l'anus et le rectum

Hémorroïdes externes

varices anorectales



Fissure anale

ulcération linéaire :

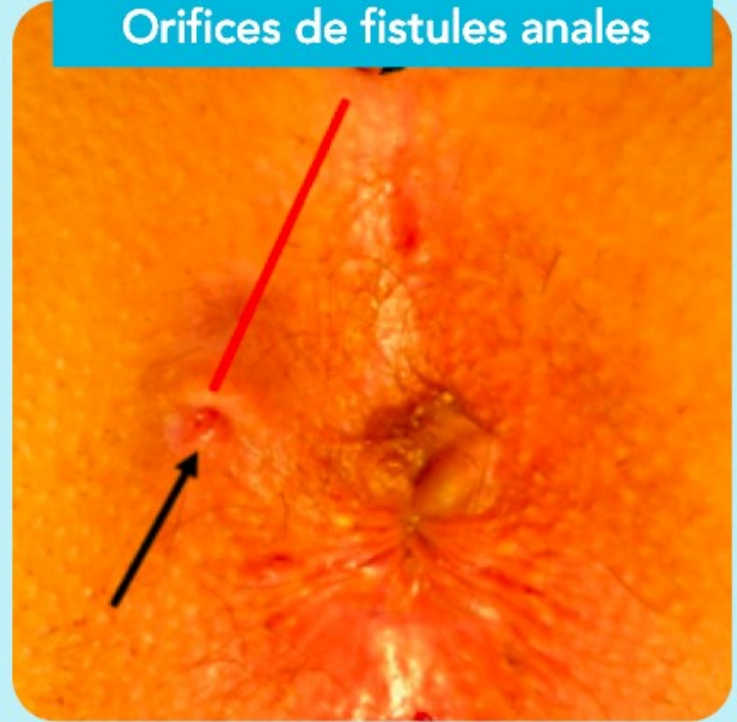
- très douloureuse
- située dans un pli radié de l'anus



Fistule anale

**orifice faisant
communiquer la
marge de l'anus et
le rectum**

Orifices de fistules anales



II. Toucher rectal

01

Matériel

- ✓ Doigtier
- ✓ Lubrifiant (vaseline)

02

Position du patient

- ✓ Décubitus latéral gauche
- ✓ Position genupectorale
- ✓ Décubitus dorsal

03

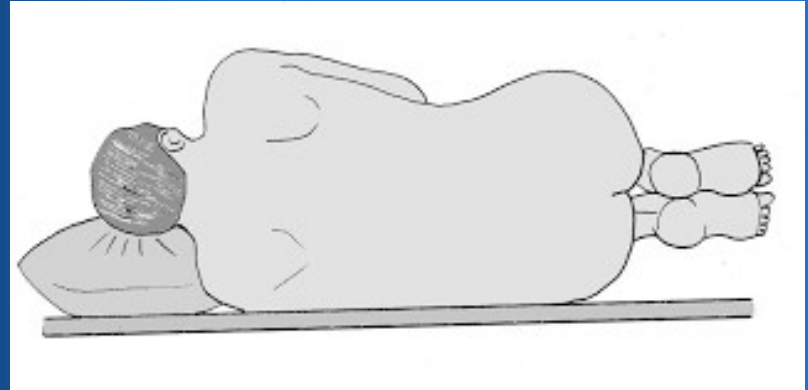
Technique

- ✓ Doigtier lubrifié (indexe) est appliqué doucement sur le sphincter anal
- ✓ Doigtier est introduit sans douleur dans le canal du rectum
- ✓ On note le tonus du sphincter et on recherche un éventuel épaississement
- ✓ Doigt palpe les parois latérales et postérieures (tumeur ou polype)
- ✓ Doigt palpe la paroi antérieure (prostate) [volume-forme-consistance]
- ✓ Retrait du doigtier : on note l'aspect des selles

Décubitus latéral gauche

Cuisses et genoux en flexion

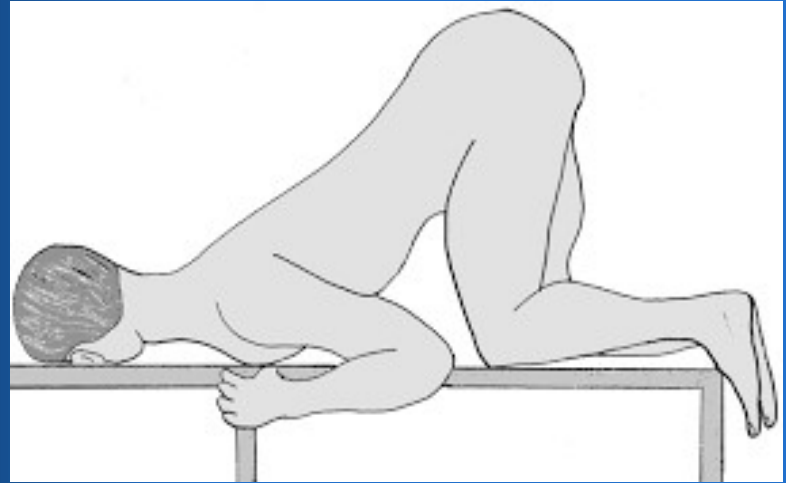
- La recherche d'une tumeur intra-rectale
 - Face postérieure et latérale du rectum



Position genupectorale

**Le patient est à genoux
Épaules et tête reposant
sur la table de l'examen**

- Apprécier le volume de la prostate

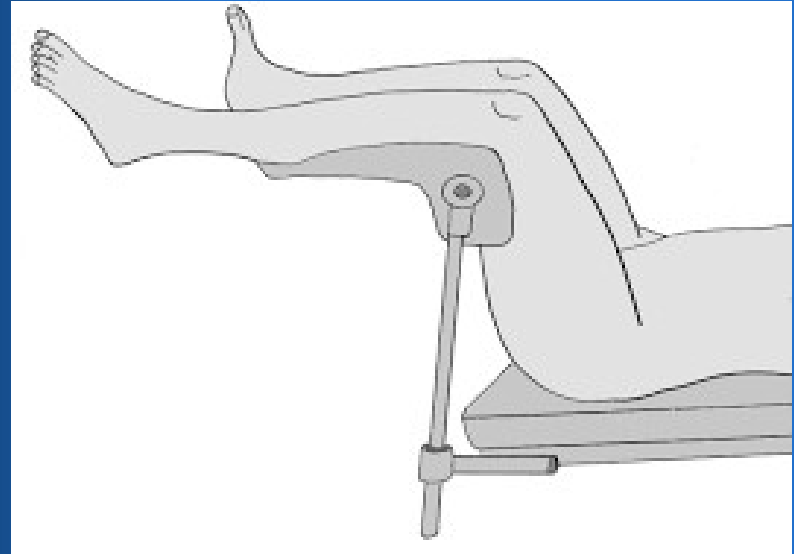


Décubitus dorsal

Cuisses fléchies sur le tronc

Genoux repliés tenus par les mains du patient

- Explorer la face antérieure du rectum
- Explorer le cul de sac de Douglas



II. Toucher rectal

01

Matériel

- ✓ Doigtier
- ✓ Lubrifiant (vaseline)

02

Position du patient

- ✓ Décubitus latéral gauche
- ✓ Position genupectorale
- ✓ Décubitus dorsal

03

Technique

- ✓ Doigtier lubrifié (index) est appliqué doucement sur le sphincter anal
- ✓ Doigtier est introduit sans douleur dans le canal du rectum
- ✓ On note le tonus du sphincter et on recherche un éventuel écartement
- ✓ Doigt palpe les parois latérales et postérieures (tumeur ou polype)
- ✓ Doigt palpe la paroi antérieure (prostate) [volume-forme-consistance]
- ✓ Retrait du doigtier : on note l'aspect des selles

