

L'EXAMEN CLINIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

Il comporte l'examen de la cavité buccale, de l'abdomen, de la marge anale et un toucher rectal (TR).

1. Examen de la bouche

L'examen de la bouche comprend :

- l'examen des dents
- des gencives,
- de la langue,
- de la muqueuse buccale et sera complété par l'examen de la gorge.

a. Les dents :

On recherchera les caries, on précisera l'état des gencives (ulcérations, inflammation : gingivite, hémorragies gingivales : gingivorragies).

b. La langue et le plancher de la bouche

α. La langue :

On demande au sujet de tirer la langue et on étudie la face dorsale et les bords; normalement, la langue est recouverte de papilles, elle est humide et de couleur rosée.

* **Anomalies :** la langue peut être :

- Sèche, rôtie : état de déshydratation.
- Lisse, dépaillée : c'est la glossite s'accompagnant d'une sensation de brûlure au contact des mets épicés ou acides : signe évocateur d'une carence en facteurs antipernicieux (Vitamine B12 - Acide folique).
- Lisse, luisante, rouge carmin : au cours de la cirrhose.
- Blanche, dite saburrale : au cours des maladies infectieuses.
- Epaisse, augmentée de volume : c'est la macroglossie qui peut se voir au cours de l'hypothyroïdie et de l'amylose.
- Turgescente avec empreintes des dents visibles sur les bords : signe d'hyperhydratation intracellulaire.

β. Le plancher de la bouche : on demande au sujet de placer le bout de la langue contre la voûte du palais et on observe la face inférieure de la langue avec ses veines linguales proéminentes, le frein de la langue et le plancher de la bouche.

La muqueuse de la face inférieure de la langue et du plancher de la bouche est rose, humide ; de chaque côté du frein se trouve l'orifice des glandes sous maxillaires.

c. La muqueuse buccale : la face interne des joues, elle est normalement humide et rosée.

- Elle peut être :
- sèche : signe de grande valeur de déshydratation intracellulaire,
- rouge : inflammatoire, parsemée de petits points blanchâtres : c'est le signe de Koplick : énanthème de la rougeole.
- Elle peut présenter des taches pigmentaires : taches bleu ardoisé au cours de la maladie d'Addison (insuffisance surrénale lente).

d. La gorge : l'examen de la cavité buccale sera complété par un examen du pharynx qui comporte un examen du voile du palais, de la luette et des amygdales.

Il sera effectué à l'aide d'une lampe de poche et d'un abaisse langue placé sur le tiers moyen de la langue, qui sera abaissé et on demande au sujet de dire : AA

- Normalement : les amygdales sont petites, de couleur rosée, elles présentent des cryptes peu profondes de coloration rosée.
- Anomalies : elles peuvent être :
 - Augmentées de volume : hypertrophie amygdalienne.
 - Cryptiques : cryptes profondes, comblées par des débris épithéliaux apparaissant sous forme de points blancs.
 - Inflammatoires, 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 diphtérique.

2. Examen de l'abdomen

a. La topographie générale de l'abdomen : l'abdomen est divisé en 9 quadrants au moyen de 2 lignes verticales passant par le milieu des arcades crurales et de 2 lignes horizontales, la supérieure passant par l'extrémité externe des rebords costaux et l'inférieure par les épines iliaques antéro-supérieures.

- Hypocondre droit : bord inférieur du foie, VB, angle colique droit.
- Epigastre : estomac, bulbe duodénal, pancréas, aorte abdominale.
- Hypocondre gauche: estomac, queue du pancréas, angle colique gauche.
- Flanc droit : côlon ascendant, uretère D.
- Région ombilicale: intestin grêle, aorte abdominale à sa bifurcation.
- Flanc gauche : côlon descendant, uretère G.
- Fosse iliaque D : caecum, appendice, annexes chez la femme.
- Région hypogastrique: vessie, utérus.
- Fosse iliaque G : sigmoïde, annexes.

b. Les conditions de l'examen clinique :

- La Pièce chauffée, bien éclairée,
- Malade placé en décubitus dorsal, le tronc entièrement dévêtu, la tête reposant sur le plan du lit, les membres supérieurs du patient sont placés sur le thorax ou étendus à plat de chaque côté du corps, les membres inférieurs légèrement fléchis.
- Le malade doit être mis en confiance et rassuré; on lui demande de respirer calmement la bouche entrouverte.
- L'examineur doit être à droite du malade, les bras du médecin demi-fléchis doivent être à hauteur de l'abdomen du malade.

c. L'examen clinique de l'abdomen : comporte 4 temps : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Le temps essentiel étant la palpation.

1. L'inspection:

C'est le 1^{er} temps de l'examen clinique. Il faut mettre le malade en confiance, elle appréciera : l'aspect de la peau, la morphologie et les mouvements de l'abdomen.

- Aspect de la peau: elle a le même aspect que sur le reste du corps.

*** Les signes anormaux sont les suivants :**

Une cicatrice d'intervention chirurgicale sur l'abdomen, des vergetures (stries verticales au niveau des quadrants inférieurs de l'abdomen secondaires à une grossesse ou à une obésité), une dilatation des veines abdominales superficielles indiquant une augmentation de la circulation veineuse collatérale due à un obstacle sur la circulation porte (hypertension portale : HTP), l'aspect morphologique de l'abdomen : longiligne ou bréviligne.

L'inspection peut révéler les anomalies morphologiques suivantes :

- Abdomen étalé= abdomen de batracien : se voit chez le sujet âgé ou en cas d'ascite de moyenne abondance.
- Abdomen distendu : peut se voir en cas de météorisme abdominal et d'ascite de grande abondance.
- Asymétrie de l'abdomen : voussure localisée (tumeur, hypertrophie d'un organe : ex : une voussure de l'hypocondre droit peut se voir en cas d'hépatomégalie importante; elle peut être aussi le signe d'une hernie).
- Les mouvements de l'abdomen : normalement la paroi abdominale est mobile lors des mouvements respiratoires, des mouvements anormaux peuvent s'observer : Des pulsations visibles au niveau du creux épigastrique réalisant le syndrome de l'aorte battante.
- Une tuméfaction apparaissant lors de l'effort ou lors de la toux est le signe d'une hernie.
- Des ondulations péristaltiques : qui sont des mouvements spontanés ou provoqués par une petite chiquenaude, sont les signes d'un obstacle.

Exemple :

- sténose de pylore : les ondulations péristaltiques sont de siège épigastrique, elles sont associées à une distension abdominale sus-ombilicale, un durcissement intermittent de l'épigastre et un clapotage à jeun).
- Occlusion intestinale aiguë : les ondulations péristaltiques sont diffuses, associées à une distension abdominale, elles sont inconstantes.

2. La palpation : étape essentielle de l'examen clinique de l'abdomen, mais il s'agit d'une étape difficile.

- Technique : la palpation doit être effectuée sur un sujet parfaitement détendu, l'examineur doit palper avec les deux mains réchauffées, posées à plat sur l'abdomen, la palpation se fait avec la pulpe des doigts en commençant par les zones les moins douloureuses, tout en parlant au malade, la palpation doit être douce et prolongée. Elle apprécie le tonus de la paroi, elle recherche le bord inférieur du foie.

- **A l'état normal** : la paroi est souple, la palpation ne déclenche aucune douleur, le bord inférieur du foie n'est pas palpable.

- **A l'état pathologique** : la palpation peut mettre en évidence des modifications du tonus de la paroi abdominale, une hypertrophie d'un viscère ou une tumeur, l'existence d'une douleur provoquée et des points douloureux particuliers et la présence d'une hernie.

- **des modifications du tonus de la paroi abdominale** : sont souvent dues à une atteinte Inflammatoire d'un viscère intra-abdominal ou à une irritation du péritoine. On peut observer :

a. **la défense pariétale** : elle correspond à une diminution de la souplesse de la paroi, le plus souvent localisée en regard d'un foyer inflammatoire : exemple au cours de l'appendicite aiguë : existence d'une défense pariétale au niveau de la fosse iliaque droite ; cette défense pariétale doit être différenciée d'une contraction volontaire des muscles qui est engendrée par la crainte ou la nervosité du malade ou par un palper trop brutal;

b. **la contracture abdominale** : c'est une contraction invincible des muscles abdominaux qui sont tendus et rigides : classique « ventre de bois », cette contracture augmente si on cherche à la vaincre, elle est due à une irritation du

péritoine; exemple au cours de la péritonite par perforation d'un ulcère gastroduodénal.

c. Palpation d'un viscère hypertrophié ou d'une masse tumorale :

- Recherche d'une hépatomégalie : dont on apprécie la consistance du bord inférieur, l'aspect de la surface : régulière ou irrégulière, la consistance et la sensibilité:

- recherche d'une vésicule palpable : sous forme d'une tuméfaction rénitente de 6 à 8cm de hauteur mobile avec la respiration, solidaire du bord inférieur du foie;

- recherche d'une masse tumorale dont on apprécie le siège, la taille, la forme, la consistance, l'aspect de la surface, la mobilité et la sensibilité.

d. Recherche d'une douleur provoquée et de points douloureux particuliers :

La palpation peut exacerber une douleur spontanée ou déclencher une douleur dite provoquée qui possède moins de valeur que la douleur spontanée;

- une douleur provoquée à la décompression est le signe d'une irritation péritonéale:

elle s'obtient en déprimant fortement la paroi en un point éloigné de la région douloureuse et en relâchant brusquement la pression, le malade ressent une douleur très vive au point douloureux;

- recherche des points douloureux particuliers :

- * **le point appendiculaire** : il n'a de valeur en faveur d'une appendicite que s'il est associé aux autres signes,

- * **le point vésiculaire** : il est recherché par la manœuvre de Murphy.

- * **La douleur à la palpation de l'épigastre** : sous forme d'une zone de battement sensible qui correspond aux battements exagérés de l'aorte abdominale.

e. Recherche d'une hernie :

Une hernie possède les caractères communs suivants : il s'agit d'une tuméfaction molle, impulsive à la toux et réductible.

Suivant le siège, on distingue : la hernie ventrale, la hernie inguinale et la hernie crurale.

- **L'hernie ventrale** : tuméfaction molle qui fait saillie sur la paroi abdominale antérieure : au niveau des points faibles : cicatrices d'intervention chirurgicale, au niveau de l'ombilic, au niveau de la ligne blanche, à ce niveau, elle peut s'accompagner d'une solution de continuité dans l'aponévrose : diastasis grands droits qui se voit surtout chez les multipares:

- **L'hernie inguinale** : est la plus fréquente : elle réalise une protrusion du péritoine à travers la paroi abdominale dans la région du canal inguinal : on recherche la hernie inguinale sur le malade debout, cuisse légèrement fléchie du côté à examiner, on introduit le petit doigt de la main droite dans l'anneau inguinal externe en refoulant la peau libre à partir du scrotum, on demande au malade de pousser et de tousser, l'hernie est ressentie sous forme d'une masse molle:

- **L'hernie crurale** : située sous l'arcade crurale dans le triangle fémoral, sous forme d'une tuméfaction molle qui augmente de volume avec l'effort ou la toux.

3. La percussion : elle doit être douce. il s'agit d'une percussion médiate, elle permet:

- **Chez le sujet normal** : elle détermine la limite supérieure de la matité hépatique sur la ligne médio-claviculaire droite qui correspond au bord supérieur du foie,

située normalement au niveau du 5^e espace intercostal, par ailleurs, l'abdomen est normalement sonore dans son ensemble.

- Des anomalies peuvent être mises en évidence :

* Disparition de la matité hépatique en cas de perforation d'ulcère.

* Existence de matités anormales :

* ascite : qui réalise une matité déclive à limite supérieure concave vers le haut, mobile;

* globe vésical : matité hypogastrique à limite supérieure convexe vers le haut, très sensible.

4. L'auscultation : elle apporte peu de renseignements : à l'état normal : on entend un bruit de gargouillements. L'auscultation peut mettre en évidence des modifications pathologiques:

- Silence auscultatoire : au cours de l'occlusion intestinale aiguë.

- Souffle : en cas de tumeur hypervascularisée, en cas de rétrécissement artériel ou en cas d'anévrisme abdominal.

5. Examen ano-rectal

* **Examen de la marge anale:** l'inspection de la marge anale va rechercher :

- Des hémorroïdes externes : qui sont des varices ano-rectales (dilatations veineuses).

- Une fissure : ulcération linéaire très douloureuse, située dans un pli radié de l'anus.

- Une fistule : orifice faisant communiquer la marge de l'anus et le rectum.

* **Le toucher rectal (TR):** est d'une importance capitale.

- Matériel : doigtier et lubrifiant (vaseline).

- Positions du malade :

Décubitus latéral gauche : cuisses et genoux en flexion : qui permet la recherche d'une tumeur intrarectale : face postérieure et latérale du rectum.

Position genu-pectorale : le malade est à genoux, les épaules et la tête reposant sur la table d'examen : qui permet d'apprécier le volume de la prostate.

Décubitus dorsal : cuisses fléchies sur le tronc, les genoux repliés tenus par les mains du malade : qui permet d'explorer la face antérieure du rectum et le cul de sac de Douglas.

- Technique : l'index recouvert d'un doigtier lubrifié est appliqué doucement sur le sphincter anal qui se relâche, le doigt est alors introduit sans douleur dans le canal anal et le rectum.

On note le tonus du sphincter et on recherche un rétrécissement.

Le doigt palpe les parois latérales et postérieures à la recherche de tumeur ou de polype, le doigt palpe ensuite la paroi antérieure afin d'évaluer chez l'homme le volume, la forme et la consistance de la prostate, chez la femme, le col utérin est palpé sous forme d'une petite masse ronde. Puis, on demande au malade de pousser, ce qui peut faire descendre le rectum de 7 à 10 cm et qui permet d'explorer une plus grande partie de ce dernier. Au retrait du doigtier, on note l'aspect des selles.

Après une défécation, le rectum doit être vide, s'il persiste des selles, il s'agit d'une constipation par dyschésie pelvi-rectale.

Les hémorroïdes internes ne sont pas mises en évidence au toucher rectal, sauf si elles sont thrombosées.