



# SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF

H- KHELLAF

SERVICE DE MEDECINE INTERNE CHU SETIF

- 
- A dark grey arrow points to the right at the top left. Below it, several thin, light blue lines curve downwards and to the right, creating a decorative border on the left side of the slide.
- L'appareil digestif comprend le tube digestif proprement dît (de la bouche à l'anus), le foie, et le pancréas.
  - La pathologie de ces différents organes est intriquée

- 
- A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the left side and sweep across the slide towards the text.
- Elle s'exprime par des signes fonctionnels souvent riches :
  - L'interrogatoire est fondamental, bien que l'examen clinique puisse aussi apporter des renseignements irremplaçables.
  - L'endoscopie digestive, désormais indispensable, a transformé l'exploration paraclinique du tube digestif.

# SIGNES FONCTIONNELS

## **LA DOULEUR ABDOMINALE:**

*le type et l'intensité de la douleur*

la pathologie ulcéreuse gastroduodénale

*crampe : sensation de contraction ou de torsion, le plus souvent au creux épigastrique, fixe, accompagnée de sensation de faim.*

## SIGNES FONCTIONNELS

*colique* : (douleur à type de torsion, mobile, avec une intensité fluctuante, croissante puis décroissante, pause, puis répétition, témoignant d'un *spasme* sur l'intestin grêle, le colon ou les voies biliaires - *colique hépatique*)

## SIGNES FONCTIONNELS

- **pathologie pancréatique:** douleur épigastrique *transfixiante* souvent très intense
- **Pathologie gastrique ou oesophagienne:** douleur à type de *brûlure* simple sensation de *pesanteur*.

# SIGNES FONCTIONNELS

- *le siège et l'irradiation de la douleur :*
  - douleur *rétrosternale* ascendante à type de brûlure, d'origine oesophagienne = *pyrosis*



# SIGNES FONCTIONNELS

- douleur *épigastrique* (d'origine gastrique ou pancréatique)
- douleur de l'*hypocondre droit* (des voies biliaires ,irradiant vers la pointe de l'omoplate, du foie, ou plus rarement du colon droit)
- douleur de l'*hypocondre gauche* (queue du pancréas, rate, ou angle colique gauche)
- douleur *péri-ombilicale* (grêle)



# SIGNES FONCTIONNELS

- douleur de la *fosse iliaque droite* (caecum et appendice) ;
- douleur de la *fosse iliaque gauche* (colon sigmoïde) ;
- douleur *hypogastrique* (sigmoïde, vessie, organes génitaux internes chez la femme)



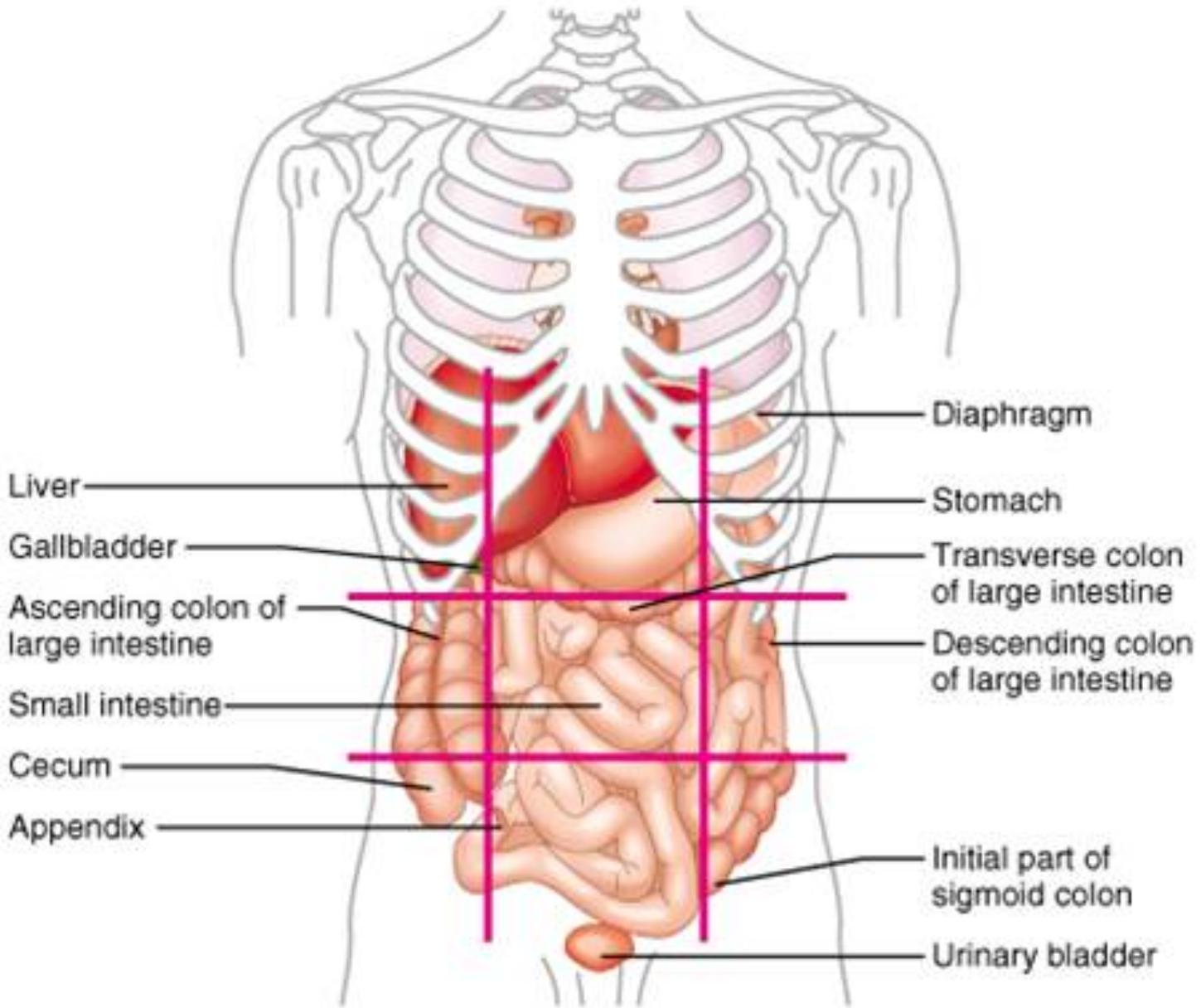
# SIGNES FONCTIONNELS



*colique du grêle*: accompagnée de ballonnement localisé, avec un gargouillement = syndrome de Koenig

## SIGNES FONCTIONNELS

- *colique* proprement dite : parcourant le cadre colique et aboutissant à l'émission de gaz ou de selles qui la soulage) ;
- *Épreinte*: colique localisée au flanc et à la fosse iliaque gauche, aboutissant à une sensation de *faux besoin*, voire à l'émission de glaires, de pus ou de sang = *syndrome dysentérique*.



**(b)**



# SIGNES FONCTIONNELS

## ► IRADIATION

- est particuliere a chaque organ
- peut etre plus forte que la douleur originale

## ► RHYTME de survenue de la douleur

- l'horaire de la douleur (point de repere, les repas et la nuit)



## SIGNES FONCTIONNELS

- ***les modalités évolutives de la douleur.***

La plupart des douleurs digestives sont *intermittentes*

Une douleur brève est habituellement spasmodique, une douleur continue témoigne d'une lésion inflammatoire (ulcère).

# SIGNES FONCTIONNELS

Elle peuvent être rythmées par les repas : une douleur *post-prandiale précoce* (<1h) évoque une douleur gastro-duodénale, pancréatique, ou une ischémie intestinale (angor intestinal) ; une douleur *post-prandiale tardive* (2 à 5 h) soulagée par le repas évoque un ulcère gastrique ou duodénal.

Une douleur déclenchée par un écart alimentaire (repas riche en graisses) évoque une douleur biliaire ou pancréatique.



## SIGNES FONCTIONNELS

Une douleur calmée par l'émission de gaz ou de selles est d'origine colique.

Une douleur aggravée par le stress correspond à des troubles fonctionnels intestinaux (très fréquents).



## SIGNES FONCTIONNELS

Certaines douleurs sont déclenchées par la prise de *médicaments* (anti-inflammatoires dans la pathologie ulcéreuse).

## SIGNES FONCTIONNELS

D'autres sont soulagées par des thérapeutiques spécifiques (antispasmodiques pour les douleurs spasmodiques, pansements anti-acides pour les douleurs d'ulcère gastro-duodénal ou d'oesophagite).

Certaines *positions* soulagent la douleur (pliée en deux avec pression des poings sur le creux épigastrique dans les douleurs pancréatiques, allongé immobile sur le dos dans les douleurs biliaires, etc.).

- 
- A dark grey arrow points to the right at the top left. Below it, several thin, light blue lines curve downwards and to the right, creating a decorative border on the left side of the slide.
- ▶ L'interrogatoire doit faire préciser l'existence de maladies personnelles et familiales de l'appareil digestif : ulcères gastro-duodénaux, maladies inflammatoires de l'intestin, polypes ou cancers du colon, maladies du foie (hépatites).

- 
- A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, light blue lines curve downwards and to the right, creating a decorative graphic element.
- ▶ Les facteurs de risque de pathologie hépatopancréatique (toxicomanie intraveineuse pour les hépatites B et C, alcoolisme pour la cirrhose et la pancréatite chronique) doivent aussi être recherchés.

# SIGNES FONCTIONNELS

**Les troubles du transit haut** : correspondent aux symptômes des maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum.

- **La DISPHAGIE** : est une sensation d'arrêt des aliments entre la bouche et le creux épigastrique. Elle prédomine habituellement pour les solides et témoigne le plus souvent d'une tumeur œsophagienne ou d'un trouble moteur de l'œsophage.

# SIGNES FONCTIONNELS

- **Les REGURGITATIONS:** sont des remontées de liquide ou d'aliments dans la bouche sans efforts de vomissement ni nausées, souvent associées à une dysphagie.
- **Le PYROSIS:** est le témoin d'un *reflux gastro-oesophagien* : c'est une remontée de liquide acide accompagnée de brûlures rétrosternales. Le caractère postural est habituel (signe du lacet).

# SIGNES FONCTIONNELS

- **Les VOMISSEMENTS:** sont le rejet par la bouche du contenu gastrique au cours d'un effort (contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale). Ils sont précédés de nausées et d'hypersalivation et correspondent à un réflexe, qui peut éventuellement être provoqué (stimulation du pharynx).

# SIGNES FONCTIONNELS

- Les causes en sont multiples, et il faut faire préciser, ou observer, l'aspect du liquide (bilieux, alimentaire, hémorragique, fécaloïde, etc.), la fréquence, l'horaire par rapport aux repas, et les signes associés (douleurs).
- Les vomissements peuvent témoigner de problèmes extra-digestifs (grossesse, pathologies neurologiques telles que syndromes méningés ou hypertension intracrânienne, troubles psychiatriques, etc.).

# SIGNES FONCTIONNELS

- ▶ La *DYSPEPSIE*: est une sensation de “mauvaise digestion” (pesanteur épigastrique, météorisme, etc.) dont la valeur sémiologique est faible.

# SIGNES FONCTIONNELS

## ► Hoquet

Contraction brusque et convulsive du diaphragme produisant un appel d'air assez violent pour faire vibrer les cordes vocales. C'est un phénomène réflexe.

## ► Les causes:

- Affection sous diaphragmatiques par irritation du vague et nerf phrénique.
- Post opératoire.

## Troubles de l'appétit

- ▶ **Anorexie:** diminution ou perte de l'appétit, globale ou sélective (ex dégoût viande chez le sujet a cancer gastrique).
- ▶ **Boulimie ou excès d'appétit:**
  - ▶ certains cancers digestifs.
  - ▶ certaines maladies endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie) polyphagie.



# SIGNES FONCTIONNELS

## ► *Les troubles du transit bas*

Ils correspondent aux symptômes des maladies de l'intestin grêle, du colon et du rectum.

# SIGNES FONCTIONNELS

- ▶ -La **DIARRHÉE**: correspond à l'émission de selles trop abondantes et/ou trop liquides (augmentation du débit fécal au delà de 300 g/j, par contenu augmenté en eau ou en graisses (stéatorrhée)).

Il faut distinguer la diarrhée de la

polyexonération (simple augmentation de fréquence des selles), de la fausse diarrhée des constipés, de l'incontinence anale, de l'évacuation de glaires ou de sang (syndrome dysentérique).

# SIGNES FONCTIONNELS

- Il faut opposer diarrhée *aiguë* (habituellement de cause infectieuse, le risque principal est la déshydratation) et diarrhée *chronique* (souvent accompagnée de signes de malabsorption et d'amaigrissement).
- L'*aspect des selles* est important à connaître : présence d'aliments non digérés dans les diarrhées motrices, selles graisseuses dans l'insuffisance pancréatique, diarrhée aqueuse (cholériforme), présence de sang ou de glaires, sans matières (diarrhée afécale).

# SIGNES FONCTIONNELS

- ▶ La **CONSTIPATION** correspond à la diminution de la fréquence des selles et/ou à une difficulté d'exonération.
- ▶ Les selles sont dures et déshydratées, du fait d'un ralentissement du transit intestinal.

# SIGNES FONCTIONNELS

- La constipation a de nombreuses causes : elle peut être *fonctionnelle* par carence en résidus (fibres alimentaires), ou par perte du réflexe de défécation : constipation terminale pouvant aboutir au *fécalome* (accumulation dans le rectum de selles déshydratées réalisant une masse pseudo-tumorale).
- Elle peut aussi être d'origine organique (troubles de l'innervation du colon, obstacle colique ou rectal [cancer]).

# SIGNES FONCTIONNELS

## *Les HEMORRAGIES DIGESTIVES*

Elles peuvent mettre la vie en danger.

- *l'hématémèse* est l'extériorisation par la bouche de sang rouge ou noirâtre au cours d'un effort de vomissement. L'hémorragie est d'origine oesophagienne, gastrique, ou duodénale.

# SIGNES FONCTIONNELS

- *le melaena* : est l'émission par l'anus de sang noir, pur mais digéré, d'odeur fétide, provenant du tube digestif haut (estomac et grêle).
- *la rectorragie* : est l'émission de sang rouge précédant, accompagnant ou suivant les selles, qui peuvent être normales ou diarrhéiques.  
Elle traduit une lésion colique, rectale, ou anale.

# EXAMEN CLINIQUE

## ***Inspection***

Elle s'intéresse à plusieurs points :

- la *cavité buccale* (état de la langue, des dents, des gencives).
- les *téguments* (ictère?, angiomes stellaires?).
- *l'abdomen* : recherche de cicatrices, d'une circulation veineuse collatérale (hypertension portale), de modifications du volume et de la forme de l'abdomen (ascite ? masse visible ? hernies ?), de la mobilité respiratoire, de péristaltisme visible (occlusion du grêle).

# EXAMEN CLINIQUE

## *Palpation*

- ▶ Elle se pratique avec les deux mains réchauffées, à plat, en décubitus dorsal, jambes du patient légèrement fléchies, sur un malade détendu.
- ▶ On doit palper :

## EXAMEN CLINIQUE

► la *paroi abdominale* :

*défense* (contraction involontaire de la paroi qui s'oppose à la palpation profonde, mais peut être vaincue)?,

*contracture* (contraction involontaire, douloureuse, permanente et invincible = symptôme majeur de *péritonite*)?

► les *orifices herniaires* : inguinaux (le doigt coiffé de la peau scrotale recherche l'orifice), cruraux, et ombilical.

## EXAMEN CLINIQUE

- ▶ le *contenu abdominal* : à la recherche de *masses palpables* (tumeurs, plastrons), de *points douloureux* (la palpation peut réveiller une douleur par exemple dans l'hypochondre droit [point de Murphy dans la pathologie biliaire], la fosse iliaque droite [point de McBurney dans l'appendicite], ou la fosse iliaque gauche [sigmoïdite]), ou d'*organomégalies* (foie, rate, vésicule biliaire, etc.).



## EXAMEN CLINIQUE

- ▶ la palpation du *foie* doit préciser l'état du bord inférieur (mou ou tranchant), la consistance (molle ou dure), l'état de la surface (lisse ou nodulaire), la hauteur sur la ligne mamelonnaire, l'existence d'un signe "du glaçon" en cas d'ascite.



# EXAMEN CLINIQUE

## ***Percussion***

- ▶ Elle renseigne sur l'hypertrophie des organes pleins (foie surtout), sur l'existence d'une *ascite* (matité déplaçable et déclive), sur une distension intestinale (tympanisme).



# EXAMEN CLINIQUE

## ***Auscultation***

- ▶ L'auscultation normale permet de distinguer les *bruits hydro-aériques* normaux témoignant du péristaltisme, et de rechercher des *souffles* vasculaires (compression par des tumeurs ou sténoses vasculaires).



# EXAMEN CLINIQUE

## ***Le toucher rectal***

- Praticqué habituellement chez un malade en décubitus dorsal, il permet d'étudier la paroi rectale (tumeur?), le contenu du rectum (fécalome?, melena?), l'état de la prostate chez l'homme, du cul de sac de Douglas chez la femme, et le tonus du sphincter anal



# Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

Examens de laboratoire

1- *Examens sanguins* :

- la recherche d'un syndrome inflammatoire ou d'une polynucléose est utile dans les pathologies infectieuses (par ex. cholecystite, appendicite, sigmoïdite, etc.).
- La biologie a une grande place en pathologie hépatique.



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

On distingue ainsi :

- ▶ le syndrome de *cytolyse* (nécrose hépatocytaire -augmentation des transaminases et du fer sérique) ;
- ▶ le syndrome de *cholestase* (rétention biliaire intra ou extra-hépatique : augmentation des phosphatases alcalines, des gamma-GT, de la bilirubine conjuguée)



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- ▶ syndrome d'*insuffisance hépatocellulaire* (baisse de l'albumine, du taux de prothrombine, du facteur V, du fibrinogène, de l'haptoglobine, etc.), et
- ▶ l'*inflammation* (augmentation polyclonale des gammaglobulines).  
L'électrophorèse des protéines est un examen très utile.



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- 2- Examens des selles : on peut rechercher
- des bactéries pathogènes en cas de diarrhée aiguë par la *coproculture*,
  - des *parasites* par examen direct, du sang par un réactif au guaiac (Hémoccult\*),
  - et doser les graisses pour objectiver leur malabsorption (*stéatorrhée*).

A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the left side and sweep across the slide, framing the text.

## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- ▶ 3- Examens du liquide de ponction d'ascite

(obtenu par simple ponction à l'aiguille) et des *biopsies* (obtenues par endoscopies, biopsie hépatique, cytoponctions sous échographie, etc.).



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive-Imagerie

- La radiographie de l'*abdomen sans préparation* (ASP) a surtout de l'intérêt en urgence (recherche de signes d'occlusion intestinale : anses dilatées avec niveaux liquides ; recherche de signes de pneumopéritoine : air sous les coupes diaphragmatiques).
- Le *transit oeso-gastro-duodénal* (TOGD) a moins d'intérêt depuis la généralisation de la gastroscopie pour tous les symptômes oeso-gastriques, mais il reste utile pour une étude dynamique de la motricité oesophagienne (radiocinéma).



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- ▶ Le *transit du grêle* (opacification de l'intestin grêle) reste très utile : étude de la motricité, du diamètre des anses, et de modifications des plis.
- ▶ Le *lavement baryté* (opacification du colon, en “double contraste” [baryte et air] ou avec un produit hydrosoluble lorsqu'on soupçonne une perforation) a moins d'indications que la coloscopie (qui a l'avantage de permettre des biopsies).



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- L'*échographie abdominale* est un examen de base, surtout pour l'exploration du foie, des voies biliaires, du pancréas, et de la rate.
- Le *scanner abdominal* précise certaines lésions dépistées par l'échographie, leur relation avec le tube digestif (opacifié), et leur caractère vasculaire ou non (injection d'iode). Il est indispensable pour l'exploration des tumeurs et des abcès intra-abdominaux.
- Endoscopie



# Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- Endoscopie

la *fibroscopie oeso-gastro-duodénale* permet le diagnostic et la surveillance, parfois le traitement, de toutes les lésions du tractus digestif supérieur, jusqu'au duodénum. Des biopsies sont souvent réalisées (suspicion de cancer de l'oesophage ou de l'estomac, biopsies duodénales à la recherche d'atrophie villositaire en cas de malabsorption [maladie coeliaque]).



## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- ▀ La *coloscopie* explore la totalité de la muqueuse colique, et si possible la dernière anse iléale. Elle permet le traitement endoscopique des polypes. Elle impose une bonne préparation colique (laxatifs et lavements) et le plus souvent se déroule sous neuroleptanalgésie.

## Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

- ▶ Il existe d'autres techniques endoscopiques moins courantes : écho-endoscopie (qui combine l'échographie et l'endoscopie haute), entéroskopie (endoscopie poussée jusque dans le jéjunum), anoskopie, laparoscopie (supplantée par la coelioskopie chirurgicale), cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE : opacification radiologique du cholédoque et du Wirsung préalablement cathétérisés par duodénoskopie).

# Principaux examens complémentaires en pathologie digestive

## ► Ponction-biopsie hépatique

Elle consiste à examiner un fragment de parenchyme hépatique prélevé par voie *transpariétale* ou *transjugulaire*, avec ou sans contrôle échographique. Le fragment est assez volumineux et permet une étude histologique, contrairement à la cytoponction à l'aiguille qui ne permet qu'une étude cytologique. De nombreuses maladies du foie ne peuvent être traitées sans cet examen (par exemple hépatites virales chroniques B ou C).



# SEMIOLOGIE DE L'OESOPHAGE

- ▶ **Signes d'appel orientant vers une maladie oesophagienne:**
  - **Pyrosis: brûlure traçante ascendante rétrosternale, souvent associée à une sensation d'aigreur**
  - **Éructations**
  - **Brûlures épigastriques**
  - **Hémorragie digestive**

# SEMIOLOGIE DE L'OESOPHAGE

## ► Anémie microcytaire hyposidérémique

### Signes extra-digestifs:

- Douleurs thoraciques de type angineux
- Symptômes respiratoires post-prandiaux ou nocturnes (toux, dyspnée asthmatiforme...)
- Symptômes ORL (enrouement, pharyngites à répétition, ► dysesthésies bucco-pharyngées)



# Reflux gastro-oesophagien

## Définition du RGO pathologique:

- Passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'oesophage
  - Chez tous les sujets: RGO physiologique, essentiellement après les repas, sans symptôme ni lésion muqueuse oesophagienne
- RGO: reflux pathologique



# Gastrites aiguës et chroniques

## **Gastrites aiguës:**

- ▶ **Inflammation aiguë de la muqueuse gastrique définie par des lésions endoscopiques**
- ▶ **Causes:**
  - Alcool
  - Médicaments (aspirine, AINS)
  - Infection à *Helicobacter pylori*
  - Ingestion de caustiques

A dark grey arrow points to the right from the top left corner. Several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the left side of the slide.

## **Manifestations cliniques:**

- Latence clinique**
- Épigastalgies**
- Endoscopie: lésions souvent diffuses et multiples (oedème, érosions superficielles...)**

**Evolution: cicatrisation en quelques jours**

**Complications: perforation, hémorragies**



► **Gastrites chroniques**

- **Présence à l'examen histologique de la muqueuse gastrique de lésions inflammatoires et atrophiques**
- **Évolution possible vers la disparition des glandes gastriques(atrophie gastrique)**

**Causes:**

- **Infection à Helicobacter pylori**
- **Reflux biliaire**



- **Médicaments: aspirine**

- **Maladie de Biermer**

**Manifestations cliniques:**

- ▶ **Le plus souvent asymptomatique**

- **Parfois épigastralgies sans périodicité ni rythme**

- 
- A dark grey arrow points to the right from the top left corner. Several thin, light blue lines curve downwards from the left side of the slide.
- **Parfois syndrome dyspeptique**

**Endoscopie: signes d'activité, signes d'inflammation, signes d'atrophie, métaplasie intestinale**

**Évolution: filiation gastrite chronique atrophique, dysplasie épithéliale, adénocarcinome gastrique**



# Ulcère gastrique ou duodénal

- **Physiopathologie:**
  - **Déséquilibre entre des facteurs d'agression (sécrétions acide et peptique) et des facteurs de défense de la muqueuse (mucus épithélium de surface...)**

**Ulcère duodénal: facteur dominant:  
agression chlorhydropeptique**

**Ulcère gastrique: facteur dominant:  
altération de la muqueuse**



# Ulcère gastrique ou duodénal

## Facteurs favorisants:

- Infection à *Helicobacter pylori*:
  - 30 % de la population générale
  - 85 % des ulcères gastriques
  - 95 % des ulcères duodénaux
- Prise d'AINS et d'aspirine
- Tabac



# Ulcère gastrique ou duodénal

## Épidémiologie:

- **Ulcère duodénal 4 fois plus fréquent que l'ulcère gastrique**
- **Sex-ratio: 3**
- **Ulcère duodénal: sujets plus jeunes que l'ulcère gastrique**



# Ulcère gastrique ou duodénal

## **Circonstances de découverte:**

- Syndrome ulcéreux**
- Brûlure épigastrique**
- Syndrome dyspeptique**
- Vomissements**
- Hémorragie digestive**
- Perforation**
- Latence clinique**



# Ulcère gastrique ou duodénal

**Diagnostic: endoscopie oeso-gastro-duodénale**

- **Distinguer ulcère bénin et malin**
- **Biopsies multiples**
- **Endoscopie de contrôle après 6 semaines de traitement avec biopsies sur l'ulcère persistant ou sur sa cicatrice**



# Ulcère gastrique ou duodénal

## **Evolution:**

- **Cicatrisation**
- **Récidive**

## **Complications:**

- **Hémorragie**
- **Perforation**
- **Sténose**
- **Ulcère duodénal: pas de transformation en cancer**
- **Ulcère gastrique: transformation en cancer possible**



# Cancer de l'estomac

**Adénocarcinome gastrique développé à partir de l'épithélium gastrique**

**Épidémiologie. Etiologie:**

- ▶ **Incidence annuelle: 9000 en France**
- ▶ **Prédominance masculine**
- ▶ **Âge: 70 ans**

**Facteurs favorisants:**



# Cancer de l'estomac

## Facteurs favorisants:

- RGO (ADK du cardia)
- Gastrite atrophique induite par *Helicobacter pylori* (ADK de l'estomac distal)
- Maladie de Biermer
- Adénomes gastriques
- Alimentation: viande, poisson fumé, sel
- Reflux bilieux gastrique



# Cancer de l'estomac

## **Circonstances révélatrices:**

- Syndrome ulcéreux**
- Syndrome dyspeptique**
- Anorexie**
- Hémorragie digestive**
- Perforation**



# Cancer de l'estomac

- **AEG**
- **Anémie**
- **Phlébite (de Trousseau aux MS)**
- **Métastase hépatique, pulmonaire**
- **Métastase ganglionnaire (ganglion de Troisier)**
- **Syndrome obstructif avec dysphagie, vomissements (cardia ou pylore)**



# Cancer de l'estomac

- **Endoscopie:**
  - **Tumeur bourgeonnante ulcérée**
  - **Infiltration pariétale**
  - **Biopsies multiples**



# Cancer de l'estomac

## **Pronostic:**

### **– Survie à 5 ans:**

- 60 à 80 % en l'absence d'envahissement ganglionnaire**
- 15 % à 5 ans si plus de 20 % des ganglions sont envahis**
- Nulle si métastases**