

Chapitre 19

Points clefs en sémiologie digestive

1. Examen clinique d'un patient consultant pour douleur abdominale
2. Technique de l'examen physique de l'abdomen

L'interrogatoire est le temps essentiel de l'examen d'un patient consultant pour douleur abdominale ou diarrhée. L'examen physique en pathologie digestive comporte toujours un examen de l'abdomen et souvent du périnée. Ceci est complété par l'examen d'autres régions anatomiques en fonction du symptôme d'appel, des données du contexte, de l'anamnèse et de l'examen abdomino-pelvien. La qualité de l'examen clinique détermine la juste prescription et le rendement des examens complémentaires.

Examen clinique d'un patient consultant pour douleur abdominale

Interrogatoire

Les caractéristiques suivantes de la douleur doivent être précisées :

- **ancienneté et mode de début** (franc et brutal, comme un coup de poignard, ou plus progressif, insidieux) et contexte de début (repos, activité, repas, travail, stress, sport, prise médicamenteuse, etc.) ;
- **siège et irradiations** (désignés par le patient) ;

Les douleurs d'origine viscérale ne peuvent pas en général être désignées par l'index du patient en un point précis de la paroi. Cette situation évoque plutôt une douleur pariétale.

- **type** (brûlure, décharge électrique, crampe, broiement, pesanteur) ;
- **intensité** et compatibilité avec la poursuite des activités en cours ;
- **mode évolutif** :
 - ✓ **évolution immédiate** : douleur d'emblée maximale ou d'aggravation rapide ou progressive,
 - ✓ **type évolutif** : douleur continue, intermittente, ou continue avec des paroxysmes,
 - ✓ **tendance évolutive** : stabilité, tendance à l'aggravation (intensité, durée, fréquence) ou à l'amélioration,
 - ✓ **durée**,
 - ✓ pour les douleurs chroniques, notion de **périodicité** (périodes de douleurs quotidiennes alternant avec des intervalles de plusieurs jours, semaines ou mois sans aucune douleur) ;

- **facteurs déclenchants, aggravants, calmants :**
 - ✓ **positionnels :** en particulier existe-t-il une posture qui déclenche ou aggrave la douleur (exemple : inspiration profonde) ou une position antalgique (en chien de fusil, procubitus, etc.) ?
 - ✓ **rôle de l'alimentation (y compris purement liquide), du jeûne,**
 - ✓ **effet de l'évacuation d'une selle ou de gaz par l'anus,**
 - ✓ **effet des antalgiques ;**
- **notion de douleur rythmée par un événement particulier,** c'est-à-dire systématiquement conditionnée dans le temps par cet événement ; par exemple :
 - ✓ **douleur rythmée par les repas (perprandiale, postprandiale immédiate ou tardive)** ou par une prise alimentaire particulière,
 - ✓ douleur apparaissant seulement à **l'effort prolongé ;**
- **existence de signes associés :**
 - ✓ **fonctionnels digestifs : modification du transit intestinal, ballonnement, borborygmes, émission de gaz en excès, nausées, vomissements,**
 - ✓ **fonctionnels extradigestifs,** notamment gynécologiques (leucorrhée, retard de règles, métrorragies), urinaires (brûlures urinaires, pollakiurie, dysurie, hématurie), pneumologiques (toux),
 - ✓ **généraux : fièvre, anorexie, asthénie, perte de poids.**

Les caractéristiques de la douleur peuvent être validées et recoupées en interrogeant le patient sur **de déroulement d'une journée avec le symptôme** : la douleur est-elle présente en ouvrant les yeux dans le lit ? Apparaît-elle au lever, avant, pendant ou après le petit déjeuner ? Que se passe-t-il dans les transports, puis au travail ? Quel est l'effet du déjeuner et du dîner ? Comment est la douleur en fin de soirée ? En début et milieu de nuit, la douleur réveille-t-elle le patient ou est-elle présente seulement s'il y a eu réveil pour une autre raison ?

Examen physique

Il doit comporter :

- **un examen physique de l'abdomen,** sans oublier les **fosses lombaires** et les **orifices herniaires** (voir chapitre 8 « Péritoine – Paroi abdominale »). Dans le cadre d'un syndrome douloureux abdominal aigu, les touchers pelviens doivent être systématiques ;
- pour les douleurs abdominales hautes, un examen cardiovasculaire, pleuropulmonaire et un examen de la cage thoracique ;
- pour les douleurs à composante postérieure ou en ceinture, un examen du rachis ;
- le reste de l'examen est orienté par le contexte, les données de l'interrogatoire et de l'examen physique de l'abdomen.

Regroupements syndromiques

À partir des données de contexte et d'anamnèse, on peut individualiser :

- parmi les douleurs **intenses permanentes** :
 - ✓ **les douleurs vasculaires aiguës (urgences absolues)** : dissection aortique, infarctus du myocarde à douleurs projetées abdominales, infarctus mésentérique,
 - ✓ **les douleurs péritonéales aiguës** : toutes péritonites aiguës (appendicite, sigmoïde), perforation d'ulcère, rupture de grossesse extra-utérine,

- ✓ **les douleurs chroniques dues à des cancers** : carcinomes péritonéaux, cancers pancréatiques avec envahissement nerveux,
- ✓ **les douleurs de tension canalaire** : colique hépatique, colique néphrétique,
- ✓ **les douleurs mixtes** (pancréatites aiguës, occlusions, péritonites subaiguës [abcès, fistules]) ;
- parmi les douleurs rythmées :
 - ✓ les douleurs perprandiales : certaines gastrites, troubles fonctionnels,
 - ✓ les douleurs **postprandiales** : **angor mésentérique** (douleurs postprandiales précoces voire perprandiales tardives), **syndrome ulcéreux**, reflux gastro-œsophagien, troubles fonctionnels,
 - ✓ les douleurs **soulagées par l'émission de selles ou de gaz** : spasmes intestinaux, témoignant d'une pathologie organique ou fonctionnelle.

Technique de l'examen physique de l'abdomen

Conditions de l'examen

Le malade est en sous-vêtements, allongé en décubitus dorsal, si possible sur un plan semi-dur, dans une pièce à bonne température. Les jambes et les cuisses sont semi-fléchies. Les membres inférieurs, légèrement écartés, prennent appui par les pieds à plat sur le plan dur, soulageant ainsi de toute tension les muscles abdominaux. De même, la tête doit être posée à plat ou sur un oreiller, et non relevée, ce qui mettrait en tension les muscles abdominaux. Les membres supérieurs sont posés à plat le long du tronc. Il est demandé au patient d'être en complète décontraction musculaire, et de respirer normalement la bouche entrouverte.

L'examen lui-même

Les neuf secteurs de l'abdomen sont examinés (figure 19.1), sans oublier les **fosses lombaires**, les **creux inguinaux** et les **orifices herniaires** (voir la technique d'examen des orifices herniaires dans le chapitre 8 « Péritoine – Paroi abdominale »), et, à chaque fois que nécessaire, les régions anatomiques voisines (région basithoracique, région anopérinéale et organes génitaux externes). Le médecin, s'il est droitier, se tient à la droite du patient, assis ou debout et penché en avant.

Inspection

On note la forme du ventre, les **cicatrices** (y compris les points d'entrée de trocards de laparoscopie), la **circulation veineuse collatérale** et l'état des **orifices herniaires**. L'appréciation des mouvements respiratoires abdominaux et la recherche d'une voussure (masse) sont réalisées en vue de dessus, et si nécessaire en vue tangentielle.

Auscultation

Des bruits hydroaériques intermittents, qui ont pour origine le péristaltisme intestinal, **doivent être audibles dans tous les secteurs de l'abdomen**. Un souffle systolique peut révéler une sténose ou un anévrisme de l'aorte ou de ses branches.

Percussion

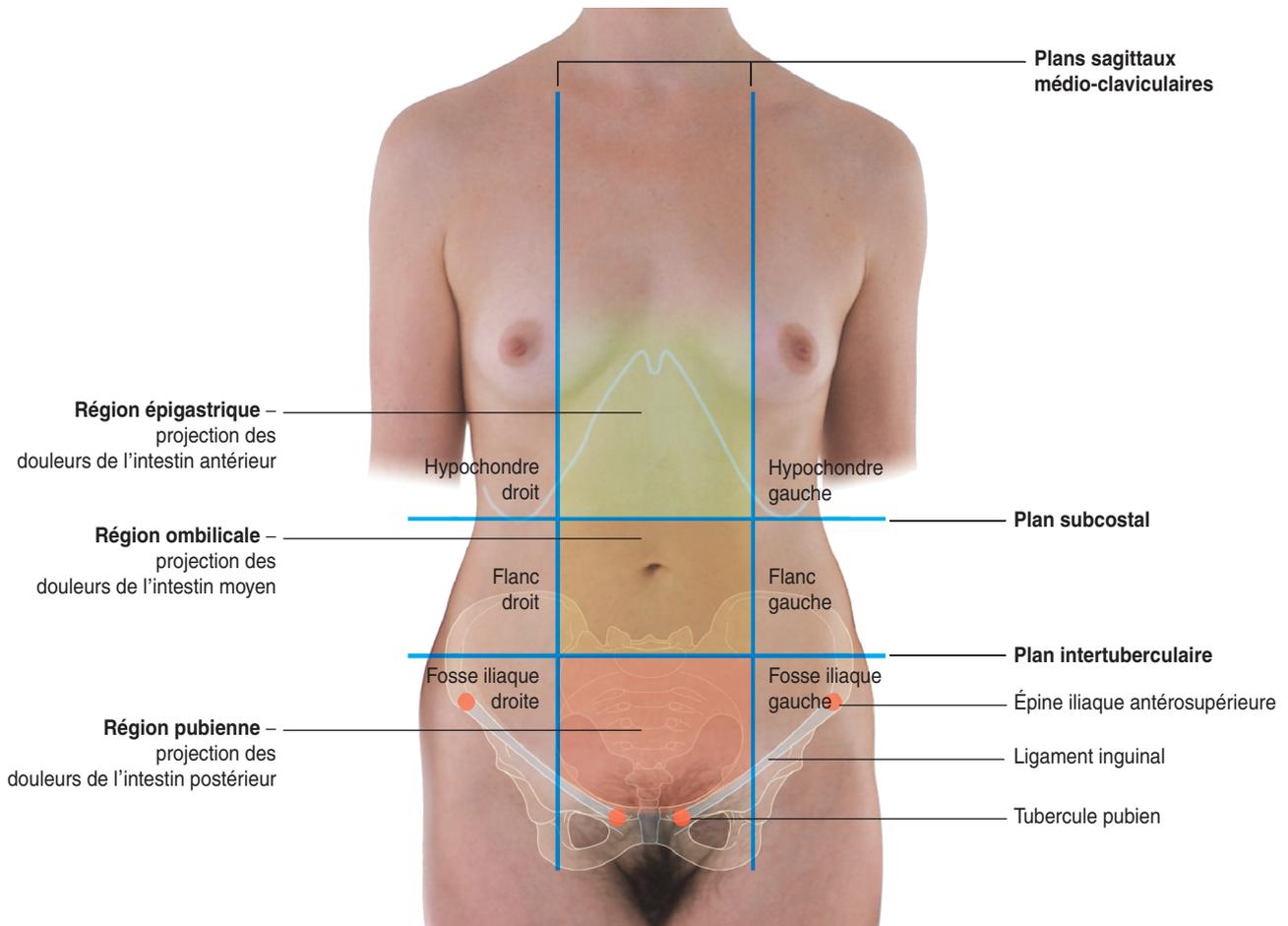
L'abdomen est normalement tympanique dans les lésions où s'accumulent les gaz intestinaux. Une matité déclive décrit une ascite, une matité sus-pubienne un globe vésical.

Palpation

Elle explore les douleurs provoquées, les modifications du tonus abdominal, et les masses éventuelles. Chaque secteur est exploré avec douceur, **en commençant par les secteurs qui ne sont pas douloureux. Les deux mains sont posées à plat avec douceur, massent lentement et doucement la paroi, en approfondissant progressivement la palpation.** Pendant ce temps, le médecin observe le visage du patient, à l'affût d'une grimace douloureuse. À divers temps de la palpation, il peut être demandé au patient d'augmenter l'amplitude de la respiration.

Figure 19.1 : Les neuf régions de l'abdomen

Source : Gray's Anatomie pour les étudiants, Richard L. Drake. Elsevier Masson, 2^e édition, 2011
Figure 4.167.



La contraction des muscles abdominaux, par élévation des jambes ou flexion de la tête sur le tronc, majore la douleur à la palpation en cas de douleur pariétale, et à l'inverse rend la palpation moins douloureuse en cas de douleur viscérale.

La **défense** est une sensation de résistance tonique, la main se heurtant à une contraction de la paroi abdominale, qu'elle peut cependant vaincre si elle palpe avec douceur.

La **contracture** est une sensation de résistance invincible à laquelle se heurte la palpation et qui se raidit encore plus dès que la main insiste.

Technique de l'examen physique du foie

L'examen physique du foie doit être systématiquement associé à un examen abdominal et général à la recherche de **signes physiques potentiellement observés dans les maladies hépatiques aiguës ou chroniques**, tels qu'une circulation collatérale abdominale, une ascite, une splénomégalie, des angiomes stellaires, etc. La **palpation est le temps essentiel de l'examen physique du foie**.

Inspection

L'inspection de l'abdomen en regard du foie ne révèle le plus souvent aucune anomalie.

En cas de très volumineuse hépatomégalie (comme cela se voit parfois dans la polykystose hépatique), le foie peut faire saillie sous la paroi abdominale et être visible dès l'inspection.

Palpation

L'objectif de la palpation de la région hépatique est de mettre en évidence une **hépatomégalie** et sa **consistance**, et d'apprécier le **bord inférieur du foie**.

La palpation de la région hépatique débute par une pression superficielle de l'hypochondre droit pour évaluer la présence d'une défense ou d'une sensibilité de la région. **L'examen doit être effectué avec tous les doigts hormis le pouce**. Les doigts doivent être positionnés de manière parallèle au rebord costal afin de mieux palper une éventuelle hépatomégalie dont le bord inférieur est souvent parallèle aux côtes. L'importance de l'hépatomégalie est souvent définie en nombre de travers de doigt, un travers de doigt correspondant environ à 2 cm. Les caractéristiques suivantes sont appréciées :

- régularité de l'hépatomégalie : **nodulaire ou homogène** ;
- **sensibilité** ou douleur, voire défense ;
- **consistance** molle, ferme, dure ou pierreuse ;
- **bord inférieur mousse ou tranchant** ;
- **mobilité de la masse perçue à l'inspiration : une masse de l'hypochondre droit est un gros foie ou une masse dépendant du foie lorsqu'elle descend à l'inspiration.**

Parfois, l'hépatomégalie peut être telle qu'elle descend jusqu'à la fosse iliaque droite. L'examineur peut alors être piégé en concluant à tort que le bord inférieur du foie n'est pas palpé et qu'il ne perçoit pas d'hépatomégalie. En cas de remaniement de la forme du foie (par exemple atrophie droite et hypertrophie gauche), le foie est palpable dans la région épigastrique. Il est donc indispensable de palper tous les quadrants de l'abdomen.

Les performances de l'examen physique du foie sont globalement limitées par rapport à celles de l'échographie, qui peut être considérée comme le prolongement de l'examen clinique pour établir les caractères morphologiques normaux ou pathologiques de l'organe.

Percussion

La palpation hépatique est complétée par la **percussion**. Étant donné la projection en grande partie « thoracique » du foie, l'examineur percute les espaces intercostaux droits. **Le foie étant un organe très richement vascularisé, sa percussion donne un son mat.** Ceci contraste avec la percussion des espaces intercostaux situés au-dessus du foie qui sont sonores en regard du parenchyme pulmonaire. **La palpation et la percussion permettent ainsi de définir la hauteur hépatique, correspondant à la projection du foie sur la peau.** Cette hauteur est évaluée sur la ligne médioclaviculaire et est de **10 cm chez un sujet normal**. Il faut cependant signaler que des **variations anatomiques** existent et que les sujets de grande taille ont fréquemment une hauteur hépatique supérieure à 10 cm, sans que cela ne soit pathologique. En revanche, le fait que le foie déborde le rebord costal est quasiment toujours le signe d'une augmentation pathologique du volume hépatique (hormis les cas de ptose hépatique [rare] ou d'hypertrophie d'un lobe, par exemple après une chirurgie de résection hépatique).

La présence d'une hépatomégalie peut être en rapport avec une insuffisance cardiaque droite (foie cardiaque) ou globale. Dans ce cas, **la recherche d'un reflux hépatojugulaire en position demi-assise** peut aider au diagnostic étiologique : l'opérateur appuie progressivement dans l'hypochondre droit ou le creux épigastrique (en essayant de ne pas entraîner de douleur) en observant les veines jugulaires externes (en demandant au patient de tourner légèrement la tête vers la gauche et de ne pas bloquer sa respiration).

En cas de reflux hépatojugulaire, les veines jugulaires externes se dilatent et apparaissent visibles. Le pouls jugulaire à trois temps devient visible en arrière du muscle sternocléidomastoïdien. Le relâchement de la pression exercée sous le foie fait disparaître ces signes et confirme la présence du reflux hépatojugulaire.

Auscultation

D'un intérêt limité, elle permet d'identifier un souffle vasculaire traduisant par exemple l'existence d'une fistule artérioveineuse.

L'examen clinique du foie est très facilement aidé et complété par l'échographie abdominale. Cet examen simple permet de confirmer l'hépatomégalie, d'apprécier la structure du foie, la présence d'une dysmorphie. Il est aussi important de noter que les hépatopathies chroniques ne sont pas systématiquement associées à une hépatomégalie. Ainsi, en cas de cirrhose évoluée, le foie est le plus souvent atrophique (notamment en cas d'ascite).

Technique du toucher rectal

Le patient peut être dans trois positions différentes (slip enlevé ou glissé le long des cuisses jusqu'aux genoux) :

- **en décubitus dorsal, comme pour l'examen abdominal**, en glissant les poings sous les fesses pour décoller le bassin si le plan d'appui n'est pas dur ;
- **en décubitus latéral gauche, cuisses fléchies à 90° sur l'abdomen ;**
- **en décubitus dorsal, en ramenant le plus possible avec les mains derrière les cuisses les genoux vers le thorax** qui reste à plat (technique souvent utilisée par les chirurgiens et les proctologues).

Le décubitus latéral gauche (le malade a alors le dos tourné à l'examineur) et l'utilisation d'une alèse mobile peuvent rendre le geste possible chez des patients particulièrement pudiques ou réticents.

L'examineur ganté explique constamment ce qu'il fait et ce qu'il va faire. Il commence par appliquer une **pommade lubrifiante contenant si possible un anesthésique local** sur le sphincter externe et la partie toute distale du canal anal. Après quelques secondes, l'index est introduit doucement dans le canal anal, en demandant si nécessaire au patient de pousser légèrement (comme pour aller à la selle), ceci permettant une meilleure relaxation du sphincter externe. Le doigt peut ensuite être introduit le plus loin possible dans le rectum.

Les quatre faces du rectum sont explorées successivement, en demandant au patient de pousser, ceci pouvant conduire à rendre perceptible à bout de doigt une masse du haut rectum. En particulier :

- on cherche une **douleur provoquée et/ou une masse du cul-de-sac de Douglas** en haut et en avant ;
- on détermine la taille, la forme et la consistance de la **prostate** à la face antérieure du rectum ;
- **on apprécie le tonus du sphincter anal lisse** et on peut apprécier les capacités de contraction volontaire du sphincter externe en demandant au patient de **serrer l'anus autour du doigt**.

Au retrait du doigtier, on inspecte le doigtier à la recherche de sang, de glaires ou de pus. Selon, le contexte, le toucher rectal peut être précédé ou suivi d'un toucher vaginal.