

UE4 Sémiologie Médicale

Pr Farge

Le 16 novembre 2016 de 10h30 à 12h30

Roneotypeur : Souad Boundaoui

Roneoficheur : Calypso Durbin

Cours n°4 :
Gastroentérologie et début de la
néphrologie

En réponse a une question qu'elle a reçue par mail la prof précise que ce qui fait foi aux examens c'est le poly et ce qu'elle dit en cours.

Plan : Gastroenterologie

I. Interrogatoire

- A. Général
- B. Signes fonctionnels
- C. Signes d'accompagnement

II. Inspection

III. Palpation

IV. Auscultation

V. Percution

VI. Syndromes

Néphrologie

I. Introduction

II. Semiologie

Sémiologie : Gastroentérologie suite

Conduite a tenir devant une douleur abdominale :

Démarche analyse sémiologique= 5 étapes--} interrogatoire, inspection, palpation, auscultation, percussion

démarche anamnestique (= analytique) puis symptomatique --} arrive au syndrome

Signes de pancarte = 5 signes de gravité, toujours à rechercher

- 1- Conscience : répondre de manière adaptée aux stimuli verbaux (abolition de la conscience= coma)
- 2- État de choc : hémodynamique en fonction du pouls + pression artérielle
- 3- Dyspnée : fréquence respiratoire (norme= 12-16 par minutes) + saturation
- 4- Diurèse
- 5- Température

I. INTERROGATOIRE

5...A. **General**

- **ATCD** → **chirurgicaux** : on voit si le patient est fiable sur les infos qu'il donne
 - **médicaux** : de maladie gastro enterologique surtout d'ulcères gastriques , lithiase biliaire, hépatite ou pancréatite et de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin = MICI (regroupe la maladie de Crohn et RHC : recto colique hémorragique)
 - **Familiaux** : faire un arbre généalogique est important en gastro surtout pour les cancers.

- **Consommation d'alcool**: 1 verre de bière, vin/ alcool = 10g d'alcool pur
- **Tabac** : en paquet année
- **Régime alimentaire** : poser 3 questions
 - 1- Vous mangez ?
 - 2- Qu'est ce que vous mangez ?
 - 3- Ouvrir la bouche des patients et vérifier que tout est normal (*les français ont une mauvaise hygiène buccale, il y a une brosse à dents pour trois français seulement*)

Apports : Femme= 2000- 2200 Kcal/j

Homme= 2500- 2700 Kcal/j

Si il y a un amaigrissement il faut savoir en combien de temps il est survenu.

Si obésité ou hypertriglycéridémie il y a des risques de pancréatite aiguë et de lithiase biliaire.

Augmentation des apports caloriques surtout du au fait qu'on mange mal, pas forcément qu'on mange plus.

Chercher aussi l'anorexie ou les personnes qui se nourrissent de conserves et qui ont donc des carences vitaminiques

- Médicaments : demander les potentielles ordonnances en cours notamment pour les médicaments gastrotoxiques et hépatotoxiques.
- Voyages : risque d'hépatite ou de turista
- Mode de vie sexuel
- Transfusion sanguine
- Toxicomanie
- Tatouage : extrême pourvoyeur d'hépatite C

B. Signes fonctionnels

Ce sont les signes dont se plaint le patient (quand on dit d'un patient qu'il st fonctionnel ca signifie qu'on a l'impression qu'il en rajoute un peu).

- Troubles alimentaires : Anorexie (patient qui ne mange pas) / Boulimie / Polyphagie (mange tout ce qui passe, y compris la terre, la peinture sur les murs etc)
- Troubles de salivation : on place un morceau de sucre dans la bouche du patient et on attend sa dissolution
 - **Xerostomie** (>6 min) = sécheresse de la bouche
 - **Hypersialorrhée** (<2 min) = hypersalivation avec de la bave
- Trouble du goût
 - **Dysgeusie**= changement du goût de la nourriture, goût anormal
 - **Ageusie** = perte du goût

- Trouble de déglutition
 - Douleur et brûlure buccale (aphte, gingivite : inflammation de la gencive, glossite : inflammation de la langue)
 - **Odynophagie** : douleur lors de la déglutition du bol alimentaire ou de la salive
 - **Dysphagie** : sensation de gêne ou d'arrêt des aliments dans l'œsophage lors de la déglutition

- **Pyrosis** (sensation de brûlure au niveau de l'estomac et remontant jusqu'à la bouche) régurgitation
- **Dyspepsie** = ballonnement
- **Hoquet** chronique (>3j)
- **Vomissements** : toujours regarder leur nature (alimentaire, bilieux, fécaloïde, acideux, sang)
- **Constipation** : diminution de la fréquence des selles plus de 3j
- **Diarrhée** : augmentation de la fréquence des selles (> 3 fois/j) ou trop abondantes (> 300g/ j)
- Méléna
- Incontinence anale
- Syndrome rectal : épreinte, ténésme, faux besoins

5...A. **Signes d'accompagnement**

Prurit : démangeaison de la peau, peut être due à une cholestase (obstacle intra ou extra hépatique à l'évacuation de la bile → accumulation de pigment biliaire.

AEG : altération de l'État général avec les 3 A : Asthénie, Anorexie, Amaigrissement

Troubles sexuel = impuissance

II. Inspection

Abdomen : contraction abdominale → péritonite = infection du péritoine

→ Pneumo- péritoine = air dans péritoine

Peau et phanères :

- **ictère** (jaunisse) mais chez un asiatique ou un africain on ne regardera pas forcément la peau mais surtout les mains, l'œil ou la bouche
- éruption, purpura, ecchymose
- **hirsutisme**= pilosité chez la femme dans des zones normalement sans poils (souvent du aux médicaments , corticoïdes)
- **alopécie** = perte des cheveux
- **dépilation** = chute des poils
- Inspection des cicatrices
- **Gynécomastie** : : hypertrophie mammaire chez l'homme
- **phanère** : signe carence quand il y a des stries
- Circulation Veineuse Collatérale (CVC)
 - **CVC cavo-cave** : obstruction de la veine cave inférieure. Les veines sont parallèles à l'axe du corps et s'accompagnent souvent d'œdème des membres inférieurs.
 - **CVC porto-cave** : gêne à la circulation dans le système porte. Situé dans la région péri - ombilicale, elle est sus ou sous- ombilicale et souvent accompagnée d'une splénomégalie. Une forme particulière est le syndrome de Cruveilhier-Baumgarten en forme de tête de méduse.

-**Asterixis** :demander au patient de tenir ses bras en extension. Cela permet de définir les 3 stades de **l'encéphalopathie hépatique** :

- stade 1 : incapacité à tenir ses bras = asterixis du grec « a- » (privatif) et « sterixis » (maintien d'une position)
- stade 2 : troubles de la conscience
- stade 3 : le patient entre dans un coma sans signe de localisation

L'inspection se fait toujours à la droite du malade pour pouvoir palper son foie et sa rate.

On vérifie si il y a une respiration normale, une contracture des muscles abdominaux anormale, une CVC, des vergetures (= distension brutale du tissu conjonctif chez les femmes enceintes, les obèses, chez les jeunes mais dans ce cas elle régresseront).

La bouche : gingivite, glossite, herpès labiale

L'anus : il faut regarder, on voit alors des hémorroïdes(excursion d'un paquet veineux), la fissure anale, l'abcès anal.

III. Palpation

- **Orifices herniaires** : le malade est debout, il faut palper ses orifices herniaires au niveau inguinal, crural (cuisse) et ombilical.

- **toucher rectal** : on explique au patient ce que l'on fait. Le patient est en décubitus dorsal, on place une main sur le ventre et on rentre l'index de l'autre main dans le rectum. Il faut tourner le doigt et regarder s'il y a du sang ou des matières. **Il faut s'y entraîner dès maintenant !**

IV. Auscultation

- Bruits hydro-aérique → silence= arrêt du transit
- Souffle : aortique, mésentérique ou fémoral

V. Percussion

• Médiane avec les 3 doigts qui percutent l'index de l'autre main sur le patient qui est en décubitus dorsal. Elle se fait en regard du foie et de la rate. La palpation du bord inférieur du foie est pathologique, si on le sent il y a une hépatomégalie (= augmentation du volume du foie).

• **ascite**= présence d'exsudat ou d'un transsudat dans le péritoine (leur teneur en protéine par rapport au sang les différencie), ce qui cause une augmentation du volume de l'abdomen et une prise de poids. Matité à la percussion due à la présence de liquide.

Le transsudat est dû à un phénomène hémodynamique, alors que l'exsudat signe un processus inflammatoire ou infectieux ou tumoral.

VI. Syndromes

Ensuite les examens complémentaires servent à définir le syndrome (= somme de symptômes).

Le syndrome occlusif est lié à un obstacle dans le transit au niveau du colon ou de l'intestin grêle. Il conduit à un arrêt total ou partiel des matières, voire même des gaz dans des stades avancés. C'est une urgence chirurgicale.

- Occlusion du **grêle** (plus rare et généralement après une chirurgie)
 - vomissements précoces
 - Météorisme discret/ modéré (gonflement de l'abdomen)
 - Arrêt tardif du transit
 - Distension (augmentation) des niveaux hydro-aériques centraux limitée à l'intestin grêle, elle est plus large que haute.

• Occlusion du **colon** (beaucoup plus courante car souvent due à une tumeur):

- Arrêt du transit inaugural
- Météorisme important (logique que ce soit très gonflé car on est à la fin du transit donc il y a beaucoup de choses coincées en amont)
- Vomissement tardif

- Distension des niveaux hydro-aériques périphériques plus haute que large, elle peut parfois remonter jusqu'au grêle.

Le **syndrome dysentérique** (c'est la tourista) est une atteinte **rectale**. Il est accompagné de douleurs abdominales. Il est caractérisé par 4 symptômes :

- Le **ténesme** : contraction douloureuse du canal anal avec impression de corps étranger dans le rectum mais finalement il n'y a rien
- **L'epreinte** : coliques brèves et vives précédant le faux besoin ou l'exonération
- **Faux besoin** : poussées impérieuses répétées avec sensation de besoin d'exonération sans émission ou avec émission minimale d'une petite selle, d'un gaz ou « d'eau sale ».
- **Évacuation anormales** : glaires, pus, sang, débris de muqueuse qui peuvent être isolés ou mêlés aux selles.

Le **syndrome de Koenig** est dû à un obstacle au niveau de l'intestin **grêle** et apparaît de façon **brutale** (ce n'est pas une obstruction totale). À la percussion ou la palpation on peut voir une **ondulation péristaltique** se diriger vers le point douloureux initial. La crise se termine brutalement par un déblocage avec des bruits hydro-aériques. Une diarrhée succède parfois la crise.

Néphrologie

INTRODUCTION :

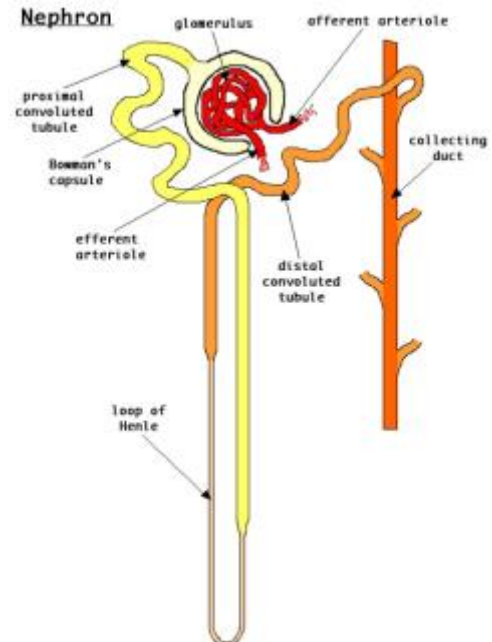
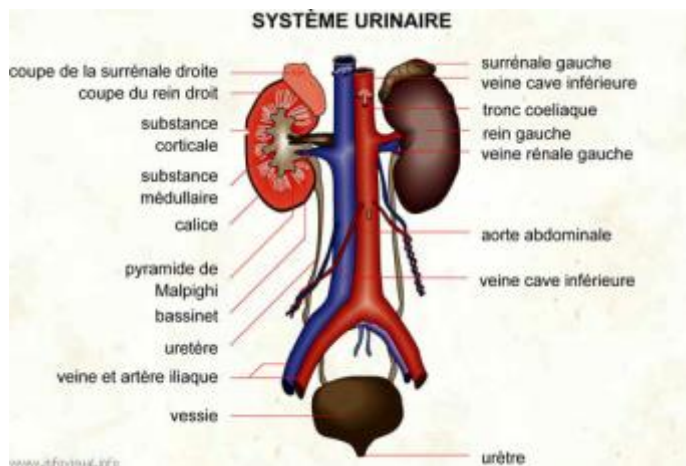
Il y a peu de symptômes. On fait des examens simples au lit du malade soit le **poids**, la **pression artérielle** et la **fréquence cardiaque** ainsi que la quantification de la **diurèse des 24h** (difficile à obtenir mais fondamentale) et des **bandelettes urinaires**.

La sémiologie clinique est tardive en néphrologie, il faut que le patient soit à un stade avancé pour qu'il y ait des signes. Il faut avoir les 2/3 de ses néphrons (unité structurelle fonctionnelle et anatomique du rein) détruits pour voir une insuffisance rénale apparaître. Pour avoir des œdèmes, il faut avoir une destruction de la filtration glomérulaire. Les signes extra-rénaux dépendent de la maladie initiale qui peut être une maladie systémique avec des retentissements sur le rein ou bien une maladie primitive du néphron.

La sémiologie biologique se fait grâce aux **bandelettes urinaires** : l'**urée** est le reflet de la filtration glomérulaire et est toxique pour le cerveau. La **créatinine** est le produit du catabolisme musculaire, on observe sa clairance. Quand il y a du sang à la bandelette urinaire cela ne signifie pas forcément qu'il y a du sang dans les urines car les bandelettes sont sensibles à la **globine** et non pas à l'hémoglobine.

On a des pathologies du néphron (**néphrologie**), elles correspondent à des problèmes de **filtration/barrière glomérulaire** et des pathologies du rein (**urologie**) qui sont des pathologies de l'**appareil excréteur** : vessie, urètre et urètre.

L'urètre masculin fait 12cm et l'urètre féminin fait 3cm. C'est pourquoi l'infection urinaire chez l'homme est plus rare que chez la femme.



Désolé pour le schéma du néphron en anglais, je n'en ai pas trouvé en français qui soit simple et reprenne tous les éléments du cours mais les termes ne sont pas difficiles à comprendre.

Le néphron est composé de différentes parties qui sont : le **glomérule**, il assure un ultra filtrat plasmatique à travers la membrane basale glomérulaire, le **tube contourné proximal**, le **tube contourné distal**, l'**anse de Henley**. La capsule de Bowman correspond à la portion initiale du tube contourné proximal. L'urine primitive est un ultra filtrat plasmatique qui va passer dans l'artériole afférente du glomérule et qui va sortir par l'artériole efférente après filtration. Cette

urine primitive s'adapte à la fois aux apports et aux besoins. Le rôle du rein est d'assurer la filtration d'éléments toxiques, d'assurer l'homéostasie et l'équilibre acide/base, soit un pH sanguin à 7,4.

II. Sémiologie

Une **diurèse** normale est de **1-2 L/24h**. Cette quantité varie avec les apports de boissons, la température et le maintien de la régulation du bilan hydro électrolytique.

Elle permet de définir :

- **oligurie** : diurèse <500cc/24h
- **Oligo anurie** : diurèse <300cc/24h, le patient doit être envoyé en réanimation
- **Polyurie** : diurèse >3,5L/24h, il faut demander la quantité de boissons et des perfusions. *Le diabète décompensé est la 1^e cause de polyurie chez le sujet jeune.*
- **Anurie** : diurèse <100cc/24h absence totale de diurèse

Il faut observer les urines car il peut y avoir du sang = hématurie (*attention les betteraves colorent les urines en rouge*). Certains médicaments peuvent aussi colorer les urines : *Le traitement de la tuberculose rendi les urines rouges, c'est donc un bon moyen de contrôler l'observance.*

L'hématurie peut être détectée macroscopiquement (à l'œil nu), par des bandelettes urinaires ou en analysant un tube au laboratoire si l'hématurie est microscopique.

Il existe d'autres anomalies dans les urines :

- **Pyurie** : leucocytes altérés dans les urines avec parfois une odeur mal odorante
- **Hémoglobinurie** : hémoglobine libre dans les urines qui est la conséquence d'une hémolyse intravasculaire (on aura aussi une hémoglobinémie dans le sang)
- **Myoglobinurie** : myoglobine dans les urines
- **Leucocyturie** : présence de plus de 10000 leucocytes/ml ou 10/cc leucocytes dans les urines. *Le patient doit bien se laver les parties génitales avant le prélèvement car les faux positifs sont très fréquents en cas de contamination. Il ne faut pas recueillir le 1^e jet mais les jets du milieu.*
- **Pneumaturie** : présence d'air dans les urines
- **Chylurie** : lymphes dans les urines qui ont un aspect laiteux, témoigne d'une fistule lymphatique avec les voies excrétrices.
- **Fecalurie** : matière fécale dans les urines, traduisant l'existence d'une fistule uro-digestive.
- **Enurésie** : miction nocturne incontrôlée chez l'enfant de plus de 4 ans
- **Pollakiurie** : envie anormalement fréquente d'uriner (nuit et jour) qu'il faut chiffrer
- **Dysurie** : impossibilité de vider totalement sa vessie (= difficulté à uriner)

Infection urinaire = leucocyturie + bactériurie (bactérie > 10⁵) sinon il ne faut pas donner d'antibiotiques.

Les 3 tableaux suivant proviennent du poly de sémio de la prof, ils sont à apprendre par cœur et résumement une partie du cours de gastro.

Douleur	Description					Explication physiopathologique
	① Siège - irradiations	② Type	③ Intensité (échelle visuelle analogique)	④ Chronologie - Mode de survenue	⑤ Facteurs Aggravants Calmants	
Pyrosis	- A point de départ épigastrique ou rétro-xiphoidien - Irradiation : rétro-sternale ascendante et traçante.	Brûlure traçante	Variable, modérée. +	- postprandiale et/ou posturale. - durée : quelques secondes à minutes. - sans périodicité. Transitoire lors de la grossesse, plus permanent chez l'obèse, le tabagique ou l'alcoolique	Decubitus dorsal (réveil nocturne). Antéflexion du tronc (= signe du lacet)	RGD : inflammation de la muqueuse œsophagienne par remontée de liquide gastrique acide dans l'œsophage, liée à un mauvais fonctionnement de la jonction œsogastrique (atteinte fonctionnelle ou organique du sphincter inférieur de l'œsophage).
Ulcères	- siège : épigastre. - Irradiations : pas ou peu (dorsale, basithoracique).	Crampes, faim douloureuse, brûlure.	Modérée. +	- rythmée par les repas post-prandial tardif (1-4 h, fixe pour un même patient). - durée : quelques minutes à 1 heure. - périodicité : + saisonnière, 2 à 3 crises par an avec douleur quotidienne pendant 8j.	Ingestion d'acides, prise d'aspirine ou d'AINS. Prise alimentaire, ingestion d'alcalins. Pas de position analgésique.	Maladie ulcéreuse gastroduodénale : lésions de la muqueuse gastrique induites par H. pylori (hypersécrétion acide, libération postprandiale de gastrine, altération des protéines du mucus, induction de réactions immunologiques cytotoxiques), évoluant par poussées (ulcères ouverts/cicatrisation).

Koenig	<p>- siège : variable, peritombilical ou épigastrique, fixe pour un même patient.</p> <p>- pas d'irradiation.</p>	Colique, spasmodique sur fond continu.	Modérée.	<p>- postprandiale.</p> <p>- début et fin brutaux.</p> <p>- durée : brève, quelques minutes</p>	Evacuation brutale de gaz, sensation de déblocage avec bruits hydro-aériens.	<p>Signe de lutte : hyperpéristaltisme en amont d'un obstacle sur l'intestin grêle (occlusion intestinale mécanique).</p>
Syndrome dysentérique	<p>- Siège : abdominale, « tourmente » le long du cadre colique.</p> <p>- irradiations : +, dorsale et descendante vers fosse iliaque.</p>	Spasmodique, crampe, distension.	Très intense.	<p>- sans facteur déclenchant (sauf pour toxo-infection alimentaire) ni périodicité.</p> <p>- installation brutale, évolution paroxystique sur fond continu.</p> <p>- durée : brève, quelques minutes à heures.</p>	Evacuation de selles ou gaz.	<p>Troubles fonctionnels digestifs.</p>
Coliques biliaires	<p>- siège : épigastre ou hypocondre droit.</p> <p>- irradiations : dorsale médiane ou droite (pointe de l'omoplate), et ascendante vers l'épaule.</p>	Crampe, broiement	Intense	<p>- déclenchée par repas abondant, riche en graisse.</p> <p>- installation rapidement progressive, évolution paroxystique sur fond continu.</p> <p>- durée : prolongée, plusieurs heures.</p>	Inspiration profonde (inhibition inspiratoire).	<p>Antispasmodiques, antalgiques.</p> <p>Pas de position antalgique (recoqueville, « pathétique »).</p> <p>Augmentation rapide de la pression à l'intérieur des voies biliaires, secondaires à un obstacle (lithase).</p>

<p>Pancréatite</p>	<p>- siège : épigastre ou hypochondre gauche ou sus-ombilicale.</p> <p>- irradiations : transfixiante, dorsale gauche (++) ou droite (cou/ées de nécrose).</p>	<p>Broiement, Arrachement.</p>	<p>Très forte.</p> <p>+++</p>	<p>- déclenchée par repas abondant, riche en graisse, et prise d'alcool.</p> <p>- installation rapide, évolution continue, en plateau.</p> <p>- durée : plusieurs heures à jours.</p>	<p>Tout essai d'alimentation.</p>	<p>Position en « chien de fusil ».</p>	<p>Pancréatite : atteinte inflammatoire du pancréas par autodigestion de la glande + des organes de voisinage, pouvant se compliquer de nécrose et d'infection.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - HEPATIQUE - PERITONEALE - MESENTERIQUE - TROUBLES DYSPEPTIQUES hypo ou hypersténique - Irradiations de DOULEURS THORACIQUES - APPAREIL URINAIRE - APPAREIL GENITAL 						

