

UE4 Sémiologie  
Pr Farge  
Le 03/11/16 de 15h30 à 17h30  
Ronéotypeur : Josselin Carette  
Ronéolecteur : Hélyory Ceaglio

## **Cours n°3 : Approche sémiologique d'une douleur abdominale**

- *Comme à son habitude, le professeur Farge commence par une « brève » critique du système de ronéo ; ainsi, d'après elle, la roneo « c'est poubelle » car ce qui fera fois à l'examen sera le polycopier qui nous a été distribué ainsi que le cours fait en amphi.*
- *Elle a aussi rajouté qu'elle avait omis de parler de certaines choses pourtant inscrite dans le polycopier (l'insuffisance cardiaque droite/gauche, la défaillance cardiaque..) car elle essaye de faire passer les notions dans un ordre qui facilite l'apprentissage.*
- *Ce cours traite de la pneumologie (commencé au cours précédent) ainsi que de la gastro-entérologie (qui sera achevée au prochain cours).*

## Sommaire

### I) Pneumologie

*L'interrogatoire en pneumologie a été traité dans le cours précédent*

- A) L'Inspection
- B) La Palpation du poumon
- C) La Percussion
- D) L'Auscultation
  - 1) Le murmure vésiculaire
  - 2) Les bruits surajoutés
  - 3) Les souffles

### II) L'interrogatoire en Gastro-entérologie

- A) Des douleurs abdominales de cause diverse
- B) Les caractéristiques de la douleur (encore)
- C) Le reflux gastro-œsophagien
- D) Les douleurs ulcéreuses
- E) Les Vomissements
- F) La diarrhée
- G) Hématémèse, méléna et rectorragie
- H) La colique hépatique

## I) Pneumologie

*Rappel du cours précédent :*

L'interrogatoire en pneumologie est très important, il permet de se renseigner sur la cause de la consultation, les signes fonctionnelles, les facteurs de risque (environnementaux notamment) auquel le patient s'expose et l'arbre généalogique (qui est essentiel car certaines maladies comme la mucoviscidose sont héréditaires).

Après l'interrogatoire vient l'inspection.

### A) L'inspection

En pneumologie, **on va examiner le thorax du patient qui doit être dévêtu**. Cette inspection va notamment permettre de préciser :

#### ✓ **La Morphologie du thorax**

Le thorax peut être **normale ou en entonnoir** (*pectus excavatum*) ; souvent chez l'homme, où le manubrium sternal va pointer vers l'avant.

Il peut aussi porter des **séquelles de gibbosité** (la personne a le dos rond, *elle est bossue*) ; la personne ne peut plus se redresser à cause d'une arthropathie aboutissant à une déformation du thorax. Ces personnes là seront plus sujet à développer des pathologies respiratoires et se retrouveront plus facilement en insuffisance respiratoire aigüe.

Il est important de décrire le Morphotype du patient.

*Exemple : La maladie de Marfan qui est due à une anomalie constitutionnelle du collagène engendrant des malformations aortiques ainsi que des dissections aortiques. Ces malades sont des gens extrêmement longilignes.*

En médecine, on distingue des **sujets longilignes** (avec des membres longs et minces) et des **sujets brévilignes** (membres courts et épais). De plus, certains sujets auront un **thorax distendu** alors que d'autres auront un **thorax rétracté**.

Ainsi, selon le morphotype, certaines pathologies seront plus ou moins faciles à détecter ce qui influe sur la démarche sémiologique.

#### ✓ **La respiration au niveau du thorax**

On doit observer **l'abaissement du diaphragme à l'inspiration et l'ascension du diaphragme à l'expiration**. Cela permet de distinguer les pathologies abdominales et respiratoires

#### ✓ **Les cicatrices d'interventions chirurgicales**

Elles peuvent être dues à l'insertion d'un cathéter sous clavier (*notamment en cancérologie*), à une sternotomie, à un drainage pleurale, à une pneumectomie....

Elles permettent **de conforter les données de l'interrogatoire et de déduire des facteurs de risque et de gravité d'une pneumopathie**. Elles vont conditionner la prise en charge du malade.

#### ✓ **La fréquence respiratoire** (normalement entre 12 et 16 par minute)

**Pour la mesurer : on met la main à plat sur le thorax et on compte le nombre de respiration pendant 15 secondes.**

La dyspnée est une sensation **subjective** de gêne à la respiration ; elle est caractérisée par une augmentation ou une baisse de la fréquence respiratoire. *C'est un signe d'interrogatoire alors que la mesure de la fréquence respiratoire est un signe de palpation.*

La fréquence respiratoire fait partie des **signes de Pancarte** au même titre que **le pouls, la pression artérielle, la diurèse et la saturation**.

<p>✓ <b>L'ampliation thoracique</b>  <b>C'est le degré de déplacement de la base du diaphragme</b> (<i>c'est l'augmentation de volume du thorax durant l'inspiration</i>).  Lorsque l'ampliation est diminuée, la ventilation des bases pulmonaires est moins bonne et il y a risque d'apparition de foyer infectieux pulmonaire.  Dans une crise d'asthme, le thorax est bloqué en inspiration forcée.  Le dysfonctionnement diaphragmatique sévère est caractérisé par <b>le signe de Hoover qui consiste en une diminution du diamètre de la base du thorax durant l'inspiration</b>. Il traduit l'aplatissement du diaphragme qui devient inefficace en tant que muscle inspiratoire.</p>
<p>✓ <b>Le tirage respiratoire</b>  Cela <b>apparaît lors d'une gêne à la respiration</b>, et pour tenter de compenser cette gêne, le patient va mobiliser sa cage thoracique. Si il y a une diminution de l'ampliation thoracique, on aura alors une dépression inspiratoire (=un tirage) des creux sus-claviculaires, de la région sus-sternale ou des espaces intercostaux pour mobiliser le peu de volume respiratoire qu'il existe.</p>
<p>✓ <b>Circulation collatérale</b>  Elle peut témoigner d'une obstruction de la veine cave supérieure. Le plus souvent elle est d'origine tumorale.</p>
<p>✓ <b>L'examen des mains</b>  Il permet l'observation d'une <b>cyanose des ongles</b> ainsi que <b>les signes d'imprégnation tabagique</b> (coloration jaune des doigts). Il permet aussi l'observation d'un éventuel <b>hippocratisme digital</b> qui est un bombement unguéal associé à une hypertrophie de la pulpe des dernières phalanges ; il est habituellement bilatéral et asymétrique. Lors de cet examen, on peut aussi détecter un <b>tremblement (astérisis)</b> qui est surtout un signe d'encéphalopathie hépatique ou métabolique mais qui peut être du à une pathologie respiratoire.</p>
<p>✓ <b>La recherche d'une cyanose</b>  Elle témoigne <b>d'une hypoxémie et d'une dénaturation en oxygène</b> (<i>difficile à voir chez un sujet noir ou asiatique</i>)</p>

*Il ne faut pas oublier de regarder les crachats (et des les envoyer au laboratoire) !*

## B) La palpation

Elle permet d'évaluer :

- ✓ **L'expansion thoracique ainsi que l'amplitude des mouvements respiratoires.**
- ✓ **La transmission des vibrations vocales** par les structures solides de l'arbre respiratoire.  
On commence par palper la trachée (de façon bilatérale et symétrique) en demandant au patient de répéter le chiffre « trente trois ». Puis, dans un second temps, on place ses mains (à plat et toujours de façon bilatérale et symétrique) sur le thorax du patient sans que celui-ci cesse de parler. En condition normale, les vibrations produites au niveau de la glotte sont alors ressentis par les mains.  
**S'il y a un obstacle**, épanchement pleurale (pneumothorax ou pleurésie : épanchement d'air ou de liquide) ou un foyer à la base pulmonaire, **on aura une abolition ou une diminution des vibrations vocales**. Il peut au contraire y avoir **une augmentation de la perception des vibrations du à une condensation pulmonaire** ; dans ce cas, on complète la palpation par une percussion.
- ✓ **Recherche d'un point douloureux exquis** (notamment du à une fracture de cote).  
Par exemple, se casser une cote est extrêmement douloureux mais c'est souvent sans gravité chez un sujet jeune. Par ailleurs, chez une personne âgée, la douleur de la fracture va diminuer l'ampliation thoracique et favoriser le foyer infectieux sous jacent aboutissent à une

pneumopathie. Il peut aussi y avoir des douleurs postérieures et vertébrales qui peuvent être projetées.

✓ **La palpation des parties molles**

Elle permet de rechercher des tuméfactions des parties molles, un emphysème sous cutané responsable de crépitement.

C) La Percussion

Elle permet de dire si on a un **tympanisme** (augmentation de la sonorité par rapport à l'autre ; ça sonne creux car c est remplis d'air => par exemple les poumons) ou **une matité** (diminution de la sonorité à cause de liquide ou d'une condensation pulmonaire)

D) L'Auscultation

Elle peut être effectuée à main nue ou avec un stéthoscope.

1) Le Murmure vésiculaire

Cela va nous permettre de distinguer un murmure vésiculaire qui est un **bruit du au déplissement de l'alvéole pulmonaire**. C'est un bruit **normal**, perçu dans le dos à l'inspiration et au début de l'expiration.

Il est diminué ou aboli en cas :

- D'épanchement pleural (liquidien ou aérique)
- De bulles d'emphysème qui vont détruire le parenchyme en éclatant
- De foyer auscultatoire (à cause d'une pathologie infectieuse, bactérienne, virale, parasitaire)
- D'une incapacité des alvéoles à s'expandre (à cause de maladie ; par exemple la fibrose pulmonaire, qui va entrainer une rigidité de l'alvéole)

2) Les bruits surajoutés.

Il existe 2 types de bruit surajoutés ( <i>important</i> )	
<p>○ <b>Les râles crépitant.</b> Ils témoignent <b>d'une pathologie au niveau de l'alvéole pulmonaire</b>. Ils s'entendent <b>notamment en cas de fibrose ou l'alvéole est rigidifiée et n'arrive pas à se déplisser</b>. On peut aussi les entendre en cas d'insuffisance cardiaque gauche avec une stase pulmonaire et un œdème alveolo-pulmonaire (présence d'eau au niveau de la barrière alveolo-capillaire). Le bruit produit est <b>fin, sec, serré et superficiel</b> (<i>ca ressemble au bruit d'un papier à bulle qui éclate</i>). Ils témoignent d'une gêne à l'expansion alveolo-pulmonaire. Ils ne sont entendus qu'à la <b>fin de l'inspiration</b>.</p>	<p>○ <b>Les râles bronchiques</b> Ils sont de plusieurs types : -<b>Les ronchus (râles ronflantes)</b> ; râles gras, modifiés par la toux. Ils traduisent la mobilisation des sécrétions dans la lumière des gros troncs bronchiques. -<b>Les sous-crépitant</b> ; pathologie de l'arbre bronchique mais un peu plus distale que la précédente. Elles traduisent la présence de sécrétion dans les bronchioles distales. On les entend en inspiration et en expiration. / !\ Ne pas confondre avec les râles crépitant qui sont du à des pathologies alvéolaires / !\n-<b>Les râles sifflants</b> (expiratoire) du à un rétrécissement du calibre bronchique et signent l'asthme (<i>peut être un signe d'insuffisance cardiaque gauche chez le sujet âgé</i>). Cela fait partis des urgences vitales du sujet jeune et du sujet âgé.</p>

### 3) Les souffles

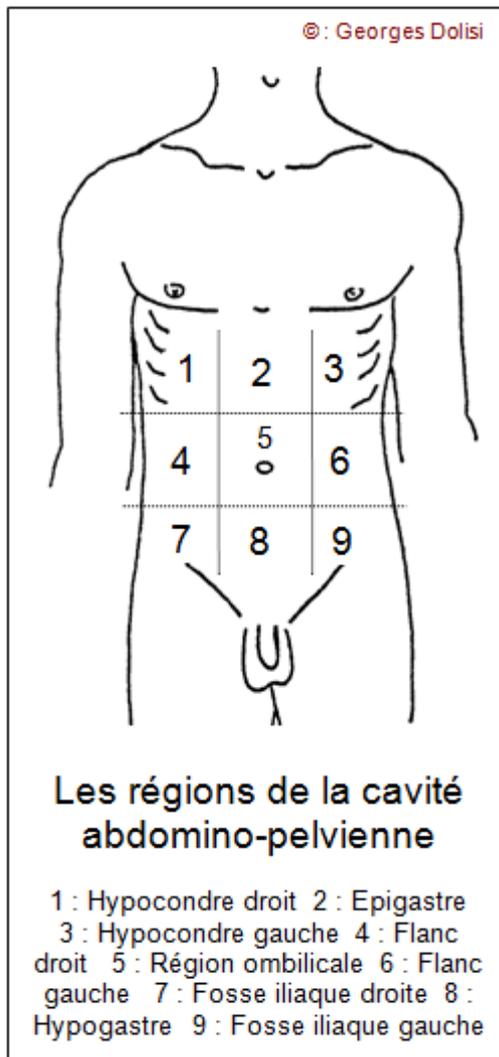
Correspondent à la perception anormale du bruit glottique.

Il existe 2 types de souffles :

- **Le souffle tubaire** ; Il correspond à la transmission anormalement intense du bruit glottique qui va passer au niveau d'un foyer de condensation parenchymateuse. C'est assez rare.
- **Le souffle pleurétique** ; Il est expiratoire, doux, lointain et humé. Il s'entend à la limite supérieure d'un épanchement pleural que l'on peut distinguer grâce à la percussion (lors de la percussion, on perçoit une matité). Il se caractérise par une diminution de la transmission des vibrations vocales et Il est beaucoup plus fréquent que le souffle tubaire.

## II-Gastro-entérologie

### A) Des douleurs abdominales de cause diverse



On peut diviser la paroi abdominale en différents quadrants. Il faut connaître ces quadrants de façon à pouvoir localiser la douleur et en déduire les causes probables, en effet, la douleur a une cause différente en fonction du quadrant dans lequel elle se situe.

- Une douleur dans **l'épigastre (2)** n'est pas forcément due à l'estomac, cela peut être une douleur projetée du cœur (*épanchement péricardique, infarctus du ventricule droit.....*).
- Les douleurs au niveau de **l'hypocondre (1 et 3)** peuvent témoigner d'une pneumopathie basale ou d'une douleur au niveau de la plèvre.
- Les douleurs dans la région **péri-ombilicale (5)** peuvent résulter d'un problème digestif.
- Au niveau **des flancs (4 et 6)**, la douleur peut être due à une pathologie des reins ou des uretères.
- Dans la **fosse iliaque (7 et 9)** ainsi que dans **l'hypogastre (8)**, on a l'arbre génito-urinaire qui est susceptible de provoquer une douleur à cet endroit.

*Ainsi, ce n'est pas parce qu'on a une douleur abdominale, que la pathologie sera forcément abdominale.*

### B) Les caractéristiques de la douleur abdominale

- Lors de l'interrogatoire, il est très important de repérer le **siège** de la douleur et ses **irradiations**. Réaliser

*correctement l'interrogatoire permet d'éviter une « débauche » d'examen complémentaire.*

- Il faut ensuite se renseigner sur le **type** de la douleur : est-ce une douleur à type de crampes ? Une douleur à type de pesanteur ? (=> *occlusion, masse tumorale...*) Une douleur à type de torsion ? (=> *torsion d'un kyste de l'ovaire ...*) Une douleur à type de brûlure ?
- Il faut aussi connaître l'**intensité** de la douleur grâce à l'échelle analogique (entre 0 et 10).
- L'**horaire** ; A quelle heure avez-vous mal ? Est ce rythmé par les repas ? Est-ce rythmé par un facteur déclenchant ? (*La douleur qui revient quand on se penche en avant est appelé signe du lacet et peut correspondre au reflux gastro-œsophagien*).
- Il faut aussi se renseigner sur la **durée** de la douleur.
- Les **facteurs déclenchant et calmant** de la douleur (ingestion alimentaire, position du corps....)
- Et enfin, on se renseigne sur la **périodicité** de cette douleur dans l'année.

#### C) Le reflux gastro-œsophagien.

Le **pyrosis** c'est la sensation de remonté de liquide gastrique acide retro-œsophagien accompagnée d'une sensation de brûlure (douleur ascendante, tracante, retro-sternale). Cette douleur est aggravé lorsque l'on est couché et par l'antéflexion du thorax (Les symptômes ont un **caractère postural**). Le reflux œsophagien associe le pyrosis, la **régurgitation alimentaire**, l'**épigastralgie** (*douleur dans l'estomac*) et il peut s'accompagner d'une **toux** ou d'une **dyspnée**. Le reflux gastro-œsophagien est banal mais peut devenir pathologique S'il est associé à une **dysphagie**, on doit suspecter une pathologie plus organique (des complications) nécessitant des examens complémentaires.

Définition dysphagie : Sensation de gêne à la déglutition. Il peut s'agir d'une dysphagie au solide pouvant évoluer en aphasie (on ne peut plus rien avaler). *Cela ne se retrouve pas uniquement dans le cancer de l'œsophage.*

#### D) Les douleurs ulcéreuses

*Il y a deux types d'ulcères : l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal qui ont une évolution différente. (L'ulcère gastrique peut aboutir à un cancer de l'estomac)*

Les symptômes sont les mêmes quelque soit le type de l'ulcère.

Cette douleur ulcéreuse est donc une **douleur épigastrique localisée** qui peut exceptionnellement avoir des irradiations postérieures.

Elle est à type de **crampe**, de **faim douloureuse** et de **brûlure**

Ses horaires sont fixes, rythmée par les repas et elle apparait en **post prandial tardif** (2 à 5h)..

Il y a une **périodicité** de la douleur (de 2 à 4 semaines) et le malade connaît la durée de sa douleur (habituellement de quelques minutes à quelques heures « *ca vient puis ca repart* »). Les facteurs favorisant sont la prise d'acide, d'AINS ou d'aspirine. Elles est atténuée par la prise alimentaire et par l'ingestion d'alcalin (lait.. )

#### E) Les vomissements.

*A ne pas confondre avec le vomis bronchique (du à un abcès du poumon qui se vide engendrant une expectoration muco-purulente)*

On définit le vomissement par un **rejet violent par la bouche du contenu gastrique et/ou duodénal** par la **contraction** du diaphragme et des muscles pariétaux abdominaux. Le

Vomissement peut être volontaire, semi volontaire ou provoqué. (La différence avec la régurgitation, c'est que dans la régurgitation il n'y a pas d'effort de vomissement).

*Il est important de caractériser ce vomissement notamment chez l'enfant et la personne âgée.*

Il va falloir préciser :

- **Son aspect** : aqueux, vert/jaune, biliaire, alimentaire, fécaloïde (*du à des fistules entre le colon et l'estomac notamment dans les pathologies cancéreuses*), sanglant (=hématémèse).
- **La fréquence** : Sont ils isolés, répétés durant plusieurs heures, périodiques, incoercibles (*qu'on ne peut pas arrêter*) ?  
Si le bébé vomit depuis 12h de façon subintrante et répétée, il faut penser à la méningite du nourrisson.  
S'il y a une occlusion (un obstacle sur le colon ou le grêle), un des maîtres symptômes de cette urgence chirurgicale va être le vomissement (qui n'est pas un vomissement isolé).
- **Les horaires** : rythmés par le repas, matinaux ou vespéraux (*qui se produisent le soir*)
- **Le mode de survenue** : en fusée (extrêmement inquiétant car cela évoque la méningite), avec des nausées (qui vont être passagère chez la femme enceinte mais qui peuvent être plus grave si elles se poursuivent), provoqués (anorexie mentale)  
Est-ce favorisé par le fait que le patient se penche en avant ? Si oui => reflux gastro œsophagien.
- **Les signes d'accompagnements** : Est-ce qu'il y a une douleur abdominale ? Est-ce qu'il a perdu du poids ? Est qu'il y a des signes extra-digestifs ? Est-ce qu'il y a des signes neurologiques ? Est-ce qu'il y a des signes cutanés ? Est-ce qu'il a de la fièvre ? *Les signes d'accompagnement témoignent d'une urgence médicale et chirurgicale.*

*En soit, le vomissement c'est quelque chose de complètement banal quand on est jeune (en général) mais cela peut devenir une urgence médicale ou chirurgicale chez des sujets plus âgés.*

## F) La diarrhée

**Définition** : La diarrhée est caractérisée par l'émission de selles trop fréquentes (supérieur à 3 par jour) **et/ou trop liquides** (teneur en eau supérieure à 80%) **et/ou trop abondante** (supérieures à 300g par jour).

On réalise toujours la même démarche ; on va donc :

- Qualifier le symptôme (*on s'assure qu'il s'agisse bien d'une diarrhée*)
  - Le mode et la date de début (récent ou ancien) *Certains sujets jeunes ont des pathologies inflammatoires (maladie de Crohn par exemple) vont avoir des poussées itératives de la maladie, les diarrhées reviennent donc régulièrement.*
  - L'évolution continue ou intermittente
  - Le caractère aigu ou chronique

- Le caractère des selles : nombres de selle/jours, le caractère impérieux de l'émission, l'aspect, la présence de sang, de glaire ou de graisse.
- Les facteurs déclenchant
- Les facteurs calmant
- Evaluer les facteurs de risques
  - Alimentaires
  - Lié à l'histoire du patient (voyage, chirurgie...)
  - Il existe des fausses diarrhées qui sont alternées avec des épisodes de constipation où les selles du patient vont ressembler à des « crottes de chèvre ».
  - Les diarrhées peuvent aussi être du à l'incontinence anale.

## G) Hématémèse, Méléna (*mélaena*) et Rectorragie

### 1) L'Hématémèse

C'est un **vomissement de sang par la bouche** provenant du tube digestif obligeant la prise en charge du patient en urgence.

Il faut la distinguer de :

- L'hémoptysie d'origine sous-glottique qui survient lors de la toux et qui est mélangé à des crachats
- L'épistaxis (saignement du nez) qui va être dégluti
- D'une hémorragie bucco-pharyngé

Cela peut être un vomissement de sang **rouge et frais ou noirâtre non aéré** plus ou moins mêlé à des aliments du à :

- un saignement d'un ulcère gastrique ou duodéal
- une hémorragie aigue à un endroit quelconque de notre appareil œsogastrique (suite à la prise d'un médicament toxique tel que les AINS ou l'aspirine ou à cause d'une tumeur de l'œsophage)
- une rupture des varices œsophagiennes (suite à une hépatite C ou une cirrhose alcoolique)

Cette hématémèse peut se compliquer ou être associée à un méléna (*en effet, si le sang ne sort pas par la bouche, il va sortir par l'anus*)

### 2) Le Méléna

C'est l'**émission par l'anus de sang noir** mélangé ou non aux selles traduisant une lésion digestive situé de l'œsophage jusqu' au colon droit.

### 3) La Rectorragie

C'est l'**émission de sang rouge par l'anus** témoignant de trois pathologie fréquentes : les hémorroïdes, les ulcérations thermométriques (du à l'introduction un peu trop brusque du thermomètre provoquant une lésion de la muqueuse rectale. *L'ulcération peut être produite par des objets divers et variés comme vous vous en doutez*) et enfin les cancers recto-sigmoïdien.

#### H) La colique Hépatique (*qui sera revu dans le prochain cours*)

Douleur liée à la mise en tension des voies biliaires ou à un obstacle sur les voies extra-hépatiques.

La douleur se situe généralement **dans l'hypochondre droit**. Elle irradie en postérieure et parfois vers l'épigastre.

Cette douleur est **intense**, souvent **insupportable, d'emblé maximale** dont **l'intensité ne varie pas** (*sauf si l'obstacle cède par exemple*).

La douleur peut être déclenché par un repas abondant, riche en graisse. On peut voir une installation rapide et progressive avec évolution paroxystique sur fond continu. La durée peut être de plusieurs heures.

Toutefois, l'inspiration est un facteur aggravant de cette douleur ; ainsi, l'inhibition respiratoire (*gène respiratoire*) est caractéristique de la douleur biliaire.

**Le signe de Murphy** est une douleur provoquée par la palpation de l'hypochondre droit. Il n'a pas une bonne spécificité mais témoigne tout de même, dans 80% des cas, d'une mise en tension des voies biliaires.

Ce signe évoque soit une pathologie des voies biliaires, soit une pathologie sous-jacente.