

Sémiologie (cours 6)
Dr Dominique Farge
18 octobre 2007 (10h30)
Auriana MOACHON

Conduite à tenir devant une douleur abdominale (suite du 15/10)
& Sémiologie néphrologique

Conduite à tenir devant une douleur abdominale

Plan du cours :

Introduction : Informations à recueillir devant un patient présentant une douleur abdominale

I- Signes de gravité :

II- Contexte :

III- Signes fonctionnels :

- 1- Troubles de l'alimentation
- 2- Troubles de la salivation
- 3- Troubles du goût
- 4- Troubles de la déglutition
- 5- Pyrosis & régurgitation
- 6- Dyspepsie
- 7- Hoquet
- 8- Vomissements
- 9- Constipation et diarrhée
- 10-Incontinence anale
- 11-Syndrome rectal

IV- Caractéristiques de la douleur :

- 1- Eléments permettant de caractériser une douleur abdominale
- 2- Douleur ulcéreuse
- 3- Douleur pancréatique
- 4- Douleur de la colique hépatique

V- Signes d'accompagnement :

- 1- Interrogatoire
- 2- Inspection
- 3- Palpation
- 4- Auscultation
- 5- Percussion

VI- Synthèse sémiologique :

- 1- Différents diagnostiques
- 2- Syndrome occlusif

Introduction :

Plusieurs informations doivent être recueillies lors de l'examen clinique du patient, notamment les signes de gravité, le contexte, les signes fonctionnels, et les caractéristiques de la douleur, afin d'élaborer un diagnostic quant à son l'état de santé.

NB : les parties I- et II- ne seront pas traitées dans cette ronéo car déjà effectuées dans cours du 15/10.

III- Les signes fonctionnels : On en distingue 11 :

1- Troubles de l'alimentation :

Ils englobent l'anorexie, la boulimie et la polyphagie.

Anorexie = sécession de l'alimentation

Boulimie = frénésie alimentaire

Polyphagie = faim excessive avec une absence de sensation de satiété

2- Troubles de la salivation :

Ils sont décelés grâce au « **test de fonte du sucre** » : pose d'un sucre sur la langue du patient puis chronométrage de fonte du sucre.

Deux troubles peuvent être établis :

- xérostomie, si tps > 6 min
- hypersialorrhée, si tps < 2 min

3- Troubles du goût :

Différencier la dysgueusie (défaut dans la perception du goût) de l'agueusie (absence de goût).

4- Troubles de la déglutition :

On distingue :

-douleur et brûlures buccales, pouvant être provoquées par un aphte, une gingivite (inflammation de la gencive), glossite (inflammation de la langue), ou une mucite (inflammation de la muqueuse buccale).

-odynophagie (déglutition douloureuse) provoquée par le bol alimentaire ou de la salive.

- dysphagie (gêne ou arrêt des aliments dans l'œsophage)

5- Pyrosis et régurgitation :

Pyrosis = douleur à type de brûlure, à point de départ épigastrique ou rétroxyphoïdien et à irradiation ascendante ; elle est traçante rétrosternale, et peut être associée à une régurgitation de liquide acide ou amer.

Régurgitation = remontée d'aliments au niveau de la bouche ou du pharynx, ceci se faisant sans effort de vomissements.

6- Dyspepsie :

Elle correspond à la sensation globale et atypique de dégoût alimentaire.

7- Hoquet :

Il est dû à une contraction involontaire du diaphragme ayant le plus souvent comme origine une pathologie épigastrique.

Il peut être aiguë ou chronique (si > 24 h)

8- vomissements :

Ils peuvent être alimentaires, bilieux, fécaloïdes (bruns et nauséabonds) ou encore sanguins (= hématémèse).

9- Constipation et diarrhée :

La constipation est à l'origine de 60% des causes de consultation en gastro-entérologie. Elle correspond à une diminution du temps de transit ou de la quantité des selles, elle s'oppose à la diarrhée.

Il ne faut pas confondre un arrêt du transit et une constipation : la distinction clinique de ces deux pathologies réside dans le silence sépulcral (absence de bruits d'estomac) en cas d'arrêt du transit.

Le silence sépulcral traduit un infarctus du mésentère.

Il est conseillé de faire un touché rectal (TR) dans le cas d'une constipation, l'évacuation de fécalomes est alors possible.

Diarrhée = symptôme caractérisé par l'émission de selles trop fréquentes et/ou trop liquides et/ou trop abondantes.

Le mode d'installation (aiguë ou chronique) doit être précisé pour la diarrhée.

Rq : un melæna peut être observé (et senti en l'occurrence...) = émission par l'anus de sang noir, pur ou mélangé aux selles, poisseux et fétide, comparé à de la suie ou du goudron ; il traduit une lésion digestive située entre l'oesophage et le colon droit.

Il faut le distinguer d'une hématomèse ou encore d'une rectorragie.

10- Incontinence anale :

Elle nécessite l'exploration de la tonicité sphinctérienne.

11- Syndrome rectal :

Il se manifeste au travers de 3 symptômes pouvant s'observer de façon dissociée :

-ténésme = contraction douloureuse du canal anal avec impression de corps étranger intra-rectal.

-épreintes = coliques brèves et vives précédant le faux-besoin ou l'exonération.

-faux-besoins = poussées impérieuses répétées avec sensation de besoin d'exonération sans ou avec émission minimale d'une petite selle, d'un gaz, ou « d'eau sale ».

IV- Caractéristiques de la douleur :

1- Eléments permettant de caractériser une douleur abdominale :

On distingue 6 éléments :

-topographie (siège et irradiations)

-type

-intensité

-mode de survenue

-caractères

-sévérité

-facteurs modifiant la douleur

2- Douleur ulcéreuse :

-topographie : siège épigastrique, parfois irradiation postérieur

-type : « faim douloureuse extrême »

-intensité : extrême !

Il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique entre l'intensité de la douleur et la gravité de la pathologie.

-mode de survenue : rythmée par les repas et dans l'année

-caractère : douleur localisée

-facteurs modifiant la douleur : calmée par les alcalins et augmentée par les acides

3- Douleur pancréatique :

-topographie : même siège que la douleur ulcéreuse, mais peut être ombilicale

-type : à titre de crampe

-intensité : plus forte que l'ulcéreuse

-mode de survenue : aléatoire

-caractères : douleur transversale et sans périodicité

-facteurs modifiant la douleur : prise d'aliments, d'alcool amplifiant la douleur ; antéflexion (pliure en deux) la calmant

4- Douleur de la colique hépatique :

Def: colique hépatique = mise en tension des voies biliaires suite à un obstacles situé à un niveau quelconque.

-topographie : siège dans la région épigastrique ou l'hypochondre droit, irradiation vers la base droite

-type : insupportable

-intensité : extrême et ne variant pas

-mode de survenue : d'emblé maximale

-caractères : dure de une à plusieurs heures, parfois plus de 6 heures

-facteurs modifiant la douleur : absence de facteurs la calmant

Rq: Le signe de Murphy (= douleur a l'inspiration profonde /douleur provoquée par la palpation de la région vésiculaire sous-costale droite accompagnée d'une inhibition inspiratoire) permet de détecter la colique hépatique.

V- Signes d'accompagnement :

1- Interrogatoire :

A l'interrogatoire, doivent être identifiés :

- prurit = symptôme de cholestase **d'installation progressive** (et non aiguë) lié à l'accumulation de sels biliaires
- ictère = coloration jaune des téguments (peau et muqueuse) liée à une hyperbilirubinémie ; il est aussi appelé vulgairement « jaunisse »
- altération de l'état général dont les 3 symptômes sont :
 - 1) l'asthénie = fatigue généralisée
 - 2) l'anorexie
 - 3) L'amaigrissement : c'est une conséquence des deux symptômes précédemment cités.
- troubles sexuels, comme l'impuissance (généralement liée à une intoxication alcoolique chronique)

2- Inspection :

Elle doit porter sur :

- la couleur de la peau
- les phanères (pour la recherche de signes de carence vitaminique et érythrose palmaire) = ensemble des productions cornées de la peau, en particulier les poils, cheveux et ongles
- les glandes mammaires (pour la détection de gynécomastie = développement excessif des glandes mammaires chez l'homme)
- les angiomes stellaires = anévrismes artériolaires
- les cicatrices
- la respiration abdominale (entrée et sortie de l'abdomen respectivement pendant l'inspiration et l'expiration)
- les vergetures

L'inspection de la couleur de la peau permet de mettre en évidence :

- un ictère
- une éruption cutanée
- un purpura = lésion hémorragique au niveau de la peau ou des muqueuses caractérisée par un aspect pourpre ne s'effaçant pas à la vitropression
- des ecchymoses = contusions
- un hirsutisme = excès de pilosité
- une alopécie = accélération de la chute des cheveux (signe fréquent en cas de cirrhose)
- une dépilation (signe fréquent en cas de cirrhose)

Rq: l'encéphalopathie hépatique est caractérisée par 3 phases à l'inspection :

1) asterixis = chute brutale et de brève durée des muscles extenseurs de la main

2) troubles du comportement

3) coma sans signe de localisation + Babinski bilatéral (= élévation lente et majestueuse du gros orteil après sensibilisation, par le doigt, de la région latérale de la voûte plantaire)

3- Palpation :

La palpation de l'abdomen permet de mettre en évidence un certain nombre de pathologies viscérales, comme :

-l'hépatomégalie

-le reflux hépato-jugulaire

-la splénomégalie

-une défense, ou encore une contracture de la part du patient

NB: **NE PAS OUBLIER** de palper l'orifice herniaire et de pratiquer un **TR** !

4- Auscultation :

Elle se concentre sur les bruits hydro-aériens, les silences, et les souffles (mésentérique, aortique et fémoral).

5- Percussion :

Elle concerne le foie, pour la détection d'une douleur à l'ébranlement, mais aussi les séreuses en cas d'ascite.

La découverte d'ascite doit s'accompagner d'un **prélèvement liquidien** ; le prélèvement doit être effectué aux 2/3 externes ou au 1/3 interne d'un lignage préalablement tracé entre l'ombilic et l'aile iliaque supérieure (attention à ne pas piquer la rate !!!)

La percussion permet d'apprécier la matité (liquide) ou le tympanisme (air) d'un organe.

→ devant un météore abdominal :

1) observation d'un « gros ventre »

2) percussion de l'abdomen

3) si matité à la percussion, prélèvement liquidien

VI- Synthèse sémiologique :

1- Différents diagnostiques :

- RGO = Reflux Hépatogastrique
- Syndrome oesophagien
- Ulcère gastro-duodénal
- Syndrome occlusif
- Syndromes dysentérique et cholérique
- Lithiase biliaire due à une colique hépatique ou à une cholécystite
- Hépatopathies cirrhotique et non cirrhotique, comme l'insuffisance hépatocellulaire, l'Hyper-Tension portale (HTP) ou l'ascite
- D'autres causes extra-abdominales dont des causes :
 - dorsales (concernent les reins, l'uretère, le rachis et les côtes)
 - pelviennes (concernent les ovaires et l'utérus)
 - neurotoniques

2- Syndrome occlusif :

Il est caractérisé par une douleur abdominale, des vomissements, des troubles du transit et une masse au TR.

Le syndrome occlusif du grêle est à distinguer de celui du colon :

Syndrome occlusif du grêle	Syndrome occlusif du colon
• vomissements précoces	• vomissements tardifs
• météorisme discret/modéré	• météorisme important
• arrêt du transit tardif	• arrêt du transit précoce
• distension hydro-aérique centrale, plus large que haute et limitée par l'intestin grêle	• distension hydro-aérique périphérique, plus haute que large

Sémiologie néphrologique

Plan du cours :

Introduction :

I- Hématurie :

II- Quelques autres définitions :

1-Définitions

2- ECBU

Introduction :

Définitions :

Appareil urinaire = organe profond

Néphron = unité anatomique et fonctionnel du rein (on en compte environ 1 million par rein)

Glomérule = unité de filtration glomérulaire

Urine = ultrafiltrat plasmatique

Composition du filtre glomérulaire, de dedans en dehors :

- lumière capillaire
- endothélium vasculaire
- basale, avec sa triple membrane
- épithélium tubulaire

Le but du rein est d'assurer l'homéostasie hydro-sodique et l'équilibre acido-basique de l'organisme en collaboration avec le poumon.

Il possède cependant aussi une fonction exocrine, en effet, il excrète des déchets métaboliques terminaux endogènes tels que l'urée, la créatinine, l'acide urique, et l'oxalate.

Il assure aussi l'élimination de toxines, médicaments et xénobiotiques en général. Le mécanisme d'élimination varie selon la substance considérée : filtration glomérulaire et modifications tubulaires.

Ainsi, on distingue deux types de symptômes :

- ceux liés à une pathologie du glomérule
- ceux liés à une pathologie du tubule

I- hématurie :

Hématurie = présence de sang dans les urines (hématies $> 5 .000/ml$). Elle peut être macroscopique (visible à l'œil nu) ou microscopique.

Le test des 3 verres permet de mettre en évidence une hématurie macroscopique; il consiste en le recueil d'urines issues d'un même besoin, dans trois verres différents, la succession de couleurs des urines permet de déterminer l'origine urinaire de la pathologie.

On obtient ainsi :

- ● ○ ○ : pathologie initiale (sous vésicale)
- ○ ● ● : pathologie terminale (vésicale)
- ● ● ● : pathologie totale (rénale, urétérale ou le long de l'appareil urinaire)

Il faut distinguer l'hématurie macroscopique d'une coloration médicamenteuse (ex: rifampicine) ou alimentaire (ex: les betteraves).
L'hématurie doit donc être confirmée à l'aide d'une bandelette urinaire réactive.

La bandelette réactive ne détecte pas la présence de sang (hémoglobine) dans les urines mais celle de **globine** ; elle est donc aussi positive en cas de myoglobinurie.

Ainsi, en cas d'une réponse positive de la bandelette, une confirmation du labo est indispensable pour affirmer l'hématurie.

→pour diagnostiquer une hématurie :

- 1) observation des urines
- 2) si coloration rouge, test de la bandelette urinaire
- 3) si test positif, confirmation par le labo

Rq: Sont à différencier d'une hématurie :

Hémoglobinurie = présence d'hémoglobine dans les urines

Myoglobinurie = présence de myoglobine dans les urines

III- Quelques autres définitions :

1- définitions :

Pneumaturie = présence d'air dans les urines, elle signe la présence d'une fistule uro-digestive, le plus souvent entre la vessie et le sigmoïde, ou entre la prostate et le rectum.

Chylurie = présence de lymphe dans les urines, elle témoigne d'une fistule entre les vaisseaux lymphatiques et les voies excrétrices, quelque soit son siège.

Fécalurie = présence de matière fécale dans les urines, elle traduit l'existence d'une fistule uro-digestive.

Pyurie = présence de leucocytes altérés dans les urines (> 10.000/ml), elle traduit l'existence d'une infection ou d'une pyélonéphrite.

Pyélonéphrite = infection aiguë du pyélon

Bactérie-urie = présence de germes dans les urines

Infection urinaire = bactériurie significative avec plus de 10^5 germes présents.

2- ECBU :

ECBU = Examen Cytobactériologique Urinaire

L'ECBU permet de définir si un patient a une pyurie, leucocyturie ou encore une infection urinaire.

Cependant plusieurs précautions sont à prendre dans le cadre d'un ECBU pour ne pas confondre une contamination urinaire, vaginale ou anale avec les différentes pathologies énoncées ci-dessus.

On définit donc des règles de « bonne conduite » pour la pratique de cet examen, adressées au patient :

- 1) Se **laver** correctement et suffisamment au niveau du pénis/vulve et de l'anus **avant** tout ECBU.
- 2) Effectuer un **premier jet** d'urine **en dehors** du pot de prélèvement.
- 3) Ne prendre que le **milieu du jet** d'urine.
- 4) Tenir l'intérieur du pot de prélèvement à l'écart de tout contact cutané ou autre...

