



# LA SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE DIGESTIVE

Dr. M.A. MELZI - Service d'Oncologie Médicale - CHU de Blida

## I/ INTRODUCTION

L'appareil digestif est constitué du tube digestif (de la bouche jusqu'à l'anus) et des organes annexes (pancréas, foie et voies biliaires), dont la pathologie est très variée, avec une symptomatologie très riche.

L'étude de la sémiologie fonctionnelle digestive se base sur un interrogatoire minutieux, dont l'objectif est de recueillir les symptômes et les étudier à fin d'orienter l'examen physique.

Cet interrogatoire commencera toujours par l'étude de l'état civil du patient (âge, sexe, origine, etc.), des antécédents (physiologiques, pathologiques médicaux et chirurgicaux, et familiaux). L'étude du symptôme majeur (motif de consultation) constitue une étape clé, car de cette étape dépendra la suite de l'examen clinique.

## II/ TROUBLES DE L'APPETIT

### A/ ANOREXIE

C'est la diminution ou la perte de l'appétit. C'est un symptôme qui peut se voir au cours de plusieurs pathologie (cancers, tuberculose, ...etc.) et qui s'accompagne d'un amaigrissement plus ou moins important.

Il faut faire la différence avec *l'anorexie mentale*, d'origine psychique, qui se définit par pas une lutte active contre la faim et l'absence de la perte de l'appétit.

### B/ POLYPHAGIE

Se définit par une faim excessive avec une absence de sensation de satiété, traduisant un excès dans le comportement alimentaire. C'est un symptôme retrouvé au cours du diabète sucré, elle peut se voir aussi au cours des *maltraitances*.

Il faut différencier la polyphagie de *l'hyperphagie* (grignotage souvent lors de la dépression), et de la *boulimie* (envie irrésistible de manger sans nécessairement ressentir la faim).

## III/ TROUBLES DU TRANSIT HAUT

### A/ LA DYSPHAGIE

C'est une sensation de gêne, ou de blocage d'aliments entre la bouche et le creux épigastrique. Elle peut être haute (cervicale), moyenne (thoracique) ou basse (abdominale haute). Généralement elle commence par les aliments solides, puis elle évolue jusqu'à intéresser les liquides. Elle peut être minime, modérée ou totale, témoignant d'une obstruction complète (aphagie).

La dysphagie peut traduire soit un obstacle mécanique sur le trajet alimentaire (angine, tumeur, etc.), soit une atteinte de la motricité œsophagienne (dysphagie paradoxale du méga œsophage).

Il faut faire la différence avec *l'odynophagie* (douleur lors de la déglutition).

### B/ LES REGURGITATIONS

C'est la remontée du contenu gastrique dans la bouche sans effort de vomissement (passive).

### C/ LE PYROSIS

C'est la remontée du contenu gastrique acide, s'accompagnant de brûlures rétro-sternales (reflux gastro-œsophagien), avec souvent un caractère posturale.

### D/ LES NAUSEES

C'est la sensation de mal-être et d'inconfort qui accompagne l'éventuelle approche des vomissements.

### E/ LES VOMISSEMENTS

C'est le rejet par la bouche du contenu gastrique lors d'un effort (contraction du diaphragme), souvent précédés de nausées. Il s'agit d'un réflexe naturel, mais qui peut être provoqué (stimulation du pharynx).

Les étiologies des vomissements sont multiples, ils peuvent être secondaire à une obstruction sur le trajet alimentaire, à une ingestion d'un produit toxique, à une infection, comme ils peuvent se voir au cours des atteintes neurologiques (syndrome méningé, hypertension intracrânienne), au cours de la grossesse, ...etc.

Les vomissements peuvent être alimentaires, bilieux, hémorragique ou fécaloïdes. Il faut préciser le moment de survenue par rapport au repas, et chercher d'éventuelles signes accompagnateurs (fièvre, douleurs, etc.).

**F/ LA DYSPEPSIE**

C'est une sensation de "mauvaise digestion" (pesanteur épigastrique, météorisme, etc.) dont la valeur sémiologique est faible.

**IV/ TROUBLES DU TRANSITE BAS****A/ DIARRHEE**

C'est l'émission de selles trop abondante et/ou trop liquides, avec augmentation du débit fécale au delà de 300g/24heurs (contenue augmenté en eau ou en graisse : stéatorrhée <6g de graisse/24h).

Il faut faire la différence entre la diarrhée et :

- *La poly exonération* : qui se définit par l'augmentation du nombre de selles par jours, sans augmentation du volume global journalier.
- *La fausse diarrhée des constipées* : qui survient après plusieurs jours de constipation, il s'agit d'une selle diluée dans le liquide d'hypersécrétion de la muqueuse irritée.
- *L'évacuation de glaires dans le syndrome dysentérique* : c'est une selle afécale faite de glaire, de sang et du pus.

Il faut faire la différence entre la diarrhée aigue, qui est le plus souvent d'origine infectieuse, (dont le risque majeur est la déshydratation), et la diarrhée chronique, qui accompagne les syndromes de malabsorption (malnutrition).

L'aspect des selles est important à connaître, il faut rechercher :

- La présence d'aliments non digérés dans les diarrhées motrices (*diarrhée hydro-électrolytique post prandiale immédiate ou précoce 30 à 60 minutes après repas, impérieuse et accompagnée de colique, sans retentissement sur l'état général, se voit au cours du diabète et de l'hyperthyroïdie*),
- Des selles graisseuses dans l'insuffisance pancréatique.
- Une diarrhée aqueuse riziforme (choléra) ou en jus de melon (fièvre typhoïde).
- La présence de sang ou de glaires, sans matières (diarrhée afécale des syndromes dysentériques).

**B/ CONSTIPATION**

Elle correspond à la diminution de la fréquence des selles et/ou à une difficulté d'exonération, les selles sont dures, déshydratées et sur digérées du fait d'un ralentissement du transit intestinal.

Elle peut être soit organique, secondaire à un obstacle sur l'évacuation des selles (tumeurs, compression, ...etc.) ou à un trouble de l'innervation colique (méga colon), soit fonctionnelle par carence en résidus (fibres alimentaires), ou par perte du réflexe de défécation donnant constipation terminale pouvant aboutir au fécalome (accumulation dans le rectum de selles déshydratées réalisant une masse pseudo tumorale).

**V/ LES HEMORRAGIES DIGESTIVES**

C'est l'ensemble des saignements dont l'origine est le tube digestif, et qui vont s'extérioriser soit par la bouche, soit par l'anus. Il peut s'agir d'un saignement artériel (ulcère gastroduodénal, ...etc.) ou veineux (ruptures des varices œsophagiennes), ou bien d'un saignement muqueux en nappe.

**A/ HEMATEMESE**

C'est le rejet par la bouche du sang rouge ou noirâtre non spumeux lors d'un effort de vomissement. Le saignement est d'origine soit œsophagienne, gastrique ou duodénale.

Il faut différencier l'hématémèse du :

- *Hémoptysie* : rejet par la bouche lors d'un effort de toux du sang rouge aéré, spumeux.
- *Hémossalémèse* : rejet par la bouche du sang mêlé de la salive, provenant de la cavité buccale.

- *Epistaxis*: sur tout postérieur, l'origine du saignement est nasale. Le sang est dégluti puis vomé secondairement.

## B/ MELENA

C'est l'émission par l'anus de sang noir, digéré, poisseux, d'odeur fétide. Il accompagne constamment une hématurie, et il témoigne d'un saignement haut située (sus mésocolique : œsophage, estomac, duodénum). Ils peuvent être soit franc, soit sous forme de selles mélaniques (selles de couleur noirâtre).

Il faut différencier le méléna des selles colorées (médicaments : fer, aliments : betteraves).

## C/ RECTORRAGIES

C'est l'émission par l'anus du sang rouge non digéré, soit sous forme du sang pur, soit mélangé avec ou arrosant la selle. Elles traduisent une lésion du colon, du rectum ou de l'anus, exceptionnellement, elles peuvent se voir au cours des hémorragies digestives hautes massives.

Il faut les différencier des selles dysentériques et des hémorragies urogénitales.

Dans tous les cas, il faut apprécier l'importance du saignement (petite abondance, moyenne abondance, grande abondance) et rechercher le retentissement sur l'état général du patient (anémie, hypovolémie)

## VI/ LES DOULEURS ABDOMINALES

L'abdomen est divisé en 9 quadrants, en prenant comme repère le rebord costal, les épaules iliaques et les lignes médio-claviculaires (figure 1) :

- *Hypochondre droit* (1) : foie et voies biliaires, angle colique droit ;
- *Epigastre* (2) : estomac, œsophage, pancréas
- *Hypochondre gauche* (3) : rate, angle colique gauche ;
- *Flanc droit* (4) : colon, uretère droit ;
- *Région ombilicale* (5) : intestin grêle, colon ;
- *Flanc gauche* (6) : colon, uretère gauche ;
- *Fosse iliaque droite* (7) : appendice vermiculaire, caecum ovaire ;
- *Hypogastre* (8) : vessie, organe génitaux ;
- *Fosse iliaque gauche* (9) : colon sigmoïde, ovaire.

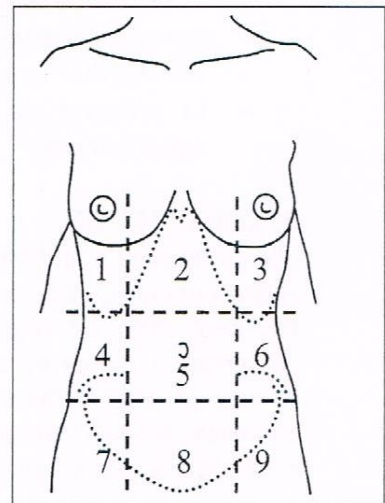


Figure 1 : les quadrants abdominaux

Cette segmentation nous permettra de localiser le siège de la douleur, afin de mieux l'étudier.

Les douleurs abdominales doivent être analysées en fonction de leur type, siège et irradiation, intensité, mode de début, rythme et évolution, leur facteurs sédatif ou déclenchant.

## A/ TYPE DE LA DOULEUR

*La crampe* : sensation de contraction ou de torsion, le plus souvent au niveau du creux épigastrique, fixe, accompagnée de sensation de faim, dans la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale

*La brûlure* : c'est une douleur caractéristique lorsqu'elle siège dans l'épigastre et elle évoque une origine gastrique ou œsophagienne. Un reflux gastro-œsophagien ne peut s'exprimer que par des brûlures localisées à l'épigastre, sans l'irradiation ascendante qui définit le pyrosis.

*La colique* : c'est une 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).

*La crise solaire* : c'est une douleur d'origine pancréatique, reconnaissable par son début brutal en *coup de tonnerre*, son siège dans l'épigastre ou un peu plus bas, son irradiation transfixiante en coup de poignard, sa grande intensité au point de s'accompagner de malaise général, de pâleur et de sueurs, ainsi que par sa durée prolongée (plusieurs jours consécutifs).

*La douleur déchirante* : en *coup de poignard*, évoquant une perforation d'organe creux.

La douleur abdominale peut faire place à de simples gênes appelés *troubles dyspeptiques* lorsqu'ils évoquent une origine gastrique : lourdeur épigastrique post prandiale (*pesanteur*), impression de digestion lente, satiété précoce, nausées ou vomissements. Ils évoquent plutôt des troubles fonctionnels digestifs, mais parfois aussi une véritable maladie organique (cancers gastrique ou pancréatique).

## B/ SIEGE DE LA DOULEUR

- *Douleur épigastrique* : origine gastrique ou pancréatique
- *Douleur de l'hypochondre droit* : des voies biliaires, irradiant vers la pointe de l'omoplate, du foie, ou plus rarement du colon droit
- *Douleur de l'hypochondre gauche* : queue du pancréas, rate, ou angle colique gauche
- *Douleur péri-ombilicale* : intestin grêle
- *Douleur de la fosse iliaque droite* : caecum et appendicé
- *Douleur de la fosse iliaque gauche* : colon sigmoïde
- *Douleur hypogastrique* : sigmoïde, vessie, organes génitaux internes chez la femme
- *Les coliques du grêle* : accompagnées de ballonnement localisé, cédant avec un gargouillement (*syndrome de Koenig*)
- *colique* proprement dite : parcourant le cadre colique soulagée par l'émission de gaz ou de selles.
- *Epreinte* : 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*).

## C/ INTENSITE DE LA DOULEUR

Elle peut être évaluée par le patient, au moment où il la ressent, par des échelles de type EVA (*échelle visuelle analogique* ; *figure 2*), qui serviront à guider la thérapeutique antalgique. Pour juger à l'interrogatoire de l'intensité de douleurs passées, on peut se fier aux dires du patient mais cela est toujours sujet à caution, car une douleur de même intensité sera vécue différemment par des patients différents.

Il est plus intéressant de préciser en cas de douleur aiguë, si le patient a fait appel à un médecin, à eu recours à des antalgiques (type, voie d'administration), quel était son comportement lors de la crise : agité (colique hépatique ou néphrétique) ou prostré (crise solaire). Pour des douleurs chroniques, il est important d'évaluer le retentissement sur l'activité (arrêts de travail, etc.), ainsi que sur le sommeil ; une douleur qui réveille le patient la nuit est a priori d'origine organique.

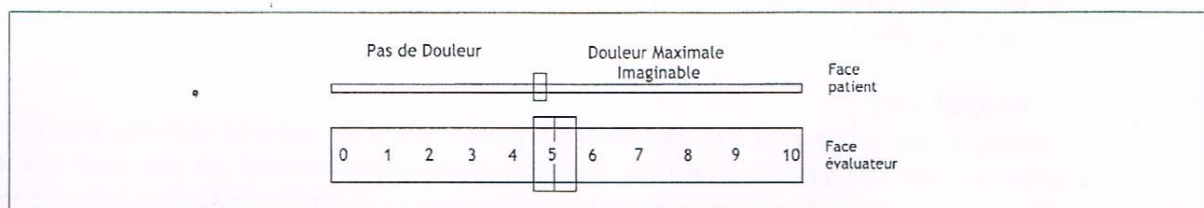


Figure 2 : échelle visuelle analogique

## D/ EVOLUTION

### 1/ MODE DE DEBUT

Il est brutal ou progressif, plus facile à préciser pour une douleur récente qu'ancienne. L'ancienneté des symptômes est souvent sous-estimée par les patients, et il faut s'aider de dates repères pour bien évaluer ce paramètre.

### 2/ EVOLUTION NYCTHEMERALE ET DANS L'ANNEE

Rappelons que le caractère nocturne d'une douleur constitue un argument en faveur d'une maladie organique.

L'interrogatoire doit rechercher un rapport entre les douleurs abdominales et les repas, et notamment la notion de *rythmicité post prandiale*. Certaines douleurs sont *post prandiales précoces* (moins de 1 heure), voire même *per-prandiales*, d'autres sont *post prandiales tardives* (2 à 5 heures) (syndrome ulcéreux), d'autres ne sont pas rythmées par les repas.

Dans le syndrome ulcéreux, la prise alimentaire calme les douleurs, mais elles réapparaissent quelques heures (1-3 heures) plus tard. Dans ce cadre, les douleurs ont des horaires relativement fixes.

L'évolution dans l'année peut être erratique ou périodique. Les douleurs périodiques sont rares et caractéristiques du syndrome ulcéreux : classiquement, les douleurs sont quotidiennes pendant la poussée ulcéreuse (quelques semaines en l'absence de traitement) et laissent place à des intervalles libres assez longs où le patient est totalement asymptomatique.

### 3/ FACTEURS INFLUENÇANT LA DOULEUR

#### *Les facteurs calmants*

- Aliments : cas du syndrome ulcéreux
- Médicaments :
  - Antiacides (douleurs oeso-gastriques)
  - Anti spasmodiques (colique hépatique, douleur d'origine intestinale)
  - Aspirine (douleur pancréatique),
- Vomissements : stase gastrique, occlusion haute
- Selles et gaz : douleur d'origine intestinale
- Position antalgique : antéflexion (douleur pancréatique)
- Loisirs : troubles fonctionnels digestifs

#### *Les facteurs aggravants*

- Aliments : alcool, vinaigre, jus de fruits (RGO, gastrite)
- Toux et inspiration profonde (colique hépatique)
- Médicaments (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens)
- Stress : troubles fonctionnels digestifs

## E/ SIGNES ASSOCIES

### 1/ DIGESTIFS

Les douleurs abdominales peuvent être isolées ou accompagnées d'autres signes digestifs qu'il faut rechercher par l'interrogatoire : pyrosis, dysphagie, vomissements, diarrhée, constipation, hémorragie digestive ...

### 2/ EXTRA-DIGESTIFS

De même, il faut rechercher des signes extra-digestifs dans les sphères urinaire, gynécologique, articulaires, dermatologiques ..., car les douleurs abdominales peuvent ne pas avoir une origine digestive (colique néphrétique) ou des maladies digestives peuvent être associées à des symptômes non digestifs (manifestations rhumatismales des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin).

### 3/ GENERAUX

Asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, sueurs. L'amaigrissement est un signe d'alarme, évocateur d'une maladie organique.

## F/ PRINCIPAUX TYPES DE DOULEURS ABDOMINALES

### 1/ DOULEUR BILIAIRE OU COLIQUE HEPATIQUE

- *Siege* : épigastre ou hypochondre droit
- *Type* : torsion ou crampe
- *Irradiation* : épaule droite, omoplate droite, région inter-scapulaire
- *Intensité* : +++
- *Durée* : plusieurs heures
- *Facteurs déclenchant* : absence
- *Facteurs calmants* : pas de position antalgique, antispasmodiques
- *Facteurs aggravants* : inspiration (inhibition respiratoire), toux
- *Horaire* : absence (diurne ou nocturne)
- *Périodicité* : absence
- *Signes d'accompagnement* : vomissements (fin de crise), agitation, ictère, fièvre et frissons évocateurs d'angiocholite (septicémie à point de départ biliaire). La triade douleur suivie de fièvre et d'ictère en 24 - 48 heures est évocatrice d'obstacle lithiasique du cholédoque.
- *Examen clinique* : signe de Murphy

#### Etiologies :

- Lithiase biliaire (vésiculaire ou de la voie biliaire principale)
- Cancers de la vésicule ou de la voie biliaire principale
- Parasites (douve)
- Hémobilie (caillots de sang dans la voie biliaire)

### 2/ DOULEUR GASTRIQUE OU DUODÉNALE

- *Siege* : épigastre
- *Type* : crampe ou torsion
- *Irradiation* : absence
- *Intensité* : variable, parfois très intense
- *Durée* : d'une demi-heure à plusieurs heures
- *Horaire* : post prandial ± tardif (possiblement nocturne)
- *Facteurs calmants* : aliments, anti acides ou pansements gastriques
- *Périodicité* : nette dans le syndrome ulcéreux
- *Examen clinique* : douleur provoquée du creux épigastrique

#### Etiologies (syndrome ulcéreux) :

- La maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale
- Le cancer gastrique
- La dyspepsie fonctionnelle pseudo-ulcéreuse (absence de lésion gastro-duodénale)

### 3/ DOULEUR COLIQUE

- *Siege* : épigastre ou en cadre, les fosses iliaques, ou hypogastre
- *Type* : colique
- *Irradiation* : descend le long du cadre colique
- *Intensité* : variable
- *Durée* : quelques minutes à quelques heures

- *Facteurs déclenchant* : multiples
- *Facteurs calmants* : émission de selles ou de gaz +++, antispasmodiques
- *Horaire* : absence ou post prandial
- *Périodicité* : absence
- *Signes d'accompagnement* : gargouillis abdominaux, ballonnement, troubles du transit (constipation ou diarrhée), émissions glaireuses ou sanglantes
- *Examen clinique* : douleur en cadre sur le trajet colique

*Etiologies* :

- Cancer du côlon
- Colites inflammatoires ou infectieuses
- TFI (troubles fonctionnels intestinaux) : syndrome de l'intestin irritable

#### 4/ DOULEUR PANCRÉATIQUE

- *Siege* : épigastre ou sus-ombilical, parfois hypochondre droit ou gauche
- *Type* : crampe
- *Irradiation* : dorsale, transfixiante
- *Intensité* : +++
- *Début* : brutal (coup de poignard)
- *Durée* : plusieurs heures, voire plusieurs jours consécutifs
- *Facteurs déclenchant* : repas gras, alcool,
- *Facteurs calmants* : antéflexion (position penchée en avant), aspirine
- *Horaire* : absence
- *Périodicité* : absence
- *Signes d'accompagnement* : malaise, sueurs, vomissements, constipation (iléus), diarrhée (stéatorrhée), amaigrissement.
- *Examen clinique* : douleur provoquée épigastrique ou péri-ombilicale, voire des fosses lombaires.

*Etiologies*

- Pancréatite aiguë (alcool, lithiase biliaire, médicaments, ...)
- Pancréatite chronique (alcool, héréditaire ...)
- Cancer du pancréas

#### 5/ DOULEURS RAPPORTEE

Ce sont des douleurs abdominales dont l'origine est extra abdominale :

*Thoracique* : cardiaque (infarctus de myocarde ou péricardite), pulmonaire (pneumonie ou épanchement pleurale) ou œsophagienne.

*Génitale* : a partir de l'appareil génital féminin, donnant des douleurs abdominales à irradiation lombosacrée.

*Vertébrale* : douleur radiculaire (accentuée par les manœuvres qui augmentent la pression du LCR tel que la toux, l'éternuement, etc.).

## VII/ CONCLUSION

La pathologie digestive regroupe un grand nombre de pathologies dont la manifestation clinique est très variable. Un interrogatoire méthodique et bien conduit permet le recueil d'informations indispensable pour orienter l'examen clinique.