

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Université Amar Telidji
Faculté de Médecine de Laghouat
Cours de sémiologie

Sémiologie Digestive

Docteur BENMEDIOUNI Farouk

✉ : fbenmediouni@yahoo.fr

Les signes fonctionnels

- L'analyse des troubles fonctionnels est faite au cours de l'interrogatoire qui est le temps capital de l'examen de l'appareil digestif.
- Les troubles fonctionnels digestifs sont : les troubles de l'appétit, la dysphagie, les vomissements, les troubles du transit intestinal : constipation et diarrhée, les douleurs abdominales et les hémorragies digestives : hématomèse, méléna et rectorragie.
- Les hémorragies digestives et la douleur abdominale ne seront pas traités dans ce cours, et feront l'objet de deux cours séparés.

1. Les troubles de l'appétit

- **L'anorexie**
 - C'est la diminution ou la perte de l'appétit.
 - Elle peut être globale : intéressant tous les aliments, ou élective : ne portant que sur certains aliments ; exemple : anorexie intéressant la viande et s'accompagnant souvent d'un dégoût du tabac au cours de l'hépatite virale.
 - L'anorexie peut témoigner d'une affection digestive : ulcère gastro-duodéal, cancer digestif.
 - Elle peut avoir d'autres origines :
 - Une origine psychique : anorexie mentale qui se rencontre surtout chez la femme ou la jeune fille, déclenchée par un choc émotif et s'accompagnant d'un amaigrissement important.
 - Une maladie infectieuse ; exemple : la tuberculose.
- **La polyphagie :**
 - C'est une augmentation de l'appétit.
 - Elle se voit au cours du diabète sucré, où elle est associée à une polydipsie (augmentation de la soif entraînant l'absorption de quantité importante de boisson).
 - Au cours de certaines obésités : suralimentation entrant dans le cadre d'habitudes familiales.

2. La dysphagie

- **Définition :**
 - La dysphagie se définit comme une gêne à la déglutition.
 - On parle d'aphagie lorsque les aliments ne peuvent plus passer.
 - L'odynophagie est une dysphagie douloureuse.

- Elle peut être d'**origine pharyngée** :
 - Par exemple :
 - L'angine streptococcique est une angine érythémateuse qui s'accompagne d'une dysphagie douloureuse passagère dont la durée maximale est de 2 à 3 jours.
 - D'autres origines infectieuses : Mycose, CMV, HSV.
 - Ou d'origine médicamenteuse : cyclines.

- Elle est le plus souvent d'**origine oesophagienne** :
 - Soit **mécanique par anomalie organique** de l'œsophage : cancer ou sténose, ou bien due à une compression de l'œsophage par un organe de voisinage ; exemple : une tumeur médiastinale ou un cancer de la thyroïde.
La dysphagie est alors permanente et d'intensité progressive.
 - Soit **fonctionnelle par anomalie de la contractilité de la musculature oesophagienne** : spasme siégeant au niveau du tiers inférieur de l'œsophage ou au niveau du cardia s'accompagnant d'un relâchement de la musculature sus-jacente avec dilatation de l'œsophage définissant le méga-œsophage.
La dysphagie est alors intermittente et capricieuse.

- Elle peut être due enfin à une anomalie du **cardia ou de la grosse tubérosité**.

- **L'étude sémiologique** : l'interrogatoire ++++
 - **La date de début** : récente évoque en premier lieu un trouble mécanique, ou ancien de plusieurs années évoque un trouble fonctionnel.
 - **Le mode de début** :
 - *Brutal* : après une émotion ou après la déglutition trop rapide d'un gros repas, le malade brusquement ne peut plus rien avaler, même une gorgée d'eau, elle cède par des manœuvres diverses, et se voit au cours du méga-œsophage.
 - *Progressif* : d'abord simple sensation d'accrochage pour les grosses bouchées, puis la gêne devient plus précise et élective pour les aliments solides : pain et viande ; se voit au cours du cancer de l'œsophage.
 - **Le degré de la dysphagie** :
 - *Minime* : simple accrochage lors de la déglutition des grosses bouchées, qui a une grande valeur sémiologique, car peut être le premier signe d'un cancer de l'œsophage au début.
 - *Importante* : dysphagie interdisant la déglutition des solides.
 - *Aphagie* : stade ultime qui est l'impossibilité absolue d'avalier.
 - **Le siège de la dysphagie** :

Le malade peut localiser le siège de la dysphagie qui correspond au siège de la lésion :

 - Cervicale souvent accompagnée de toux obligeant le malade à sortir de table.
 - Thoracique : rétrosternale.
 - Abdominale haute : rétro-xiphoïdienne.

Parfois, la **dysphagie est projetée** : c'est à dire que la sensation d'obstacle localisée par le patient est au-dessus du siège réel de la lésion, ceci se voit surtout dans les lésions du cardia.

- **Les signes accompagnateurs :**

- *Les régurgitations* : c'est le reflux vers la bouche sans effort de vomissement de débris alimentaires contenus dans l'œsophage ; elles surviennent soit immédiatement après l'ingestion d'un aliment, soit plus tard, notamment lorsque le malade s'allonge.
- *La douleur oesophagienne* : s'observe lorsqu'il y a distension de la musculature oesophagienne en amont d'un obstacle, elle siège en général au tiers moyen de l'œsophage, elle peut irradier vers la gorge et les mâchoires, elle cède habituellement après la régurgitation.
- *L'hypersialorrhée* : est provoquée par le réflexe oesophago-salivaire qui est dû à l'obstacle oesophagien.
- *Les éructations douloureuses* : le renvoi d'air venant de l'estomac provoque une douleur irradiant vers le rachis.

- **L'évolution :**

- Permanente : continue, quotidienne et progressive survenant d'abord pour les aliments solides, puis semi-liquides, enfin également pour les liquides aboutissant à l'aphagie ; très caractéristique du cancer de l'œsophage, mais hélas signe tardif de cancer très évolué.
- Intermittente : capricieuse qui évoque un trouble fonctionnel, mais peut se voir aussi au cours du cancer.

Toute dysphagie dépistée à l'interrogatoire doit entraîner un examen clinique complet qui sera plus attentif au niveau de la gorge et du cou et sera suivi systématiquement d'examens complémentaires : TOGD et examen endoscopique avec biopsie des lésions suspectes.

• **Les principales causes de dysphagie**

- **Causes mécaniques** : dysphagie le plus souvent progressive, permanente.
 - Les compressions extrinsèques :
 - Anomalie cervicale : cancer volumineux de la thyroïde
 - Anomalie thoracique qui sera visible à l'examen radiologique du thorax : cœur (exemple : grosse oreillette gauche d'un RM), gros vaisseaux (anévrisme de l'aorte), tumeur du médiastin.
 - Le cancer de l'œsophage et le cancer du cardia
 - Les rétrécissements cicatriciels qui sont une séquelle après ingestion de caustique (esprit de sel).
 - La hernie hiatale compliquée d'œsophagite peptique.

- **Causes fonctionnelles :**

- Dominées par les dyskinésies oesophagiennes et les spasmes de l'œsophage chez les sujets neurotoniques et l'achalasia.
- Elles réalisent une dysphagie le plus souvent intermittente et capricieuse.

3. Les vomissements

- **Définition :**

- Le vomissement, c'est le brusque rejet par la bouche d'une partie ou de la totalité du contenu gastrique.
- Il est souvent précédé, accompagné ou remplacé par des nausées qui sont des sensations de menace de vomissement ressenties à la gorge et à l'épigastre.
- Il s'agit d'un symptôme fonctionnel dénué de spécificité qui peut accompagner des maladies digestives et des maladies extra-digestives.

Il doit être différencié :

- Des régurgitations : reflux des aliments de l'œsophage vers la bouche sans effort de vomissement, dues à une anomalie de l'œsophage ou du cardia.
- De la rumination ou mérycisme qui est physiologique chez le nourrisson ; chez l'adulte, elle se traduit par la remontée dans la bouche d'un fragment d'aliments ingéré plusieurs heures auparavant et elle est associée à des éructations.

- **Physiopathologie :**

- Le vomissement débute par :
 - 1/Une inspiration profonde avec fermeture de la glotte puis expiration.
 - 2/ Une brusque augmentation de la pression abdominale due à la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme.
 - 3/Une fermeture du pylore alors que le cardia est ouvert et l'œsophage en état d'hypotonie.
 - 4/le contenu gastrique est alors projeté violemment dans l'œsophage et évacué par la bouche, après un ou plusieurs efforts d'expulsion.
- Il s'agit d'un acte réflexe : ce réflexe est formé :
 - De zones sensibles à partir desquelles partent les excitations ; ces zones sensibles sont nombreuses : tout le tube digestif, depuis le pharynx jusqu'au côlon, le péritoine, le cœur et l'appareil vestibulaire.
 - Une voie afférente ou centripète : constituée par le nerf pneumogastrique et le nerf glosso-pharyngien.
 - Un centre situé dans le plancher du 4^e ventricule.
 - Une voie efférente ou centrifuge : constituée par le nerf phrénique et les nerfs moteurs des muscles de l'abdomen et le X qui commande l'ouverture du cardia.

3.1. **Etude sémiologique** : l'interrogatoire +++++ :

- **Circonstances d'apparition** : repas, prise de médicament, femme en état d'aménorrhée, vomissement du premier trimestre de la grossesse.
- **L'horaire du vomissement** :
 - Matinal chez le sujet à jeun : grossesse, éthyliste.
 - Post-prandial précoce : lié souvent à un trouble fonctionnel.
 - Post-prandial tardif : souvent en rapport avec une cause organique.
- **Le nombre et l'abondance** :
 - Vomissement aigu épisodique : le plus souvent unique ou peu nombreux et peu abondant, symptomatique d'une affection aiguë.
 - Vomissement chronique : le plus souvent multiple, quotidien plus ou moins abondant, symptomatique d'une affection chronique digestive ou neurologique.
- **La nature du vomissement** : le contenu gastrique rejeté peut être de nature :
 - *Alimentaire* :
 - Précoce : aliments peu fragmentés ;
 - Tardif : aliments digérés qui ont été ingérés 1 à 2 jours auparavant : vomissements de stase qui témoignent d'un obstacle à l'évacuation gastrique ; exemple : sténose du pylore.
 - *Aqueux* : rejet par la bouche, le matin à jeun, d'un liquide filant, aqueux, alcalin, symptomatique d'une gastrite le plus souvent éthyliste.
 - *Bilieux* :
 - Le rejet de bile peut survenir normalement à la fin d'un vomissement alimentaire ;
 - Vomissement bilieux d'emblée doit faire suspecter un obstacle sous-vatérien
 - *Hématiques* : hématoméses : vomissement de sang plus ou moins digéré souvent accompagné de débris alimentaires.
 - *Fécaloïde* : rejet de matières fécales, se voit au cours des occlusions intestinales aiguës très avancées.
 - *Corps étrangers* : parasite : ascaris.

L'examen clinique doit être complet, il permettra d'apprécier : le retentissement des vomissements sur l'état général du malade : signes de dénutrition avec amaigrissement important et des signes de déshydratation surtout extracellulaire et de rechercher une étiologie surtout digestive, neurologique ou gynécologique chez la femme.

- On recherchera toujours les complications sévères des vomissements :
 - Déshydratation
 - Hémorragie digestives
 - Inhalation
 - Emphysème sous cutané.

- **Les causes des vomissements**

- **Les causes digestives :**

- *Gastrique* : la sténose du pylore va se traduire par des vomissements alimentaires faits d'aliments digérés : vomissements de stase qui vont être chroniques.

Cliniquement : on recherchera une distension abdominale sus-ombilicale, des ondulations péristaltiques, un durcissement intermittent de l'épigastre et un clapotage à jeun.

Les examens complémentaires :

- Le tubage gastrique : qui permet de mesurer la quantité de liquide de stase.
- Le transit gastro-duodéal : va montrer un estomac dilaté contenant du liquide de stase, la baryte ne franchit pas le pylore.
- La fibroscopie gastrique : qui visualise la sténose.
- *Biliaire* : la colique hépatique due à une lithiase des voies biliaires.
- *Intestinale* : l'occlusion intestinale aiguë.
- *Péritonéale* : péritonite.

- **Les causes extra-digestives :**

- *Neurologique* : il s'agit de vomissements faciles dit « en fusée », ils se voient au cours de l'hypertension intracrânienne par tumeur cérébrale et du syndrome méningé.
- *Gynécologique* : la grossesse au premier trimestre
- *Autres causes* :
 - Cardio-vasculaire : infarctus du myocarde.
 - Respiratoire : toux émétisante et quinteuse de la coqueluche.
 - ORL : vertige.
 - Endocrinienne : hyperthyroïdie.
 - Intoxication médicamenteuse.
 - Psychique.

4. Les troubles du transit intestinal

Après un bref rappel du transit intestinal normal, nous étudierons ses troubles : la diarrhée et la constipation.

- **Rappel du transit intestinal normal :**

- La durée normale du transit digestif est de 24 heures.
- Les selles normales sont émises 1 à 2 fois par jour, elles sont homogènes et moulées, formées de 78% d'eau et de 22% de matières sèches représentées par des résidus cellulosiques indigestibles et par les produits de la desquamation muqueuse, le pH est neutre, leur couleur est donnée par le stercobilinogène (produit de dégradation de la bilirubine).
- La couleur peut varier avec les aliments : après ingestion de betteraves, les selles sont rougeâtres ; lors de la prise de certains médicaments : fer, bismuth et charbon, les selles sont alors noirâtres.

- **La diarrhée :**
 - **Définition :**
 - La diarrhée se définit comme une accélération du transit avec émission de selles liquides ou glaireuses et trop fréquentes (>3x/j) ou trop volumineuses (> 300 g par jour).
 - L'évacuation fréquente de selles normales n'est pas une diarrhée.
 - **Physiopathologique :** la diarrhée est en règle en rapport avec un trouble des mécanismes principaux de la digestion.
 - Trouble de la motilité : diarrhée ou hyperkinésie
 - Trouble des sécrétions digestives : diarrhée par hypersécrétion
 - Trouble de l'absorption intestinale par lésion de la muqueuse intestinale : c'est la diarrhée par malabsorption.
 - Trouble de la digestion proprement dite : c'est la diarrhée par maldigestion due à une insuffisance enzymatique ou à une anomalie de la flore microbienne.
 - Les deux premiers mécanismes, hypersécrétion et hypermotricité, sont retrouvés dans les diarrhées infectieuses.
- **Etude sémiologique :**
 - L'interrogatoire va préciser les caractères suivants de la diarrhée :
 - **La date de début récent :** quelques heures : diarrhée aiguë, ou ancien : plusieurs semaines ou mois : évoquant une diarrhée chronique.
 - **Le nombre de selles** par 24 heures
 - **L'horaire :** matinal, post-prandial, nocturne
 - **L'aspect :** importance de voir la selle du malade :
 - **Couleur et consistance :** pâteuse avec parfois présence de graisse qui confère aux selles un aspect luisant ; liquide ;
 - **Recherche d'éléments anormaux :** sang, pus, glaires enrobant la selle ou l'accompagnant.
 - **Evolution :**
 - *Aiguë* : (- de 2 semaines) début brutal, durée quelques heures à quelques jours :
 - *Chronique* : (+ de 2 semaines) durée prolongée plusieurs semaines à plusieurs mois, parfois épisodes de diarrhée séparés par des phases de transit normal.
 - **Signes accompagnateurs :** douleurs abdominales, nausée ou vomissement.
 - **L'examen clinique a deux objectifs :**
 - Rechercher le retentissement sur l'état général : signes de déshydratation qui sont retrouvés au cours des diarrhées aiguës, signes de dénutrition avec amaigrissement et parfois oedèmes carenciels retrouvés au cours des diarrhées chroniques.
 - Rechercher la cause.

- **Le diagnostic différentiel** : la diarrhée doit être différenciée :
 - **De la fausse diarrhée** : qui survient après quelques jours de constipation, c'est une selle de constipation diluée dans un liquide d'hypersécrétion provenant de la muqueuse irritée par la stase.
 - **Du syndrome dysentérique qui réalise** :
 - L'émission de selles afécales faites de glaires, de pus et de sang.
 - Avec des signes accompagnateurs caractéristiques à type :
 - D'épreinte : besoin irrésistible d'exonérer suivi ou non de l'émission d'une selle dysentérique : faux besoin ;
 - Ténésme : sensation douloureuse de tension ou sensation de corps étranger intra-rectal.
 - **Les causes** : dysentérie amibienne, dysentérie bacillaire, recto-colite hémorragique.

- **Les différents types de diarrhée** : suivant l'évolution, on distingue :
 - **Les diarrhées aiguës** :
 - Caractères communs :
 - Mode de début brutal ;
 - Présence habituelle d'un facteur déclenchant : alimentaire, infectieux, médicamenteux ou toxique
 - Aspect : selles liquides ;
 - Risque de déshydratation surtout chez le vieillard et le nourrisson
 - Les principales causes sont infectieuses :
 - Bactériennes : toxi-infection alimentaire : action du germe lui-même ou de sa toxine ; notion d'atteinte collective, survient rapidement après la prise alimentaire : quelques heures, précédée de vomissement, accompagnée de douleurs abdominales, parfois de fièvre, l'évolution est rapidement favorable, fièvre thyhoïde : à la période d'état au 2^e septénaire : diarrhée ocre ou jaune orangé, « jus de melon » non accompagnée de douleur, choléra : diarrhée constante, faite d'abord de selles fécales, puis diarrhée riziforme opaline dans laquelle on retrouve des grains blanchâtres qui ressemblent aux grains de riz, s'accompagne d'un retentissement sur l'état général : déshydratation et collapsus ;
 - Autres types : virales, mycosiques, parasitaires.

 - **Les diarrhées chroniques** peuvent revêtir plusieurs types :
 - *Diarrhée colique* : est une diarrhée matinale, impérieuse, faite d'une selle moulée suivie de plusieurs selles molles ou liquides, elle s'accompagne de douleurs à type de colique, elle alterne avec des périodes de constipation, elle n'entraîne pas de retentissement sur l'état général.
Ses causes sont : le cancer du côlon et du rectum, la diverticulose et l'amibiase.
 - *Diarrhée grêlique* : est dominée par la malabsorption : elle réalise une diarrhée avec stéatorrhée : selles molles, volumineuses, pâles et luisantes, d'odeur fétide,

émises sans douleur ; elle est accompagnée d'une anorexie et d'un amaigrissement important.

Elle se voit au cours de l'ictère par rétention, de l'insuffisance pancréatique exocrine et au cours des anomalies de la muqueuse du grêle.

- *Diarrhée motrice* : est une diarrhée hydro-électrolytique, elle est liquide, postprandiale immédiate ou précoce 30 minutes à l'heure après le repas, elle peut contenir des fragments alimentaires, elle est impérieuse, accompagnée de coliques, elle ne retentit pas sur l'état général, elle se voit au cours du diabète (neuropathie diabétique) et au cours de l'hyperthyroïdie, enfin, elle peut être d'origine psychique.

- **La constipation**
 - **Définition** : c'est un retard de l'évacuation des résidus fécaux : transit prolongé et surdigestion des résidus d'où déshydratation : donc selles surdigérées et déshydratées parfois riches en eau réalisant une fausse diarrhée.
 - **Physiopathologie** : la constipation peut se produire par deux mécanismes :
 - Par anomalie de la progression : par stase colique dans ce cas, la motilité colique est diminuée.
 - Par retard à l'évacuation : dyschésie pelvi-rectale, elle réalise une stagnation des matières fécales dans le sigmoïde et le rectum par trouble de la défécation.

 - **Etude sémiologique** repose sur l'interrogatoire +++++
 - Mode et date de début :
 - Aigu, récent et transitoire : accompagne une affection aiguë
 - Récente et persistante : évoque une cause organique et doit faire rechercher un cancer digestif : côlon ou rectum
 - Ancienne et chronique : évoque une cause fonctionnelle
 - Caractères des selles :
 - Selles régulières peu abondantes, dures, sèches, en schybales
 - Selles espacées de plusieurs jours
 - Fausse diarrhée : selles liquides dans lesquelles on retrouve des fragments de selles dures
 - Signes accompagnateurs : ballonnement abdominal
L'examen du tube digestif est indispensable et surtout le toucher rectal qui a deux objectifs :
 - Préciser le type de la constipation d'une part, en effet le TR met en évidence :
 - Soit un rectum plein en faveur de la dyschésie pelvi-rectale
 - Soit un rectum vide : évoquant une anomalie de la progression colique
 - Et d'autre part rechercher une tumeur rectale

 - **Les causes** :
 - Causes organiques : cancer du côlon et du rectum, les colites ; exemple : colite parasitaire.
 - Causes fonctionnelles :

- Constipations transitoires : maladie aiguë fébrile, insuffisance cardiaque, suites d'une intervention chirurgicale, grossesse.
- Constipation chronique : erreur diététique, insuffisance de la paroi abdominale, déséquilibre neuro-végétatif cause la plus fréquente, déséquilibre hormonal, insuffisance thyroïdienne.