

La vie se goûte à l'appétit de tous les jours.

# Sémiologie digestive

Cours de sémiologie

Troisième année médecine

Faculté de médecine Batna

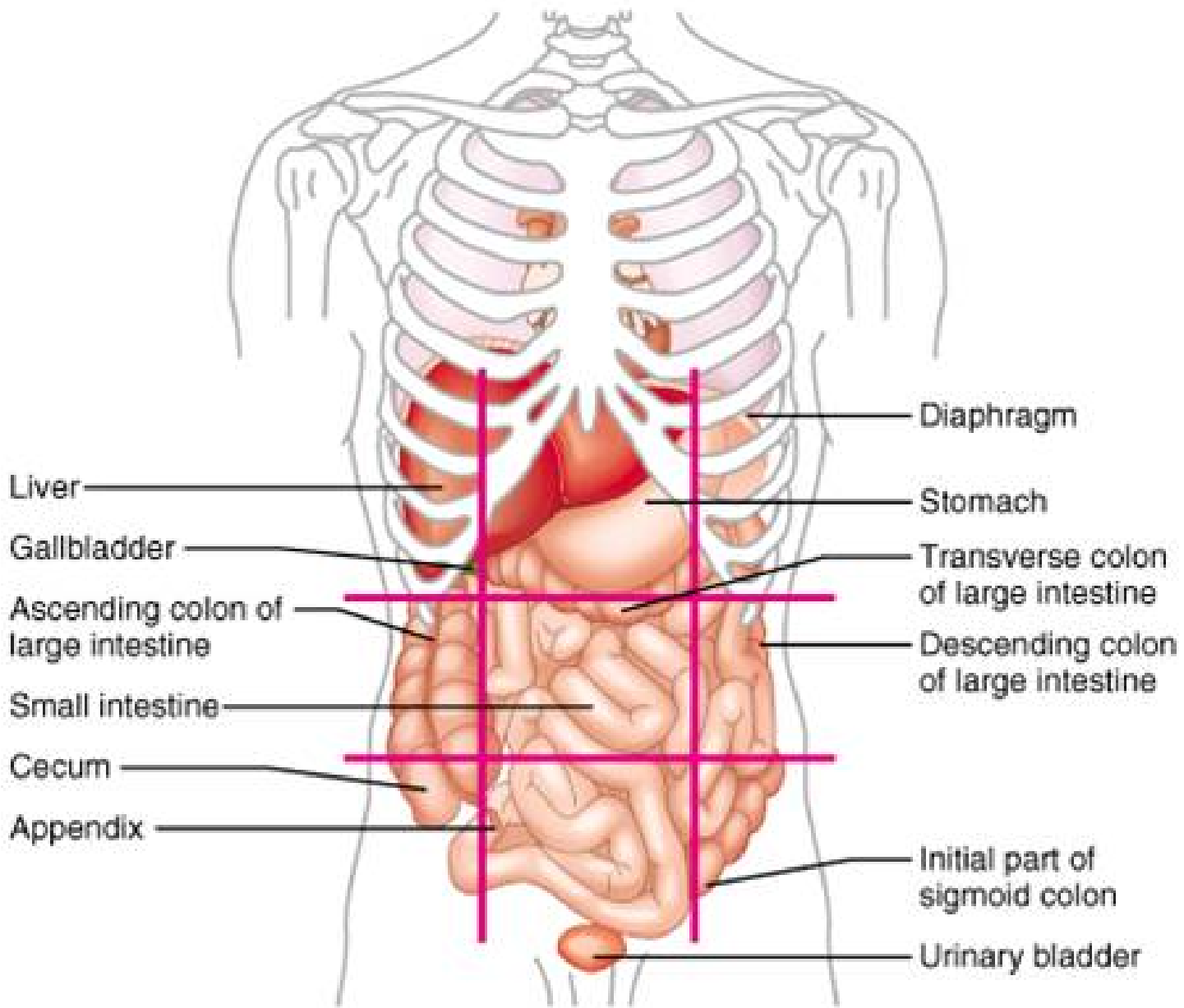
[chinarathmane@yahoo.fr](mailto:chinarathmane@yahoo.fr)

0773121991

Lundi 22 janvier 2015 à 15h

# *Agenda*

- *Troubles de l'appétit*
- *Dysphagie*
- *Vomissement*
- *Diarrhée : aigue et chronique*
- *Constipation*



# Les troubles du comportement alimentaire

- **Les bons médecins connaissent leurs malades par leur appétit.**

# L'ANOREXIE

L'anorexie est un trouble du comportement alimentaire se manifestant par une **diminution de l'appétit**, voire par une perte totale d'appétit.

Il s'agit d'un comportement de restriction alimentaire **volontaire** d'origine psychologique dont les causes sont difficiles à expliquer.



# LA BOULIMIE

La boulimie se manifeste par un **besoin incontrôlable d'absorber une grande quantité d'aliments.**

Souvent cette absorption massive est suivie de **vomissements volontaires** et d'un usage excessif de laxatifs.

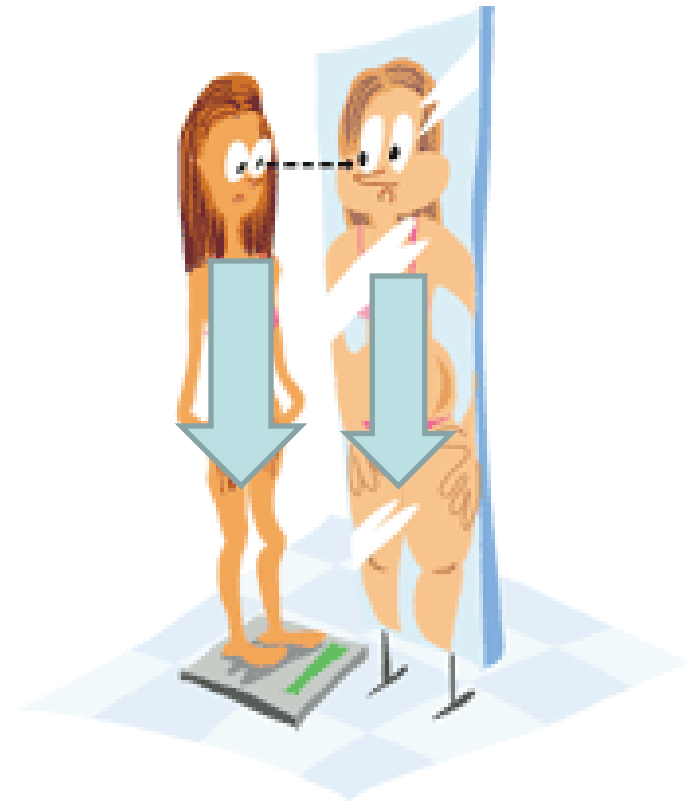
La personne boulimique a un poids normal ou proche de la normale....

Sous un comportement **antisocial**, elle mène une vie dominée par le cycle **empiffrement/vomissements.**

Une fois l'acte accompli, elle ressent de profonds **sentiments de dépression.**

22/02/2015

chinar



# L'OBESITE

L'obésité est un **excès de masse grasse** dans le corps, résultat d'un déséquilibre entre l'apport calorique quotidien et les dépenses énergétiques :

l'organisme reçoit plus qu'il ne dépense et donc "**stocke**" une partie du surplus.



L'appétit est le meilleur cuisinier.

# SÉMIOLOGIE OESOPHAGIENNE



---





# *Problématique*

- Polymorphisme de l'expression clinique des maladies de l'appareil digestif
- Analyse sémiologique précise des symptômes => diagnostic étiologique / choix des explorations complémentaires
- Affections nombreuses

# Dysphagie

## **OBJECTIFS :**

- définir la dysphagie**
- distinguer la dysphagie organique de la dysphagie fonctionnelle**
- énumérer les causes**

# DEFINITION :

- La dysphagie : correspond à la sensation de gêne au passage des aliments, solides et /ou liquides, entre la bouche et l'estomac.
- Elle peut aller de la simple gêne à l'arrêt total : aphasie.
- C'est un symptôme fréquent, traduisant une lésion fonctionnelle ou organique au niveau de l'oropharynx, de l'oesophage ou de la partie proximale de l'estomac.

- **ORIENTATION DIAGNOSTIQUE**

Un interrogatoire soigneux et un examen clinique attentif permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

# A- L'interrogatoire

1- l' âge : fixe le contexte +++.

Il faut d'emblée différencier la survenue d'une dysphagie chez un enfant ou un adolescent de celle survenant chez un adulte, ou **il faut à tout prix éliminer un cancer.**

## 2- les antécédents :

- intoxication alcoolo-tabagique.
- ingestion de caustiques (accidentelle ou volontaire).
- - radiothérapie médiastinale .
- - RGO connu et / ou traité.
- - antécédents chirurgicaux et ORL.
- - tares viscérales .

### 3- les caractères sémiologique de la dysphagie

:+++

a-circonstances de survenue .

b-date de début :

-dysphagie récente : suspecte +++ (cancer de l'œsophage) .

-ancienne .

# c-son siège

- dysphagie haute: le blocage s'effectue au niveau de la région hyoïdienne .
- dysphagie médio-thoracique : le malade montre la région rétro-sternale .
- dysphagie basse : le malade montre le haut du creux épigastrique.
- Mais ceci ne présume pas de façon sûre le siège de la lésion.



# d-son intensité :

il peut s'agir :

- d'une difficulté d'initier la déglutition, nécessitant une extraction alimentaire ou un verre d'eau pour avaler la bouchée.
- d'une dysphagie uniquement aux aliments solides imposant une alimentation mixée ou pâteuse.

Accrochage ou de blocage des aliments solides et liquides : aphasie .

-D'une dysphagie paradoxale : le blocage est plus marqué pour les liquides que pour les solides .

# e-son évolution :

- Intermittente ou constante.
- Progressive ou rapidement progressive.
- Capricieuse : variant selon le type d'aliment.

f-caractère douloureux ou ,pas de la  
dysphagie : odynophagie

.

g -les signes associés :

-pyrosis , régurgitations .

-douleurs thoraciques ou dorsales.

-toux nocturne .

-hoquet.

-dysphonie ou voix nasonnée .

-des signes généraux : asthénie , anoréxie ,  
amaigrissement +++ , **fièvre** .

# B- L'examen clinique

- il doit rechercher le retentissement de la dysphagie sur l'état général : poids , pli cutané ou pli de dénutrition .
- il doit être complet sans oublier l'examen des aires ganglionnaires cervicales , la loge thyroïdienne , ORL et un examen neuromusculaire .

# LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Dépendent de l'étiologie suspectée d'après l'interrogatoire et l'examen clinique :

- radiographie pulmonaire .
- fibroscopie oeso-gastrique .
- manométrie oesophagienne .
- examen laryngoscopique .
- tomodensitométrie thoracique .
- écho-endoscopie .

# LES CAUSES DES DYSPHAGIE :

A-causes œsophagiennes :

1- le cancer de l'œsophage ou du cardia :  
dysphagie :

- récente, -siège à tout l'oesophage,
- d'abord aux solides uniquement,
- puis rapidement progressive,
- amaigrissement important

## 2- sténose œsophagienne par reflux :

sténose peptique : dysphagie :

-déjà ancienne ,

-généralement basse ,



-sans amaigrissement net au début (bon état général),

-souvent des antécédents de pyrosis ou de régurgitation anciens.

# 3- trouble moteur œsophagien type achalasia :

Dysphagie dite fonctionnelle :

- ancienne ,
- généralement basse ,
- aux solides et aux liquides,
- souvent paradoxale ,
- intermittente ,
- capricieuse : peut être provoquée ou aggravée par les aliments chauds ou glacés,
- conservation de l'état général +++

## 4- autres causes œsophagiennes :

-corps étranger intra-oesophagien .

-tumeurs bénignes de l'oesophage.

-sténose caustique.

-anneau ou membrane de l'oesophage.

-oesophagites infectieuses : tuberculose, mycose,

# B- causes extra-œsophagiennes :

1-compression extrinsèque de l'œsophage  
par :

- tumeur médiastinale bénigne ou maligne.
- anévrisme de l'aorte thoracique .

## 2-causes oropharyngées :

La dysphagie est ressentie comme une difficulté d'initier la déglutition :

a-infectieuses :

-angine, pharyngite.

-candidose bucco-pharyngée .

- b-neuromusculaires et vasculaires :
  - accidents vasculaires cérébraux.
  - sclérose latérale amyotrophique.
  - maladie de parkinson.
  - sclérose en plaques.
  - myasthénie.
  - myopathies

c-tumorales :

bénignes ou malignes :

-les cancers de la sphère ORL.

-les goitres compressifs.

-le diverticule de Zenker .

# Cancer de l'oesophage





# Oesophagite sévère





# Achalasie (mégaoesophage)

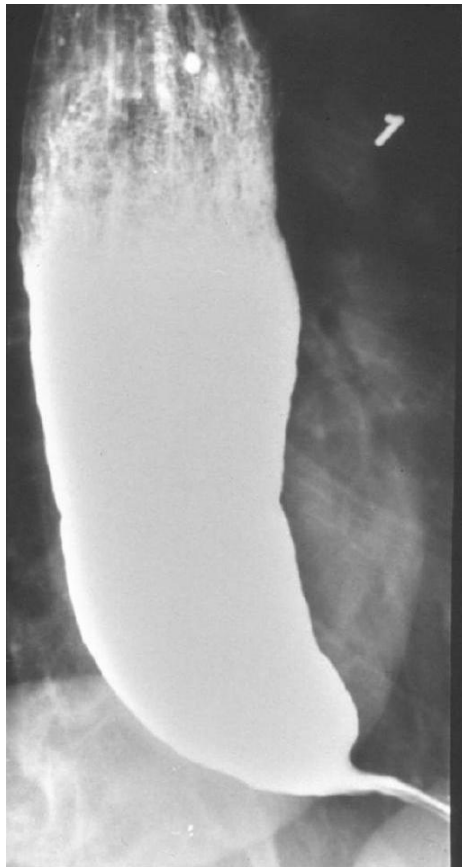
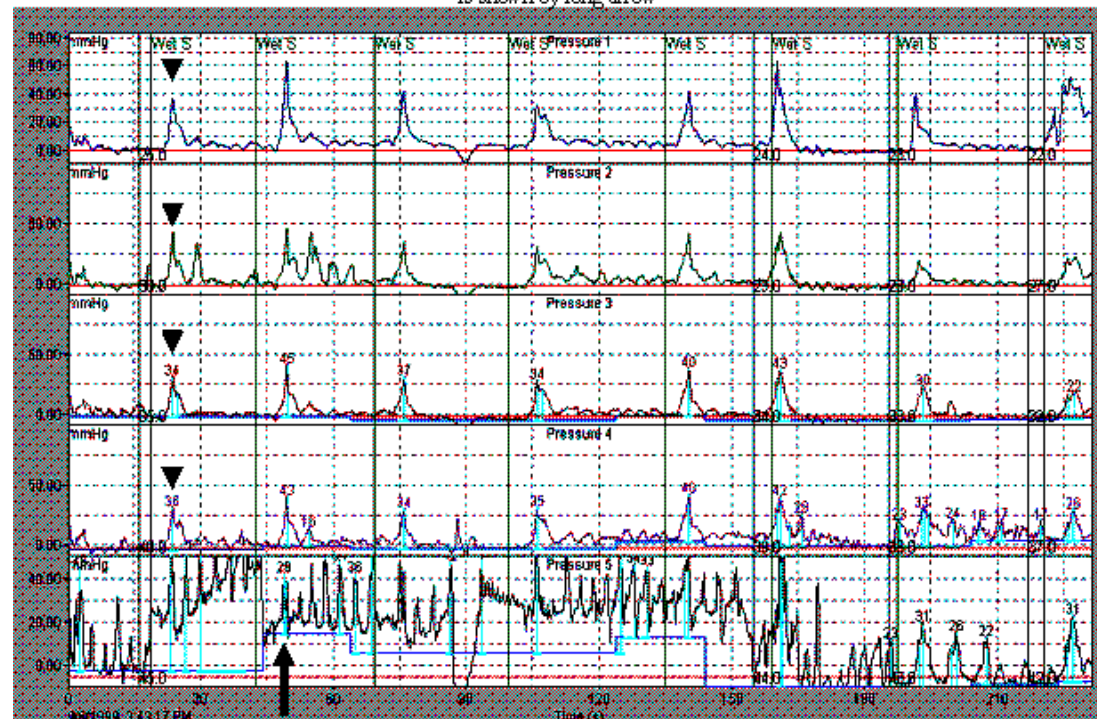
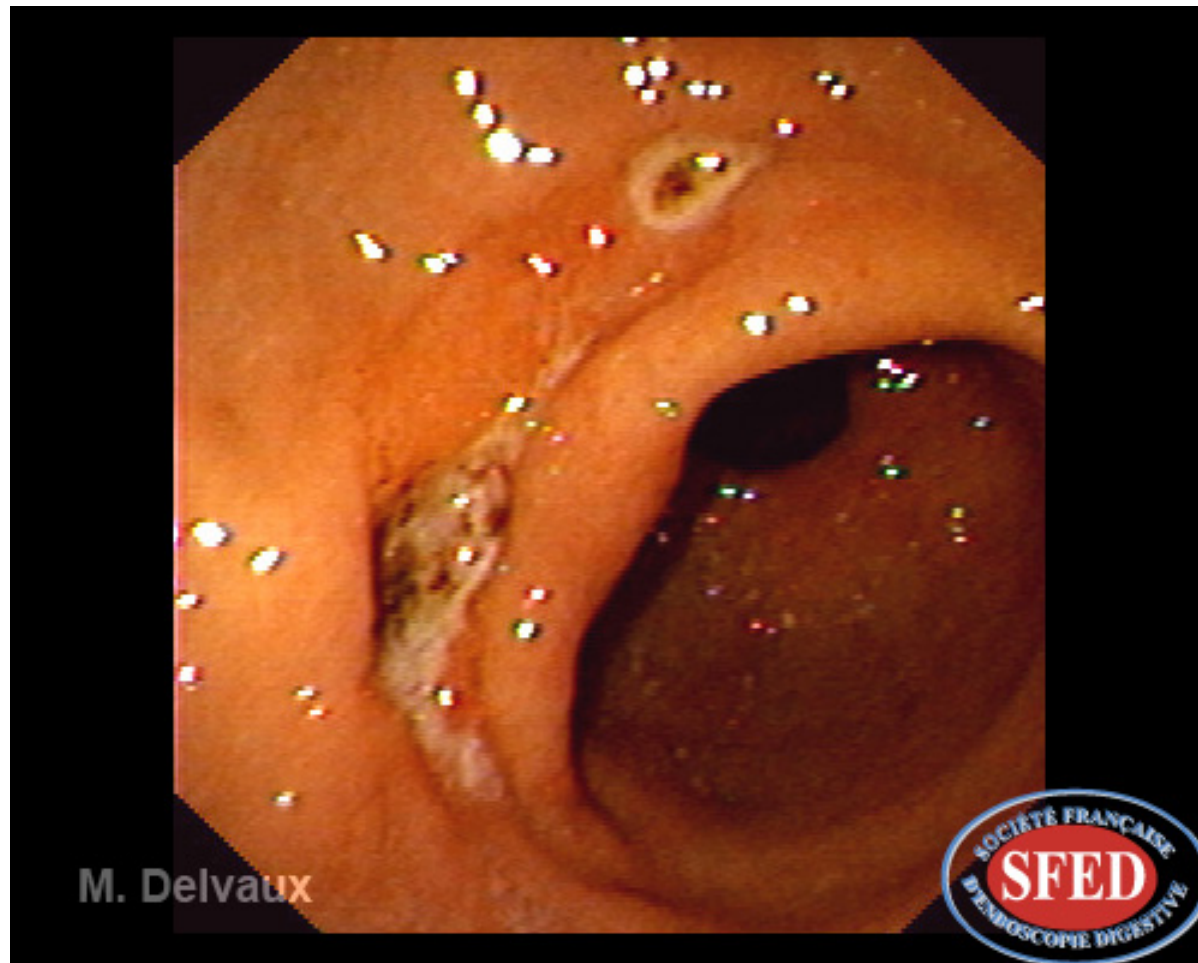


Figure 2: Oesophageal manometry in achalasia

Simultaneous contractions are shown by arrowheads. Elevated lower sphincter pressure with absent relaxation is shown by long arrow



# Ulcères gastrique



# Ulcères gastrique

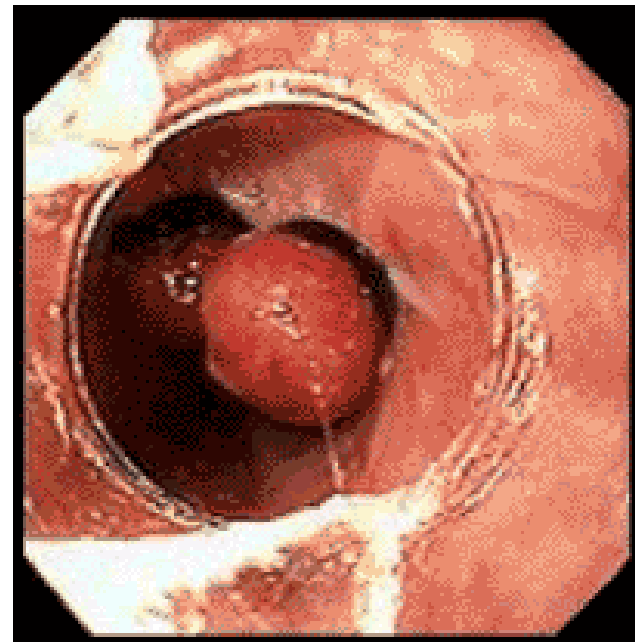


# Aspect endoscopique des varices oesophagiennes

**Varices cardiotubérositaires**



**Ligature varice oesophagienne**



# CONCLUSION :

- La dysphagie est un symptôme fréquent relevant de plusieurs causes et différentes spécialités.
- La cause essentielle à redouter chez l'adulte est le cancer de l'oesophage.

# Vomissement



# Vomissement

- OBJECTIFS :
  - Définir le vomissement
  - Connaître les caractères sémiologiques
  - Enumérer les causes digestifs et extra-digestifs

-Le vomissement : C'est le rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac .

Il est souvent précédé de nausées .

-La nausée : C'est un phénomène subjectif désagréable provenant du tractus digestif haut, associé à une sensation d'envie de vomir .

Elle n'est pas toujours suivie de vomissements .



# Vomissement

---

- 1. Acte réflexe par lequel le contenu stomacal (et éventuellement intestinal) est éliminé par la bouche**
- 2. Mécanisme de défense**
  - 1. Surcharges alimentaires**
  - 2. Substances toxiques**
  - 3. Produits indigestibles**
- 3. Origine pathologique & pharmacologique**



# Nausée

---

- Sensation désagréable (inquiétude)
- Salivation
- Léchage rythmique



# Evénements préparatoires au vomissement

---

- **Perte du tonus gastrique**
- **Sécrétion de HCl diminuée**
- **Sécrétion de mucus augmentée**
- **Contractions antipéristaltiques du grêle avec reflux du contenu intestinal dans l'estomac**
  - **C'est la distension du duodénum qui est vite rempli par le contenu jéjunale qui provoque le vomissement**



# Haut le coeur

---

- Contractions des muscles respiratoires
  - Diaphragme
  - Paroi costale
  - Paroi abdominale
- Sans expulsion du contenu gastrique
- Génère le gradient de pression conduisant au vomissement



# Vomissement

---

- Expulsion forcée du contenu gastrique
- Causé par
  - Puissantes contractions de l'abdomen
  - Descente du diaphragme
  - Ouverture du cardia



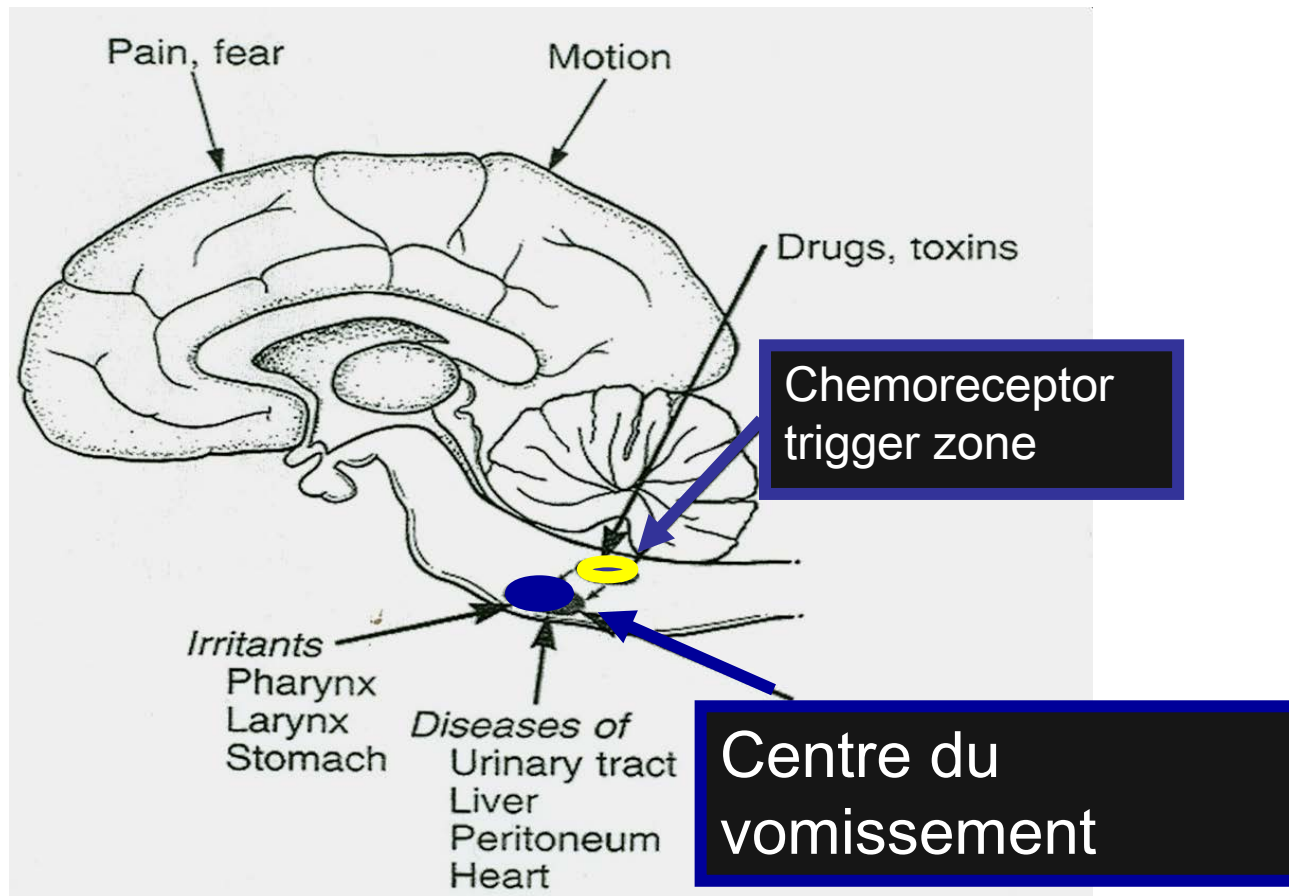
# Régulation du vomissement

---

- **Nécessité d'une coordination**
  - □ Deux régions cérébrales sont impliquées dans le contrôle de la nausée/vomissement: un centre du vomissement et une zone chémosensible
- **Centre du vomissement**
  - Bulbaire dans la partie ventrale du tractus solitaire
  - Voisin des centres apneustique et vasomoteur
- **Zone chémosensible (CTZ)**
  - Le CTZ ( Chemoreceptor trigger zone ou **zone gâchette**, ou zone chémosensible )
  - en dehors de la barrière hémato-encéphalique sur le plancher du 4<sup>eme</sup> ventricule



# Centre du vomissement & zone chémosensible (CTZ)



---

**Causes médicamenteuses**

---

**Causes neurologiques**

---

Maladies vestibulaires	Méningite
Migraine	Hypertension intracrânienne
	Hémorragie méningée

---

**Causes métaboliques**

---

Acidocétose diabétique	Insuffisance surrénale aiguë
Insuffisance rénale aiguë	Hyponatrémie
Hypercalcémie	Hyperthyroïdie aiguë

---

**Autres**

---

Grossesse++	Infarctus du myocarde antérieur
Post-op	Radiothérapie
Mal des transports	Psychogène
Glaucome aigu	

---

**Causes abdominales**

---

Médicales	Chirurgicale
Dastroentériote, TIAC	Syndrome occlusif
Hépatite aiguë	Péritonite
Sténose pylorique (ulcère)	Cholécystite aiguë
Colique hépatique, néphrétique	Pancréatite aiguë ou poussée de PCC
	Infarctus mésentérique
	Torsion ovarienne
	Grossesse extrautérine



# Points Clé

---

## **Ne pas oublier**

- Le retentissement métabolique: déshydratation, troubles ioniques, dénutrition,
- Rechercher une grossesse, une hypertension intracrânienne, une cause Métabolique dont l'insuffisance surrénalienne les causes médicamenteuses (intolérance, surdosage)
- Les explorations complémentaires ne sont pas systématiques
- Le traitement de la cause

# ORIENTATION DIAGNOSTIQUE :

A- L'interrogatoire : permet de préciser :

- L'âge,
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux ,
- La prise de médicaments ,
- Des cas similaires dans 1'entourage ...

Elle permet également de préciser les caractères sémiologiques des vomissements leur contenu et les signes d'accompagnements.

# 1- les caractères sémiologiques des vomissements :

- circonstance de survenue.
- date de début : récents ou anciens.
- spontanés ou provoqués.
- minimes ou abondants.
- aigus ou chroniques récidivants.
- leur périodicité, leur rythme dans la journée

# Leur relation avec les repas :

- le matin à jeun : surtout chez les femmes enceintes ou chez les éthyliques.
- après les repas : surtout les vomissements post-prandiaux tardifs orientant vers une obstruction gastro-duodénale .
- au cours des repas : orientant vers une cause psychogène.
- facteurs influençant le vomissement :  
alimentation, changement de position de la tête

# le contenu des vomissements :

-alimentaires : survenant tardivement après les repas, contenant des aliments partiellement digérés, nauséabonds.

Ces vomissements orientent vers une sténose pylorique ou duodénale.

-fécaloïdes : orientent vers une obstruction colique ou une fistule gastro-colique .

- les vomissements de liquide clair et acide donnant la sensation de brûlure œsophagienne : c'est la pituite du suc gastrique .
- -les vomissements bilieux : se distinguent par leur couleur jaune-verdâtre et leur goût amer .
- Ils traduisent un reflux anormal de bile dans l'estomac puis dans l'œsophage .
- -les vomissements hémorragiques : nommés hématemèses .



## B- L'examen clinique :

- Il doit être complet, sans oublier l'examen neurologique et vestibulaire.
- Il permet d'apprécier le retentissement des vomissements sur l'état général :

TA, Pouls, état de conscience.

- -Rechercher les complications des vomissements :
- - Signes de déshydratation : sécheresse buccale, pli cutané voire pli de dénutrition,
- tachycardie , hypotension artérielle , oligurie .
- -Des hématomés causées par des fissurations cardiales secondaires aux vomissements répétitifs (Syndrome de Mallory-Wiess ) .

- Broncho-pneumopathie d'inhalation surtout s'il existe des troubles de déglutition ou de conscience.
- Une rupture de l'oesophage : complication exceptionnelle.

## *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :*

- Se pose surtout avec la **régurgitation** : remontée du contenu oesophagien et/ou gastrique de façon **passive** , **sans effort et sans nausée**

# LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Peuvent aider au diagnostic.
- En l'absence d'éléments d'orientation diagnostique , les examens
- complémentaires initiaux à demander sont :
  - Glycémie, ionogramme sanguin avec créatininémie,
  - Calcémie,

- -  $\beta$  HCG,
- - Abdomen sans préparation,
- - Endoscopie digestive haute.
- Les autres examens complémentaires sont demandés en fonction des signes associés.

# LES CAUSES DES VOMISSEMENTS :

Elles sont multiples .

## **A- Causes digestives :**

-Les vomissements aigus des gastro-entérites virales, bactériennes, ou dus à une toxi-infection alimentaire.

-Les urgences chirurgicales :

- péritonite, appendicite ,

Occlusion intestinale

# Les maladies digestives aigues :

- pancréatite aigüe ,
- colique hépatique ,
- cholécystite aigüe .
- Le reflux gastro-oesophagien ,  
l'oesophagite , l'ulcère oesophagien .
- L'ulcère gastrique et le cancer de l'estomac



## **B- Causes extra-digestives :+++**

### **1- neurologiques :**

- L'HTIC .
- Les méningites .
- La migraine .

### **2-Causes labyrinthiques :**

- La maladie de Ménière.
- Le mal des transports.

## 3-Causes métaboliques et endocriniennes :

- La décompensation acido-cétosique du diabétique.
- Une poussée d'insuffisance rénale aiguë.
- Une poussée d'insuffisance surrénale aiguë.
- Les hypercalcémies.
- L'hyperthyroïdie.
- Le syndrome de Zollinger-Ellison.

## **4-Causes médicamenteuses :**

- Surtout les médicaments utilisés en chimiothérapie
- Certains antibiotiques , la digitaline.

## **5-Causes psychiatriques et psychogènes :**

- Anorexie mentale.
- Boulimie.

## **6-Grossesse :**

Les vomissements surviennent généralement durant le premier trimestre de la grossesse .

# Oesophagite et syndrome de Mallory Weiss

- 1e cause d'HDH
- Mallory Weiss : déchirure linéaire longitudinale, siégeant à cheval sur le cardia, due à des efforts de vomissements
- Parfois abondante
- FOGD diagnostique, +/- thérapeutique
- IPP, anti émétiques

## OESOPHAGITE



# CONCLUSION :

Un interrogatoire et un examen clinique bien menés permettent une bonne orientation étiologique.

# DIARRHEES

## OBJECTIFS :

- Définir une diarrhée aiguë (DA) et une diarrhée chronique (DC).
- Définir DC de malabsorption, ses principales causes, principales explorations à demander .
- Définir DC motrice, ses causes, bilan à demander.
- Définir DC sécrétoire , ses causes.

# DEFINITION

La diarrhée est l'émission quotidienne de selles trop fréquentes (sup ou égale à 3 selles/jour),

et/ou trop liquides (poids de l'eau supérieur à 90% du poids des selles),

et/ou trop abondantes (supérieur à 300g/jour).



- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**
- - l'incontinence anale
- - Les fausses diarrhées des constipés chroniques.

- **CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES  
DIARRHEES AIGUES :**

1-Définition :

diarrhées évoluant depuis moins de 3 semaines.

## 2-L'interrogatoire précisera :

- Début qui est souvent brutal.
- Les caractéristiques des selles :
  - aqueuses abondantes -glaireuses et/ou sanglantes.
  - Les signes accompagnateurs : Nausées, vomissements, douleurs abdominales, fièvre, Asthénie.
- Rechercher la notion :
  - de voyage en zone endémique.
  - des cas similaires dans l'entourage.
  - une prise médicamenteuse.

### 3-L'examen clinique recherchera les signes de gravité

- terrain : enfant, vieillard, sujet immunodéprimé.
- Déshydratation : soif, perte de poids, pli cutané, sècheresse des muqueuses, hypotension, tachycardie.
- Syndrome septicémique et collapsus : hypo ou hyperthermie, hypotension, oligurie, marbrures.

- 4-Les examens de première intention sont :
- la coproculture,
  - la parasitologie,
  - La recto-sigmoïdoscopie.

# 5-Etiologies :

a-diarrhées hydro électrolytiques sont :

-virales (le plus souvent).

-secondaire à une intoxication alimentaire  
(staphylocoque doré, salmonelle) ;

-bactériennes : E Coli, Cholera.

-dues à un stress

b-diarrhées glairo-sanglantes sont :

-bactériennes : shigelle, yersiniose...

-post médicamenteuses : antibiotiques  
(clostridium difficile)..

-ischémiques.



- **CARACTERES SEMIOLOGIQUES DES DIARRHEES CHRONIQUES :**

1-Définition :

= diarrhées évoluant depuis plus de 1 mois.

## 2-L'interrogatoire recherchera :

a-dans les antécédents:

notion d'intervention chirurgicale, notion de prise médicamenteuse, l'existence d'épisode similaire dans l'enfance, déficit immunitaire.

b-début qui est souvent insidieux, lent ou progressif.

C-les caractéristiques des selles qui peuvent être :

**Selles de malabsorption :**

- Selles abondantes (bouse de vache),
- Graisseuses (tachent les sous-vêtements, mains graisseuses, selles qui collent).
- Jaunâtres, grisâtres,
- Mal odorantes.

## Selles des diarrhées motrices :

- Selles nombreuses,
- Peu abondantes, impérieuses,
- Post prandiales,
- Avec débris alimentaires ou végétaux.

## Selles des diarrhées sécrétoires :

- Selles profuses, abondantes, diurnes,
- Persistantes après un jeun.
- selles des diarrhées osmotiques :
- Abondance variable .
- Selles liquidienne, sans horaire particulier
- Cédant au jeun.
- Jamais de sang ni de pus.

-douleur abdominale.

-ballonnement abdominal.

-faux besoin, ténesme.

-signes fonctionnels extra digestifs : manifestations cutanées, articulaires, oculaires, vasomotrices.

3-L'examen clinique :

doit être complet et appréciera le retentissement sur l'état général.



# 4-Le bilan à demander

Les examens complémentaires seront demandés en fonction de l'étiologie suspectée

-examens des selles : parasitologie des selles.

-examens de malabsorption : NFS, taux de protide, calcémie, stéatorrhée.

-examen endoscopique.

-examen radiologique. -biopsie du grêle...

# 5-Etiologies :

a-Diarrhées de malabsorption :

-atteinte du grêle : maladie coéliquaue, maladie de Whipple, lymphomes, lambliaose...

-atteinte du pancréas : pancréatite chronique, cancer du pancréas.

-insuffisance en sels biliaires.

## b-Diarrhées motrices :

-Endocrinopathies : diabète, hyperthyroïdie.  
-tumeur carcinoïde.

-Amylose.

-Gastrectomie, colectomie

. -Syndrome de l'intestin irritable.

## c-Diarrhées sécrétoires :

- polypose adénomateuse colique,
- médicaments : colchicine, digitaliques, laxatifs irritants (phénolphthaléine, anthraquinone... )

## d-Diarrhées osmotiques :

- surtout la prise de laxatifs.

# CONCLUSION :

- Les étiologies des diarrhées aiguës ou chroniques sont très nombreuses.
- Leur mécanisme est souvent complexe et souvent intriqué.
- Un interrogatoire bien conduit et un examen clinique complet permet souvent d'orienter le diagnostic qui sera confirmé par les explorations para cliniques.

<p><b>Diarrhée motrice</b></p>	<p><b>3 à 10 selles/ 24 heures ;</b>  <b>essentiellement diurnes (du petit matin) -</b>  <b>Présence des débris alimentaires</b>  <b>récemment ingérés, jamais de sang ni de</b>  <b>pus –</b>  <b>Diarrhées impérieuses surtout post-</b>  <b>prandiales –</b>  <b>Effet bénéfique du jeûne, des freinateurs</b>  <b>du transit, du repos –</b>  <b>L'état général est rarement altéré</b></p>
--------------------------------	---

<p>Diarrhée sécrétoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Selles souvent très abondantes (500 à 1.000 g/j) uniquement fécales.</li> <li>-La diarrhée persiste avec le jeûne.</li> <li>-Peu de douleurs abdominales, peu ou pas de fièvre.</li> <li>-Les risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie) sont</li> </ul>
----------------------------	--

## Diarrhée osmotique

-Abondance variable / la quantité présente d'élément osmotique.

-Selles liquides, sans horaire particulier, jamais de sang ni de pus

-Cède lors du jeûne, puisqu'il n'y a alors plus d'élément osmotique

## Diarrhée de malabsorption

**Début progressif.**

**-Les selles sont augmentées de volume, mais la fréquence d'émissions peut être normale.**

**-L'aspect des selles est "stéatorrhéique" : selles grasses, luisantes, collantes, pâteuses, flottantes, laissant des "tâches d'huile" sur le papier ou dans l'eau des WC, de couleur grise ou jaunâtre, d'odeur fétide.**

# CONSTIPATION

## OBJECTIFS :

- Définir le terme constipation.
- Enumérer les divers points sur lesquels doit porter l'interrogatoire d'un sujet constipé pour distinguer entre constipation maladie et constipation symptôme.
- porter l'indication d'un ou plusieurs examens complémentaires pour déterminer les étiologies.



# DEFINITION :

- Sur le plan clinique, la constipation se définit par un nombre de **selles inférieur à 3 par semaine** avec un poids moyen quotidien des selles **inférieur à 35g**.
- A cet aspect quantitatif il faut ajouter **un aspect qualitatif** comprenant : émission de selles avec effort, selle dures, évacuation difficile voir douloureuse et sensation d'obstruction anorectale.

# SUBJECTIVE





22/02/2015

chinar

99

# PHYSIOPATHOLOGIE :

On distingue deux types de constipation :

1- **Constipation maladie** : La plus fréquente, souvent ancienne et isolée.

Deux mécanismes en sont responsables

-soit une anomalie de la progression; c'est le cas de l'inertie colique et du colon spastique

- soit une anomalie d'évacuation ou dyschésie, et dans ce cas plusieurs mécanismes sont responsables .

- 2- Constipation symptôme : Il s'agit souvent d'une constipation plus ou moins récente, secondaire, relevant ou accompagnant d'autres processus pathologiques.

- **SIGNES CLINIQUES :**

# 1-Interrogatoire :

Le diagnostic d'une constipation commence par l'interrogatoire qui doit préciser :

- Les antécédents personnels notamment chirurgicaux : chirurgie proctologique, urinaire, gynécologique, ou digestive.
- Antécédents familiaux .

La date et les circonstances de survenue :

- Constipation ancienne, récente, ou récemment aggravée.
- survenue à la suite de changement des conditions de vie et d'hygiène alimentaire.
- à la suite de prise médicamenteuse.
- La nature des troubles couverts par le mot constipation :
  - nombre et aspect des selles;
- Émission de selles avec effort;
- Selles dures ou en billes de chèvres;



Sensation d'obstruction anorectale;

- Utilisation de manœuvre manuelle pour évacuer.
- Traitement suivi notamment la nature des laxatifs utilisés.
- L'existence éventuelle de signes associés :
  - douleurs abdominales;
  - évacuation anormale : sang, glaire;
  - retentissement sur l'état général.

## 2-Examen physique :

- -L'examen de l'abdomen :
- précise l'état de la paroi abdominale par l'inspection et la palpation avant et après mise en tension de l'abdomen et ceci pour apprécier la musculature abdominale,
- chercher une hernie ou une éventration.

- -L'examen de la région anorectale : et périnéale est une étape importante.
- L'examen doit être fait en position accroupie lors de la poussée pour chercher un prolapsus rectal ou une ballonnisation périnéale.
- L'examen en position genu-pectorale cherchera une lésion anale à type de fissure, tumeur ou abcès

# Le toucher rectal

Apprécie la tonicité du sphincter anal •recherche :

- une sténose anale ou rectale
- \* une contracture paradoxale du sphincter anal (anisme).
- \* l'existence de matière chez un malade qui n'éprouve pas le besoin d'aller a la selle, ce qui permet d'évoquer le diagnostic de dyschésie rectale

- \* Un rectocèle
- . -Le toucher vaginal : chez la femme, recherche des lésions gynécologiques pouvant occasionner une constipation.
- -Le reste de l'examen physique doit être complet à la recherche d'une pathologie associée à l'origine de la constipation.

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le but des examens complémentaires est d'éliminer une cause organique de la constipation, et dans le cas où celle-ci est fonctionnelle,

le bilan para clinique permettra de distinguer la constipation par anomalie de la progression et celle par anomalie d'évacuation.

# 1-Bilan initial

visant à éliminer une cause organique :

- Anuscopie •

- Rectoscopie •

Coloscopie ou coloscanner ou lavement baryté

- Un bilan biologique peut être demandé notamment le dosage des hormones thyroïdiennes si une hypothyroïdie est suspectée.

- Elles sont demandées en fonction, du contexte clinique, notamment si une constipation fonctionnelle est suspectée et ceci après échec d'un traitement bien conduit.
- Ce bilan comprend essentiellement la mesure du temps de transit colique complété au besoin par une défécographie et/ou une manométrie anorectale.



- ETIOLOGIES :

# 1-Constipation organique :

1.1-Causes digestives : Cancer colorectal, tumeurs bénignes colorectales, sténoses coliques ou anorectale, mégacôlon congénital, fissure, séquelles de chirurgie anorectale, compressions extrinsèques.

## 1.2-Causes endocriniennes et métaboliques :

- hypothyroïdie •

- hyperparathyroïdie •

- insuffisance rénale •

- hypokaliémie • porphyrie.

## 1.3-Causes neurologiques et constipation psychogène :

- dysautonomie au cours du diabète et de l'amylose
- maladie de parkinson
- sclérose en plaque
  - accident vasculaire cérébral
  - tumeur cérébrale
- dépression, démence et psychose.

- 1.4-Médicaments : Plusieurs médicaments peuvent donner une constipation ex : opiaces, anti cholinergiques, anti convulsivants, neuroleptiques...

## 2-Constipation maladie :

### 2.1-Par anomalie de progression : Dans ce cas :

- souvent le nombre de selles < 3 par semaine
- plus au moins ballonnement abdominal
- plus au moins douleur abdominale
- pas de besoin entre les exonérations
- selles dures.

Les causes : \* Inertie colique \* Colon spastique

## 2.2 Par anomalie d'évacuation :

- Dans ce cas :
- souvent le besoin est présent
- difficulté d'exonération • au TR : matières présentes • souvent utilisation de manoeuvre digital pour évacuer.
- Les causes • anisme • méga rectum • rectocèle • procidence interne du rectum • anomalie de la sensibilité rectale • plancher pelvien descendant.

# *Sémiologie de la constipation*

Cours de troisième année de médecine fac de BATNA

02 Mars 2008

A/ CHINAR

[chinarathmane@yahoo.fr](mailto:chinarathmane@yahoo.fr)

0773121991



# *Introduction*

- Constipation : symptôme fréquent

En l'absence de cause : la constipation est une maladie

Sa définition est difficile : il y a 03 définitions :

- *Physiopathologique*
- *Clinique*
- *Subjective*

# PHYSIOPATHOLOGIE

- **RALENTISSEMENT** du transit intestinal avec déshydratation de la selle rendant difficile sa progression.  
Une réaction liquidienne **SECONDAIRE**

- **CLINIQUE :**

Moins de trois selles par semaine

Selles dures

# SUBJECTIVE



Enfin, la définition subjective est basée sur la qualité de la selle, et surtout sur la facilité de la défécation. Souvent, on préfère retenir comme constipé celui qui se dit constipé.

La constipation est plus fréquemment observée chez les femmes, les sujets âgés et dans les milieux socio-économiques défavorisés.

Il faut distinguer la constipation secondaire à une cause digestive ou extradiigestive de la constipation maladie.

Il est très important, devant toute constipation, de procéder à un interrogatoire et à un examen clinique complets et systématiques.

***LA SOLUTION ?***





22/02/2015

chinar

129

## CRITÈRES DE ROME II

Au moins 12 semaines (non obligatoirement consécutives) sur les 12 mois précédant d'au moins 2 des critères suivants (indépendamment de toute consommation de laxatifs) :

- efforts de poussée > 1/4 des défécations ;
- scyballes ou selles dures > 1/4 des selles ;
- sensation d'évacuation rectale incomplète > 1/4 des défécations ;
- sensation de blocage/obstruction anale > 1/4 des défécations ;
- manœuvres digitales pour évacuer les selles > 1/4 des défécations ;
- < 3 selles par semaine.



## ERREURS DIAGNOSTIQUES

### FAUX +

- La plainte « constipation » ne correspond pas nécessairement à une constipation

### FAUX -

- À l'opposé, le diagnostic de constipation peut être méconnu :

- Patients peu communicants ⇒ Fécalome

22/02/2015 Stase stercorale

chinar

⇒ Fausse diarrhée 131

# ***LE TRANSIT INTESTINAL NORMAL***

- COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
- INTEGRITE DU TUBE DIGESTIF

Digestion  
Absorption  
Évacuation

## ✓ Différencier constipations organique et fonctionnelle

**Constipation organique: obstacle**

**Constipation fonctionnelle :**

- Anomalie de la progression des selles : **constipation de transit.**
- Trouble de l'évacuation des selles : **constipation terminale ou dyschésie.**

➤ **Association fréquente des 2 mécanismes**

✓ **Causes lésionnelles ou mécaniques de constipation organique (ex: tumeur recto colique)**

✓ **Facteurs organiques de constipation fonctionnelle maladie neurologique :**

2 Parkinsoniens sur 3

1 AVC sur 2

Neuropathie diabétique

Deux facteurs métaboliques à rechercher : déshydratation et hypokaliémie

✓ **Facteurs iatrogènes médicamenteux (Q4)**

✓ **Conditions de vie : alimentation, hydratation, mobilité**

✓ **Apparences psychologiques. Pb de la dépression masquée**

# **La constipation est souvent multifactorielle:**

- **Facteurs étiologiques**
- **Facteurs favorisants**

# *Approche d'un malade constipé*

**Question 5 :**  
**Que rechercher à  
l'interrogatoire ?**



***Ce qu'il ne faut pas faire \*\*\****

***Est de prescrire d'emblé  
un traitement médicale***

Tout bilan d'une constipation commence par un long entretien avec le patient. Il permettra un abord général du problème [3] en faisant préciser les circonstances et la date de survenue des troubles, et en effectuant une enquête familiale soigneuse à la recherche de facteurs de risque de cancer colorectal.

- ✓ **Ancienneté de la constipation ?**
- ✓ **Fréquence du transit ?**
- ✓ **Troubles de l'exonération ?** (signes de constipation terminale)
- ✓ **Signes digestifs associés ?**
  - Douleur abdominale
  - Alternance diarrhée / constipation
  - Présence de sang dans les selles
  - Notion de nausée
- ✓ **Symptômes non digestifs ?**
- ✓ **Prises médicamenteuses ?**
- ✓ **Évaluation psychologique**

**Question 6 :**  
**Que rechercher à l'examen  
physique ?**

## Question 6 : Que rechercher à l'examen physique ?

✓ **Intérêt** : diagnostique (anomalie organique) et thérapeutique (rassurer)

✓ **Examen abdominal; examen neurologique**

✓ **Le geste principal reste le *toucher rectal* (TR) :**

Lésion locale?

Présence de selles dans le rectum ?

# Causes de la constipation

## *Secondaires :*

- Médicaments: antidépresseurs ;;;;hypoca
- Gsse,
- Lésions du TD : fissure, fistule,,,,
- Extra TD : prostate, gynécologique,  
neurologique
- Pathologie générale : diabète, obésité;;;

## *Maladie :*

# *Médicaments*

- *Analgésiques (opiacés, morphine), anesthésiques*
- *Anticholinergiques*
- *Anticonvulsivants*
- *Antidépresseurs*
- *Neuroleptiques*
- *Diurétiques (hypokaliémie)*
- *Antiparkinsonniens*
- *Bêtabloquants*
- *Antitussifs (codéine, codéthyline)*
- *22/02/2015 Traitements gastriques du chiner gel d'alumine*



---

# *Maladies métaboliques et endocriniennes*

- *Diabète*
- *Hypothyroïdie*
- *Hyperthyroïdie*
- *Porphyrie*
- *Hyperparathyroïdie*
- *Phéochromocytome*
- *Panhypopituitarisme*
- *Acromégalie*

---

# *Maladies neuromusculaires*

- *Mégacôlon congénital ou maladie de Hirschsprung*
- *Maladie de Chagas*
- *Neuropathies végétatives (diabète, amylose, paraneoplasique)*
- *Atteintes cérébro-méningées (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, accidents vasculaires cérébraux, paraplégies traumatiques, lésions de la queue de cheval)*
- *Collagénoses*
- *Myopathies*

# *Maladies psychiatriques*

---

## *Circonstances de la vie*

- *Syndrome dépressif*
  - *Syndrome démentiel*
  - *Névrose*
- 

- *Hyperthermie*
- *Décubitus prolongé*
- *Grossesse*
- *Voyages, changement d'habitudes de vie*

# *Maladies digestives*

# *Constipation symptôme*

---

- *Tumeur, cancer*
- *Dolichosigmoïde*
- *Maladie diverticulaire*
- *Sténose radique*
- *Sténose après chirurgie anorectale*
- *Sténose inflammatoire (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique)*
- *Carcinose péritonéale*



Il faut distinguer deux types de constipation  
maladie.

## ● *Constipation par trouble de la progression colique ou inertie colique*

Le patient présente moins de deux à trois selles par semaine, avec une absence de besoin de défécation entre les exonérations. Le mécanisme étiologique le plus fréquent est l'existence d'un régime insuffisant en fibres alimentaires et en boissons.

## ● *Constipation par trouble de l'évacuation ou dyschésie*

Le patient éprouve le besoin d'aller à la selle mais ne peut évacuer ou évacue avec difficulté. Des manœuvres digitales sont fréquemment retrouvées à l'interrogatoire.

# *Constipation maladie*

---

*Constipation par trouble de la progression ou inertie colique*

*Constipation terminale ou dyschésie*

- *Mégarectum*

- *Hypertonie du sphincter interne*

- *Dyssynergie anorectale ou anisme*

- *Trouble de la statique rectale : procidence interne du rectum, rectocèle*

- *Trouble de la sensibilité rectale*

# COMPLICATIONS

- FECALOME
- SAIGNEMENT
- ILEUS PARALYTIQUE
- OCCLUSION
- ABUS DE LAXATIFS
- PSYCHIQUES
- *Conséquences de l'effort physique*