

EXAMEN PHYSIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF

4

L'examen clinique est la pierre angulaire de l'évaluation clinique.

Le but est de trouver des signes cliniques objectifs permettant d'aboutir ou de suspecter un diagnostic correct.

L'examen clinique doit être complet et comprendra un interrogatoire avec examen physique de l'abdomen et des autres appareils.

Il comporte un examen de la cavité buccale, de l'abdomen, de la marge anale et un toucher rectal

I- L'interrogatoire

- On doit préciser l'origine, la profession et les antécédents personnels du patient aussi bien médicaux, chirurgicaux, gynécologiques que toxiques.
- Antécédents familiaux.
- On doit analyser les signes fonctionnels digestifs ou extra digestifs et ceci en écoutant le patient, mais aussi en lui posant des questions bien précises.
Pour chaque signe, on précisera avec détail ses caractères : la date de survenue, le mode de début, évolution et les signes associés...

II - l'examen physique

- Il comprend
- l'examen général
- l'examen de la cavité buccale
- l'examen de l'abdomen :
 - Inspection
 - Palpation
 - Percussion
 - Auscultation.
- Touchers pelviens notamment le toucher rectal.

EXAMEN GENERAL

Au cours de cet examen on apprécie l'état général du patient, on évalue les principales constantes, on cherche

- Une pâleur,
- Un ictère,
- Une cyanose,
- Un amaigrissement,
- Une déshydratation,
- Un œdème des membres inférieurs,
- Des modifications cutanées : vitiligo, angiome, érythrose palmaire ou faciale, Une hyperpigmentation et d'autres anomalies (gynécomastie, hippocratisme digital.)



1) L'examen des dents

Normalement : l'adulte possède 32 dents

Chez le malade : on établit la formule dentaire, on précise le nombre de caries et on examine l'état des gencives : on recherche

- une ulcération
- une inflammation : gingivite
- une hémorragie gingivale : gingivorragie

2) la langue et le plancher de la bouche

La Langue

Normalement, la langue est recouverte de papilles, humide et de couleur rosée

Anomalies

- sèche, rôtie : état de déshydratation
- lisse, dépapillée: c'est la glossite (carence en vit B12 et acide folique)
- lisse luisante rouge carmin: au cours des cirrhoses
- blanche, dite saburrale: au cours des maladies infectieuses
- Epaisse, augmentée de volume: c'est la macroglossie (hypothyroïdie, amylose)
- turgescence avec empreintes des dents sur les bords (hyperhydratation)

Le plancher de la bouche

On demande au sujet de placer le bout de la langue contre la voûte du palais et on observe la face inférieure de la langue avec ses veines inguinales proéminentes, le frein et le plancher de la bouche

La muqueuse est normalement rose et humide de chaque côté du frein se trouve l'orifice des glandes sous maxillaires

C'est au niveau de la face inférieure de la langue que l'on recherche un sub ictere

3) La muqueuse buccale est examinée au niveau de la face interne des joues, elle est normalement humide et rosée

- sèche : signe de grande valeur de déshydratation
- Rouge : inflammatoire parsemée de petits points blanchâtres : c'est le signe de Koplick : énanthème de la rougeole
- Elle présente des taches pigmentaires : taches bleu ardoise au cours de la Maladie d'Addison (insuffisance surrénale lente)

4) la gorge

C'est l'examen du pharynx qui comporte un examen du voile du palais, de la luette et de l'amygdale

Avec une abaisse langue placé sur le tiers moyen de la langue, on demande au sujet de dire AA

Normalement les amygdales sont petites, de couleur rosée, elles présentent des cryptes peu profondes de coloration rosée

Anomalies

- Augmentées de volume: hypertrophie amygdalienne
- cryptiques: cryptes profondes
- inflammatoires, rouge vif : angine érythémateuse
- Rouge et parsemées d'éléments blancs: érythémato-pultacée
- recouvertes de fausses membranes: rouge diffuse et pellicules blanchâtres : angine diphtérique

EXAMEN DE L'ABDOMEN

3

L'examen de l'abdomen doit être fait chez un malade mis en confiance et rassuré.

Le patient doit être étendu sur le dos, tronc dévêtu, jambes fléchies, tête à plat avec respiration calme.

Le médecin doit être à droite du patient, les mains chauffées dans une position lui permettant de faire l'examen sans difficultés

Prenez l'habitude de procéder avec méthode : inspection, palpation, percussion puis auscultation

1°) Inspection :

La peau de l'abdomen a le même aspect que le reste du tronc, mobile lors des mouvements respiratoires. On cherchera

Les signes anormaux

- L'existence ou non de cicatrices de laparotomie
- Le caractère normal ou non de la respiration abdominale
- Une distension abdominale, une voussure
- L'aspect de l'ombilic (déplissé ou non)
- Les veines dilatées indiquant une augmentation de la circulation veineuse collatérale Abdominale (CVC) due à un obstacle sur la circulation porte
- L'existence d'hernie ou d'éventration: surtout dans la région ombilicale ou l'aîne
- Les vergetures surtout au niveau des hanches. Elles surviennent chez une femme après une grossesse, chez l'obèse ou une maladie endocrine (syndrome de Cushing).
- couleur de la peau : ictère.

Les anomalies morphologiques

- Abdomen étalé: chez le sujet âgé ou ascite de moyenne abondance
- Abdomen distendu: par accumulation de gaz (météorisme)
Par rétention de liquide (ascite)
- Asymétrie de l'abdomen : voussure localisée qui peut être une tumeur ou hypertrophie d'un organe

Le mouvement anormal

- Des pulsations : les pulsations transmises par l'aorte sont souvent visible dans l'épigastre
- Une tuméfaction apparaissant à l'effort ou lors d'une toux est le signe d'une hernie
- Des ondulations péristaltiques : qui sont augmentées dans l'occlusion intestinale luttant contre l'obstacle

2°) Palpation

L'abdomen doit être palpé dans sa totalité du bas en haut, en laissant la zone douloureuse à la fin. Au début, la palpation doit être superficielle pour apprécier la tonicité musculaire et pour déceler une masse évidente ou une sensibilité

A l'état normal l'abdomen est souple respire bien

Les anomalies

- Modification du tonus de la paroi due à une atteinte inflammatoire d'un viscère ou irritation du péritoine

- **Une défense** : c'est une hypertonie pariétale volontaire induite par le patient qui redoute une palpation douloureuse, c'est une diminution de la souplesse de la paroi localisée en regard d'un foyer inflammatoire ex. appendicite.

- **Une contracture pariétale** : c'est un spasme réflexe involontaire des muscles de la totalité de l'abdomen invincible, elle traduit l'existence d'une péritonite.

- **Une "douleur au rebond"** : Si on maintient une pression douce et permanente sur une zone douloureuse, la douleur disparaît mais si l'on retire brusquement la main jusqu'au dessus de la peau une exacerbation de la douleur apparaît. Cette douleur est très évocatrice d'une inflammation du péritoine sous jacent.

Points douloureux précis:

- Point de **Mac Burney** dans la fosse iliaque droite, sur une ligne qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, au 1/3 externe de cette ligne. Très évocateur de l'appendicite
- Point de **de Murphy** Très évocateur de la cholécystite aigue. Le point de Murphy se situe à la jonction entre le rebord costal et le bord externe du muscle Grand Droit. Ce point douloureux s'observe dans la cholécystite

Palpation du foie

Normalement, on ne peut pas le palper car il ne déborde pas le rebord costal. Il devient palpable lors d'une **hépatomégalie**.

La palpation peut montrer que le lobe gauche du foie dépasse le rebord costal d'un ou de deux travers de doigt

Aspect

Sa consistance peut être dure ou molle. Sa forme peut être arrondie, tranchante, son bord inférieur peut être nodulaire, lisse, régulier, tumoral (un ou plusieurs nodules).

Palpation de la vésicule

Normalement, elle n'est pas palpable: cachée par le rebord costal.

Palpation de la rate

La rate est normalement non palpable.

Elle devient palpable dans le cas d'une splénomégalie. Elle déborde alors le rebord costal au niveau de l'hypocondre gauche

Autres viscères (vessie, intestin, utérus, aorte)

5

Ils sont en général non palpables.

La **vessie** est très rarement palpable lors un globe vésical par **rétenion** d'urine. Elle se situe dans la région hypogastrique

L'**utérus** est palpable en cas de grossesse. Il monte progressivement au fil des mois pendant la grossesse. En fonction de la hauteur utérine on peut dater la grossesse.

La palpation du rein se fait par la technique de palpation bi-manuelle ou manœuvre du contact **lombaire**. La main gauche du médecin est sous le malade dans la région lombaire et sa main droite est sur l'abdomen au niveau des flancs. On ne sent le rein que s'il est gros (hydronéphrose, tumeur du rein....)

Le grêle et le côlon, habituellement, sont non palpables. Parfois chez des sujets maigres on peut sentir dans la fosse iliaque gauche une corde colique correspondant au **sigmoïde**.

Tumeur abdominale

Dans le cas de la présence d'une tumeur abdominale, on sent une "boule" une "masse" dans la **cavité** abdominale.

On peut distinguer :

- une tumeur maligne (dure, nodulaire, irrégulière, fixe et mal limitée)
- une tumeur bénigne (souple, molle (rénitent), régulière, mobile, bien limitée, arrondie ou ovalaire).

Ce n'est que l'examen cytologique de la tumeur réalisée par ponction ou **biopsie**, qui confirmera le **diagnostic**.

Ascite

L'ascite correspond à la présence de liquide dans la cavité péritonéale, A la palpation le ventre est mou et gonflé.

On pose les deux mains sur les deux flancs du patient, on pousse le liquide d'un coté à l'autre ce qui produit une sensation de flot

Si en même temps que l'ascite on a une hépatomégalie ou une tumeur **hépatique** on observe le "**Signe du glaçon**" (on appuie sur le foie qui s'enfonce, quand on le relâche il remonte comme un glaçon).

3 °) Percussion

6

La main gauche posée à plat sur l'abdomen, les doigts bien tendus, avec le médus de la main droite recourbé en crochet, on percute le médus de la main à plat sur l'abdomen. On peut utiliser 2 voir 3 doigts pour percuter. On cherche par la percussion

Etat normal

- **Sonorité** : la région **épigastrique** (estomac) ou espace de Traube
- **Matité** : le foie se situe à droite, en percutant sur la ligne medio mamelonnaire on obtient la matité des organes pleins ; zone de matité entre au-dessus la sonorité des poumons et en-dessous la sonorité des anses intestinales. On mesure la flèche hépatique, normalement elle fait 8 à 12cm.

La rate correspond à une toute petite zone de matité située profondément sous le diaphragme, d'où elle n'est pas perceptible à l'état normal.

Etat pathologique

- **météorisme** ou tympanisme : exagération de la sonorité. Se voit dans les occlusions intestinales.
- Lors d'un pneumopéritoine notamment du à une perforation digestive ; il peut y avoir perte de la matité hépatique.
- **Augmentation de la matité** :
 - hépatomégalie
 - Splénomégalie importante :
 - Ascite Matité concave vers le haut.
 - Tumeur abdominale
 - Globe vésical ou **kyste ovarien** Matité concave vers le bas

4 °) Auscultation

Elle permet d'apprécier les bruits intestinaux et de détecter des souffles vasculaires.

- En cas de **silence abdominal**, il faut suspecter un iléus paralytique qui se voit chaque fois qu'il y a une irritation péritonéale : péritonite et en post-opératoire par exemple.
- En cas d'**exagération** des bruits hydroaériques de l'intestin, il s'agit souvent d'un obstacle sur l'intestin (mouvements de lutte).
- L'existence d'un **souffle** le long d'un axe vasculaire traduit l'existence d'un anévrisme Ou d'une compression vasculaire. Si on trouve une masse soufflante il s'agit le plus souvent d'une masse angiomeuse

Examen Ano-Rectal

7

Le tractus digestif se termine par un court segment le canal anal

Sa limite externe est mal définie mais généralement la peau du canal anal se distingue de la peau péri anale avoisinante parce qu'elle est dépourvue de poils humides

Le canal anal est normalement maintenu fermé par l'action du sphincter musculaire externe volontaire et du sphincter interne involontaire

La direction du canal se fait selon une ligne qui joint l'anus à l'ombilic

Le canal est pourvu de nerfs somatiques sensitifs

La limite entre le canal anal et le rectum situé au dessus est marquée par une ligne dentelée qui représente le passage de la peau à la muqueuse

A) Examen de la marge anale

On demande au malade de bien pousser pour mieux examiner la marge anale.

L'inspection va rechercher:

Une fistule : orifice faisant communiquer la marge de l'anus et le rectum constituant un trajet fistuleux inflammatoire, un abcès précède généralement cette fistule

Une fissure : ulcération linéaire très douloureuse de la marge anale

Des hémorroïdes externes : sont des veines hémorroïdaires dilatées asymptomatique sauf en cas de thrombose = douleur aiguë + tuméfaction bleuâtre au niveau de la marge anale

NB: Les hémorroïdes internes : résulte d'une dilatation des coussinets vasculaires normaux située au dessus de la ligne pectinée ne sont pas palpables, peuvent se prolaber par le canal anal et réaliser des tuméfactions profrusées rougeâtres

b) Toucher rectal

- Technique : le malade peut être placé soit en genu-pectoral (malade à genoux tête sur la Table d'examen)
Ou en décubitus dorsal, cuisses bien fléchies sur le tronc
Ou en décubitus latéral gauche cuisses et genoux en flexion

- Le toucher rectal proprement dit est fait par l'index couvert par un doigtier lubrifié, qu'on introduit doucement dans le canal anal qui se relâche. Il faut apprécier la tonicité du sphincter anal.
- Chez l'homme, on examine la prostate en antérieur. Chez la femme, on examine l'utérus en avant et les paramètres latéralement. En postérieur, il faut apprécier le cul de sac de Douglas.
- Avant la sortie, il faut faire un tour de 360° et ceci en glissant le doigt sur la muqueuse rectale à la recherche d'une masse rectale. on demande au malade de pousser ce qui peut faire descendre le rectum de 7 à 10 cm on recherche
 - une douleur à la palpation
 - une induration
 - des irrégularités ou nodules

A la sortie, il faut toujours voir la couleur des matières fécales, la présence ou pas de sang ou de mucus sur le doigtier.

L'examen doit toujours être terminé par l'examen des autres appareils.