

---

*Chapitre 9. Sémiologie de la pathologie digestive*

---

Chargé du cours : Dr LEBSIR Dalila

Volume horaire : 3h

Plan du cours :

1. Sémiologie de l'appareil digestif haut
2. Sémiologie de l'intestin grêle et du côlon
3. Sémiologie du foie et des voies biliaires
4. Sémiologie pancréatique
5. Références bibliographiques

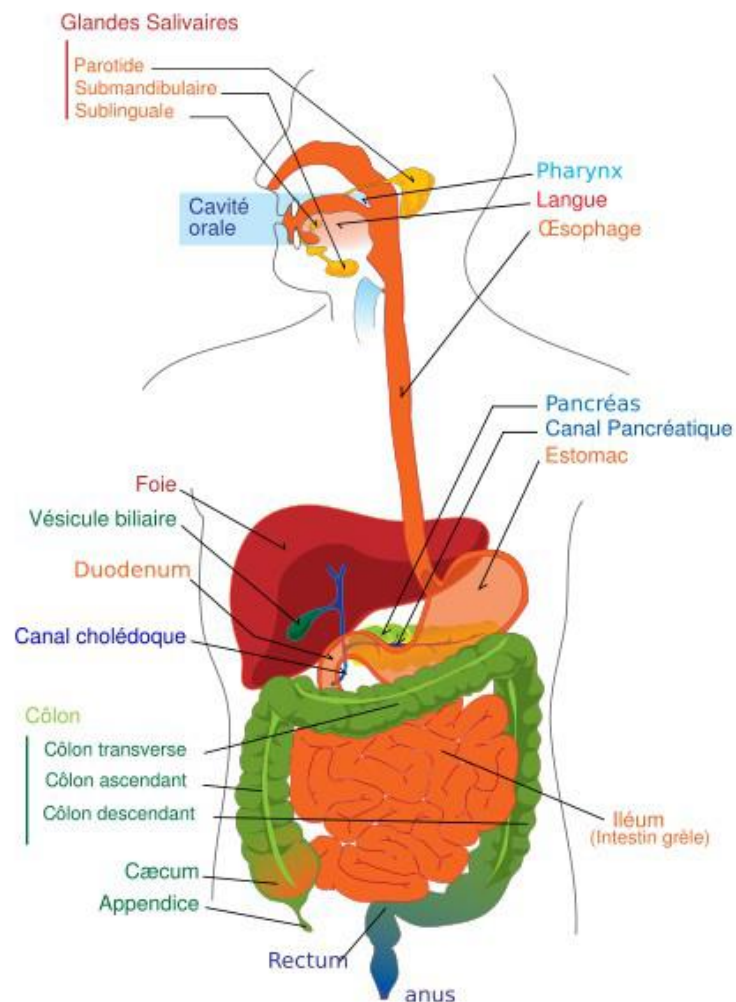


Figure 9.1. Anatomie digestive

## 1 Sémiologie de l'appareil digestif haut

L'appareil digestif haut est composé de plusieurs organes : la cavité buccale, l'œsophage, l'estomac et le duodénum.

### 1.1 La dysphagie

Sensation d'obstacle à la progression du bol alimentaire entre la bouche et l'estomac. Présente trois grands tableaux cliniques (Tableau 9.1).

Tableau 9.1. Les tableaux cliniques de la dysphagie :

Dysphagie organique (cancer de l'œsophage, sténose)	Dysphagie fonctionnelle (œsophagite, troubles moteurs de l'œsophage)	Dysphagie liée à un diverticule de Zencker
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressive</li> <li>• Permanente</li> <li>• Concerne d'abord les aliments solides (viande, pain) puis les liquides</li> <li>• Indolore</li> <li>• S'accompagne d'un amaigrissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermittente</li> <li>• Parfois plus marquée pour les liquides que pour les solides (dysphagie paradoxale)</li> <li>• Douloreuse s'il s'agit d'une œsophagite</li> <li>• Cédant à certaines postures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Localisée au niveau du cou</li> <li>• S'accompagne de régurgitation voire de rumination</li> </ul>

### 1.2 Le reflux gastro-œsophagien

Remontée de liquide gastrique acide dans l'œsophage, présente différents symptômes et étiologies (Tableau 9.2)

Tableau 9.2 : Tableau récapitulatif des symptômes et étiologies du reflux gastro-œsophagien.

Symptômes	Etiologie
→ Pyrosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est l'expression clinique la plus complète du reflux gastro-œsophagien</li> <li>• douleur à type de brûlure</li> <li>• siège épigastrique</li> <li>• irradiation rétrosternale ascendante et traçante</li> <li>• horaire post-prandiale</li> <li>• déclenchée par les changements de position (notamment le décubitus ou l'ajustement des chaussures)</li> </ul>	→ Reflux gastro-œsophagien isolé → La hernie hiatale

### 1.3 Les vomissements

Rejet par la bouche du contenu gastrique, accompagné de contractions douloureuses des muscles abdominaux et du diaphragme. C'est un phénomène actif à l'inverse des régurgitations. Il faut en déterminer :

- La fréquence
- L'horaire (vomissements de fin de nuit, compatible avec une hypertension intracrânienne par exemple)
- L'aspect et l'odeur du liquide gastrique :
  - Vomissement alimentaire
  - Vomissement de suc gastrique : incolore
  - Vomissement bilieux : jaune
  - Vomissement fécaloïde : marron, nauséabond (lors d'une occlusion par exemple)
  - Vomissement sanglant : rouge vif ou noir

### 1.4 Hématémèse

- Extériorisation de sang rouge ou noir par la bouche lors d'effort de vomissement.
- Traduit une hémorragie digestive haute (ulcère gastroduodénal par exemple)
- Elle s'accompagne d'un mélena : émission par l'anus de sang digéré noir et fétide (un mélena témoigne d'un saignement dont l'origine est située en amont du côlon droit, puisqu'il s'agit de "vieux sang")

### 1.5 La douleur gastrique ou duodénale

L'exemple type de la douleur d'origine gastrique ou duodénale est le syndrome ulcéreux, lié à la présence d'un ulcère gastrique ou duodénal (Figure 9.2).

- Brûlure, crampe ou torsion
- De siège épigastrique
- Habituellement sans irradiation
- D'intensité variable, parfois très intense
- Continue ou évoluant par paroxysmes
- Déclenchée par certaines positions, certains médicaments (en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou les modifications thermiques alimentaires
- Calmée par l'alimentation, les produits alcalins
- Survenant à distance des repas, 1 à 4 heures après, et donc parfois responsable de réveils nocturnes

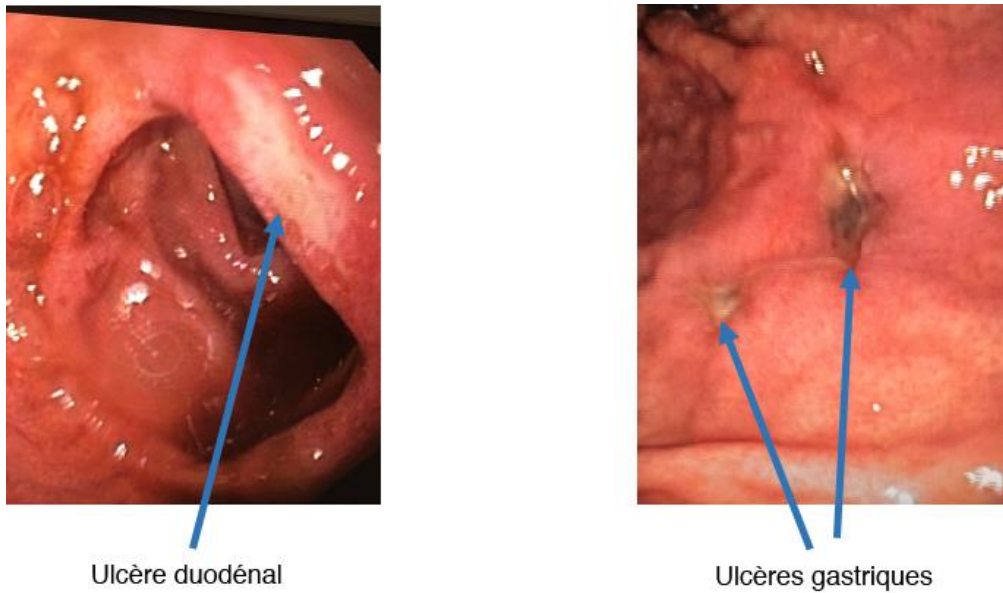


Figure 9.2. Ulcères gastrique et duodénal (<https://www.snfge.org/content/ulceres-de-lestomac-et-du-duodenum>)

### 1.6 Le syndrome dyspepsique

- Il est le plus souvent d'origine fonctionnelle
- Ses manifestations associent des symptômes assez vagues et fluctuants :
  - sensation d'inconfort, de pesanteur
  - ballonnement
  - impression de plénitude gastrique, de digestion prolongée
  - parfois douleur de la région épigastrique, le plus souvent postprandiale, permanente ou intermittente

### 1.7 L'examen de l'appareil digestif haut

#### Inspection

- Cavité buccale
  - rechercher des lésions de la muqueuse buccale, aphte, érosion ou autres lésions
  - observer l'état dentaire à la recherche d'abcès ou d'infections gingivales
- Rechercher une voussure épigastrique témoin d'une masse (gastrique par exemple)

#### Palpation

- Palper une masse épigastrique témoin d'une masse gastrique.
- Rechercher une tuméfaction cervicale en rapport avec une tumeur œsophagienne ou une adénopathie métastatique d'un cancer digestif

#### Auscultation

- Rechercher des bruits hydro-aériques du creux épigastrique évoquant un clapotis témoin d'un trouble de la vidange gastrique.

#### Explorations

##### *Endoscopie digestive haute (fibroscopie gastrique)*

- Exploration de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum à l'aide d'un instrument flexible muni d'une caméra et d'une lumière introduit par la bouche

- Cet examen est réalisé à visée diagnostique et thérapeutique

#### *Scanner abdominal*

- Cet examen radiologique permet de voir avec précision les différentes structures anatomiques de l'appareil digestif haut
- L'examen est le plus souvent effectué après une injection de produit de contraste iodé. Il faut donc bien s'assurer lors de toute prescription de scanner, de l'absence de contre-indication à l'utilisation de ces produits de contraste (qui peuvent exposer certains patients à des accidents d'intolérance potentiellement graves)

## 2. Sémiologie de l'intestin grêle et du côlon

### 2.1 Diarrhée

- Elle est caractérisée par l'émission de selles trop fréquentes (> 3 fois / jour) et/ou trop liquides et/ou trop abondantes.
- Une diarrhée d'allure hydrique, de volume important, oriente vers une origine grêle
- Une diarrhée de plus faible volume, fécale, nauséabonde, fébrile, accompagnée de glaires ou de sang, oriente vers une origine colique
- La vraie diarrhée doit être distinguée de :
  - la fausse diarrhée des constipés : les selles liquides alternant, dans ce cas, avec des épisodes de constipation ;
  - la polyexonération (simple augmentation de la fréquence des selles)
  - l'incontinence anale où il existe un suintement permanent en dehors des épisodes de défécations ;
  - d'une évacuation anormale, afécale constituée de glaires, sang (syndrome dysentérique).

### 2.2 Constipation

Il s'agit d'une plainte particulièrement fréquente, exprimant des situations diverses :

- Selles de trop faible abondance
- Difficultés à exonérer
- Sensation de vidange rectale incomplète
- Avant de parler de constipation fonctionnelle, il faut s'attacher à éliminer une cause organique : (cancer colorectal, maladie endocrinienne, neurologique, médicaments, ...)

### 2.3 Douleur colique

Les caractéristiques de la douleur colique sont les suivantes :

- Siège souvent épigastrique, mais peut également être en cadre, le long de l'ensemble du trajet colique
- Irradiation plutôt descendante, dans les deux fosses iliaques ou hypogastrique
- Douleurs souvent paroxystiques, à début brutal (évoquant une crampe ou une distension de l'abdomen), diminuant suite à l'émission de gaz ou de selles.
- Horaire très variable, parfois post-prandial immédiat, notamment en cas diarrhée motrice associée
- Accompagnée souvent de gargouillis abdominaux, de ballonnements, de troubles du transit (constipation, diarrhée)

## 2.4 Occlusion digestive

Une triade symptomatique permet d'identifier une occlusion intestinale :

- Douleur abdominale : constante, intense se majorant avec le temps et évoluant par crises paroxystiques successives (coliques) témoignant de la lutte de l'intestin contre l'obstacle responsable
- Vomissements : ils soulagent un temps la douleur abdominale. En fonction du siège de l'occlusion, ils sont :
  - précoces, en "jet alimentaire" ou bilieux (occlusion haute)
  - plus tardifs et fécaloïdes (occlusion colique)
- Arrêt des matières et des gaz : l'arrêt des gaz précède l'arrêt des matières, en raison de l'impossibilité de vidange du segment intestinal situé en aval de l'occlusion

### 2.4.1 Signes physiques

#### *Inspection*

- Ventre plat dans les occlusions hautes
- Météorisme (gonflement du ventre dû à l'accumulation d'air dans les anses digestives) dans les occlusions plus bas situées
- Cicatrice de laparotomie ancienne : les patients ayant eu une laparotomie présente un risque d'occlusion sur bride

#### *Palpation*

- Point douloureux électif ou défense en regard de l'obstacle
- Palpation des orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée
- Recherche d'une masse abdominale (par exemple une tumeur colique responsable de l'occlusion)

#### *Percussion*

- Recherche d'un tympanisme

#### *Auscultation*

- Disparition des bruits hydro-aériques (abdomen silencieux pendant au moins 30 secondes)
- Bruits de lutte intestinale (exagération des bruits normaux témoignant de la lutte d'un segment intestinal contenant de l'air et du liquide)

#### *Toucher rectal*

- Normal le plus souvent
- Il peut parfois mettre en évidence une tumeur rectale obstructive ou un fécalome

#### *Examens radiologiques*

- Occlusion grêlique sur bride

Le cliché d'abdomen sans préparation de face, debout objective un estomac plein avec un grand niveau liquide, un grêle distendu, des niveaux hydroaériques centraux, plus larges que hauts, et l'absence de gaz dans le côlon qui n'est pas visible

L'examen radiologique montre la distension du grêle d'amont et souvent la jonction entre le grêle plat et le grêle dilaté qui signe le niveau de l'obstacle (Figure 9.3).

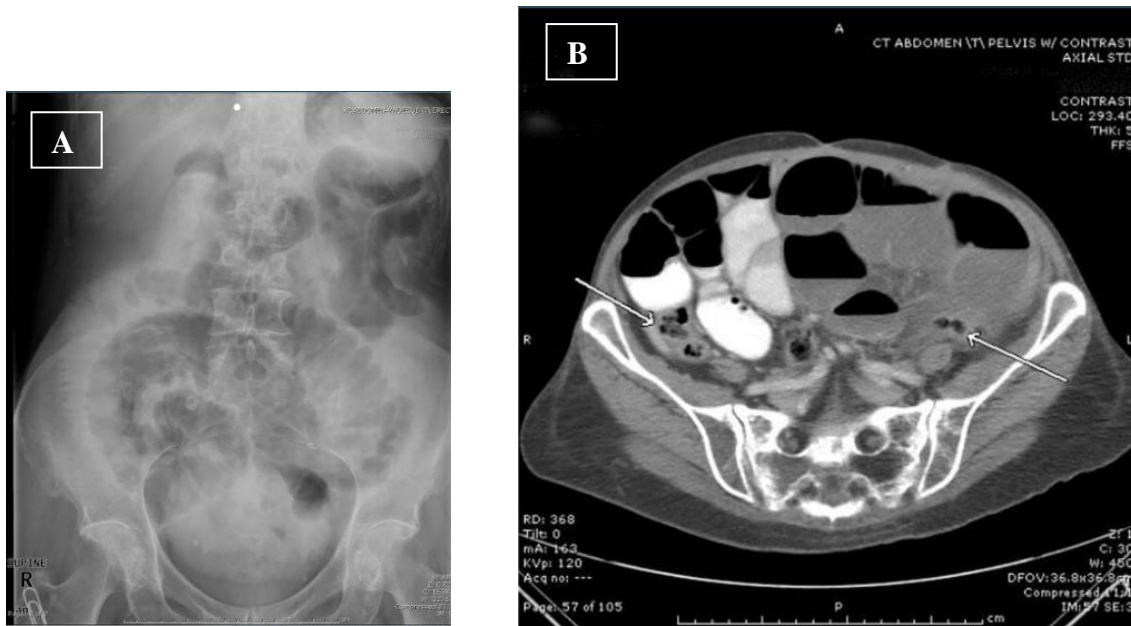


Figure 9.3. Examen radiologique (occlusion du grêle) : A : Rx en décubitus dorsal ; B : TDM  
l'intestin grêle est dilaté et rempli d'air et de liquide (Parswa. 2021)

### 3. Sémiologie du foie et des voies biliaires

#### 3.1 Les douleurs biliaires

##### 3.1.1 Colique hépatique

- Elle résulte de l'enclavement aigu d'un calcul dans l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique, avec rétention de la bile en amont
- Cette douleur biliaire :
  - siège aussi souvent dans le creux épigastrique que dans l'hypocondre droit
  - évolue par paroxysme
  - irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droites
  - s'accompagne dans plus de la moitié des cas d'une inhibition respiratoire
  - évolue par crise, habituellement d'une durée de 2 à 4 heures
- Les vomissements sont fréquents, mais il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni anomalie biologique

##### 3.1.2 L'ictère

Est une coloration jaune de la peau et des muqueuses, liée à une augmentation du taux de bilirubine plasmatique, parfois accompagné d'un prurit pouvant être intense (lésions de grattage).

#### Démarche clinique

- Tout d'abord, déterminer la nature de l'ictère : à bilirubine conjuguée ou non conjuguée ?
  - ▶ Si les urines sont brun foncé et les selles décolorées, l'ictère est à bilirubine conjuguée
  - ▶ Si les urines sont claires et les selles normales, l'ictère est à bilirubine non conjuguée et sa cause est généralement extra-hépatique (hémolyse par exemple)



· Ensuite, s'il s'agit d'un ictère à bilirubine conjuguée, il faut déterminer s'il résulte d'une atteinte

- ▶ Intra-hépatique (hépatites, cirrhose, ...)
- ▶ Extra-hépatique (lithiase biliaire, tumeur biliaire, atteinte pancréatique, ...)

## 4. Sémiologie pancréatique

### 4.1 Les symptômes

Les signes cliniques pouvant témoigner d'une atteinte du pancréas sont divers :

- Anomalies du pancréas endocrine (anomalies hormonales)
- Douleurs liées à l'inflammation du pancréas : elles peuvent être aiguës ou chroniques, en rapport par exemple avec une pancréatite ou une tumeur
- Compression des organes avoisinants par une augmentation pathologique du volume de la tête du pancréas
- Anomalies du pancréas exocrine (par exemple à la suite d'une obstruction du canal de Wirsung)

### 4.2 Douleur pancréatique

#### Siège

Épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche.

#### Irradiation

Vers le dos de façon transfixiante ou en « hémi-ceinture » d'avant en arrière.

#### Type et intensité variables

Simple gêne et pesanteur, ou douleur vive et intolérable.

#### Durée, rythmicité

Douleur continue sur quelques jours ou semaines dans les pancréatites aiguës, évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques.

#### Facteurs déclenchant

Prise alimentaire en particulier les repas riches en graisse et/ou alcoolisés

#### Facteurs soulageant

Compression épigastrique et antéflexion du tronc : position en « chien de fusil »



## 5. Références bibliographiques

BARIETY, J ; CAPRON, L ; GRATEAU, G. *Sémiologie clinique*. 8<sup>ème</sup> édition (2009).

HAMLADJI, RM. *Précis de sémiologie*. Office des publications universitaires, 13<sup>ème</sup> édition (2010).

PARSWA, A. *Occlusion intestinale*. Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York (2021).

ZEITOUN, P. *Sémiologie clinique des affections de l'appareil digestif*. Springer-Verlag France, (2001).