

Université Mohammed V Souissi

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Département des Sciences Cliniques Chirurgicales et
Médicochirurgicales

Unité de Pédagogie et de Recherche en Chirurgie Générale



3^{ème} année Médecine Sémiologie Chirurgicale Digestive 2012-2013

Ce polycopié est élaboré sous la coordination de :

Pr F. Sabbah : Directeur d'UPR de Chirurgie Générale

Pr S. Al Baroudi: Membre du collège et Coordonnateur de la commission pédagogique

Pr L.Ifrine: Coordonnateur de la Sémiologie Digestive Chirurgicale

Ont participé à la rédaction de ce polycopié :

Pr F. Sabbah, Pr S. Albaroudi, Pr L. Ifrine

Pr M. Ahallat : Coordonnateur de la Sémiologie Chirurgicale

Pr M. Amraoui : membre du collège et coordonnateur de la commission de FMC

Pr S. Benamar : Membre actif de l'UPR

Pr H. Hachi : Membre du collège et de la commission des stages

Pr A. Hrora : Membre du collège et coordonnateur de la commission de la recherche

Pr A. Jalil : Membre du collège

Pr S. Kandri: Membre du collège et coordonnateur de la commission des stages

Pr K. Sair : Membre du collège et de la commission pédagogique

SOMMAIRE

DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE	10
LES PERITONITES AIGUES	14
LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES	19
LES HEMORRAGIES INTERNES	24
LES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN	27
MASSES PALPABLES DE L'ABDOMEN	32
SEMILOGIE GENERALE DES TUMEURS	37
LES ICTERES RETENTIONNELS	41
SEMILOGIE DES GOITRES ET DES NODULES THYROÏDIENS	45
SEMILOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE	49
HERNIES ET EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE	53
SEMILOGIE PROCTOLOGIQUE	57
INFECTION CHIRURGICALE AIGUE DES PARTIES MOLLES	63

PLAN DE COURS
MODULE : sémiologie chirurgicale
SOUS MODULE : sémiologie digestive

1. Identification du cours

UPR	Chirurgie Générale
Titre du sous module	Sémiologie Chirurgicale Digestive
Période	1 ^{ère} et 2 ^{ème} semestre
Volume horaire	14 heures
Etudiants cibles	Etudiants de 3 ^{ème} année de Médecine
Lieu et heure	Salle des cours des Services de Chirurgie Générale (Sites du stage) 8h 30mn à 9h30mn
Enseignants	Professeurs membres actifs de l'UPR
Coordinateur du sous module	Nommé annuellement par l'UPR
Contact	Directeur UPR : faridsabbah@gmail.com Coordinateur du module: ahallat@gmail.com Coordinateur du sous module : ifrinelahssan@gmail.com
Site Web :	http://medramo.ma/

2. Introduction

Ce cours est l'un des quatre sous module formant le module sémiologie chirurgicale (sémiologie digestive, sémiologie traumatologique, sémiologie urologique, sémiologie vasculaire). Le contenu de l'enseignement est le même quelque soit le site du stage car il se réfère à un même polycopié de sémiologie digestive chirurgicale préparé par un groupe d'enseignants et validé par l'UPR de chirurgie générale. Le choix du lieu (l'hôpital) vise une intégration cours-stage.

3. But du cours

Ce cours vise à faire acquérir aux étudiants les compétences théoriques et pratique dans le domaine de la sémiologie digestive chirurgicale, en leur permettant d'acquérir la manière de relever un signe clinique(interrogatoire, examen physique) et d'analyser ce signe pour lui donner un sens c'est à dire une signification diagnostique

4. Les objectifs d'apprentissage

4-1 : Objectifs généraux

Au terme de ce cours l'étudiant doit être capable de :

1. Maîtriser la technique de l'interrogatoire clinique en pathologie chirurgicale digestive pour transformer un symptôme (allégué par le patient) en signe à valeur diagnostique,
2. Maîtriser la technique de l'examen physique des patients selon une approche topographique, ou fonctionnelle,
3. analyser le signe clinique relevé par l'interrogatoire et l'examen physique pour aller

du signe au sens du signe,

4. évaluer la situation clinique pour reconnaître les grands syndromes dans le domaine des urgences chirurgicales digestives,
5. initiation au raisonnement clinique : le recueil des signes en constitue la première étape et préparation des étudiants aux cours de pathologie chirurgicale.

4-2 Programme et objectifs spécifique

Cours n°1 : Diagnostic d'une douleur abdominale aiguë de l'adulte/Durée : 1 h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer brièvement l'apport des données recueillies par un interrogatoire clinique mené de manière systématique devant une douleur abdominale aiguë). - Décrire la technique et les principaux signes cliniques que peut relever l'examen physique devant une douleur abdominale aiguë. - Organiser les données cliniques selon une orientation étiologique . 	<ul style="list-style-type: none"> - Données à rechercher systématiquement par Interrogatoire pour donner un sens à une douleur abdominale aiguë : liste de 13 questions. - Comment conduire l'examen clinique et quel signe particulier à rechercher dans ce contexte d'urgence. - Sémiologie analytique : regrouper les différentes données recueillies selon des vignettes évocatrices: abdomen aigu fébrile, abdomen aigu occlus, abdomen aigu hémorragique, abdomen aigu ischémique.
Cours n°2 : Les péritonites aiguës/Durée : 1h 15mn	
Objectifs :	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer les principaux faits et conséquences physiopathologiques au cours d'une péritonite aiguë. - Reconnaître au cours d'un abdomen aigu les signes cliniques et para cliniques d'une péritonite aiguë. - Identifier devant une péritonite aiguë les signes permettant d'orienter vers l'origine de la péritonite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etiopathogénie des péritonites et processus immuno-inflammatoire au cours d'une péritonite. - Conséquence sur les grandes fonctions de l'organisme : les défaillances viscérales et métaboliques. - Signes cliniques d'une péritonite : le syndrome péritonéal. - Particularités sémiologiques des principales péritonites : ulcéreuse, appendiculaire gynécologique.
Cours n°3 : Les occlusions intestinales aiguës/Durée : 1h 15mn	
Objectifs :	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Illustrer par des exemples les différents mécanismes d'une occlusion intestinale aiguë. - Expliquer de manière schématique les principaux faits physiopathologiques et leurs conséquences au cours d'une occlusion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusion mécanique ≠ occlusion fonctionnelle. - Occlusion par strangulation ≠ occlusion par obstruction. - Physiopathologie d'une occlusion et explication des signes du syndrome occlusif. - Signes fonctionnels d'une OIA. - Signes physiques d'une OIA.

<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiquer une occlusion intestinale sur l'anamnèse, les signes de l'examen physique et les données de l'ASP. - Identifier au cours d'une OIA les signes permettant d'évoquer son mécanisme. - Distinguer cliniquement et par l'ASP une occlusion grêlique d'une occlusion colique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes radiologiques d'une OIA. - Signes cliniques et radiologique d'une occlusion du grêle et d'une occlusion du colon : tableau comparatif - Signes cliniques et radiologiques d'une occlusion par strangulation et d'une occlusion par obstruction : tableau comparatif.
--	---

Cours n°4 : Les hémorragies internes/ Durée : 1h

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître cliniquement une hémorragie interne. - Evaluer par la clinique et les examens para clinique la gravité d'une hémorragie interne. - Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémo-péritoine. - Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémothorax. - Enumérer les étiologies des hémorragies internes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Circonstances cliniques devant lesquelles une hémorragie interne doit être évoquée de principe. - Signes généraux et fonctionnels d'une hémorragie interne. - Signes de l'examen physique d'une hémorragie interne : signes cutanés, signes cardiovasculaires, signes respiratoires, signes urinaires, signes neurosensoriels. - Estimation de la perte sanguine et évaluation de la gravité de la situation. - Particularités sémiologiques des principales situations rencontrées en clinique : hémo-péritoine, hémothorax, saignement d'origine gynécologique

Cours n°5 : Les traumatismes de l'abdomen/ Durée : 1h

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir les principaux termes employés en traumatologie abdominale. - Relever les signes cliniques évoquant un traumatisme de l'abdomen. - Relever les signes d'alarme traumatique imposant l'hospitalisation. - Evaluer immédiatement par la clinique l'état d'un blessé pour reconnaître une urgence vitale. - Evaluer secondairement par la clinique l'état d'un traumatisé de l'abdomen. - Décrire les principaux tableaux cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction définition et ampleur du problème. - Définition des termes : contusion, plaie, plaie pénétrante ou non pénétrante, mécanisme direct ou indirect. - Approche général et méthodique d'un traumatisé de l'abdomen : <ul style="list-style-type: none"> • Quel malade doit-on hospitaliser ? • Critères d'alarme traumatique - Evaluer les grandes fonctions et reconnaître les situations nécessitant un geste urgent. - Examen méthodique en dehors de l'urgence. - Principaux tableaux cliniques: tableaux évidents: (hémorragie interne, péritonite), tableau incertain.

Cours n°6 : Les masses palpables de l'abdomen/ Durée : 1h 15mn

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none">- Décrire les signes d'appel d'une masse abdominale.- Décrire la technique de l'examen clinique et les éléments à préciser devant une masse abdominale.- Identifier les caractéristiques cliniques des masses palpables de l'abdomen selon leur origine : rate, rein, foie, vésicule biliaire, pancréas, Gynécologique, péritoine, paroi, anévrisme.	<ul style="list-style-type: none">- Définition d'une masse abdominale, masse abdomino pelvienne, tumeur abdominale.- Interrogatoire clinique d'un patient présentant une masse abdominale: données concernant le patient lui-même, données concernant la masse.- Conditions de l'examen clinique pour l'examen d'une masse abdominale notamment pour éliminer ce qui n'est pas une masse abdominale : grossesse, fécalome, globe vésicale.- Éléments à rechercher par l'inspection- Caractéristiques palpatoires à rechercher devant une masse abdominale- particularité sémiologique d'une masse d'origine hépatique, vésiculaire, rénale, splénique, pariétale, péritonéale, colique

Cours n°7 : Sémiologie générale des tumeurs/ Durée : 1h

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none">- Définir les termes : tumeur, tumeur bénigne, tumeur maligne, pseudotumeur.- Examiner l'hypothèse d'une tumeur devant un syndrome d'altération de l'état général.- Illustrer par des exemples le diagnostic d'une tumeur par un syndrome endocrinien.- Expliquer par des exemples ce que c'est un syndrome tumoral.- Définir le syndrome paraneoplasique.- Organiser les données cliniques en syndromes : général, hormonal, tumoral, paraneoplasique.	<ul style="list-style-type: none">- Définitions : tumeur, masse, cancer, Caractères distinctifs entre tumeur bénigne et tumeur maligne : tableau comparatif.- Le syndrome général.- Le Syndrome endocrinien: hormones, polypeptides- Le Syndrome tumoral.- Syndrome paraneoplasique : clinique, radiologique, biologique.

Cours n°8 : Les ictères rétentionnels/ Durée : 1h 15mn

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none">- Expliquer de manière schématique les conséquences physiopathologiques d'un obstacle sur les voies biliaires.	<ul style="list-style-type: none">- Physiopathologie de l'ictère obstructif.

<ul style="list-style-type: none"> - Identifier chez un malade présentant un ictère les signes orientant vers sa nature obstructive. - Situer le niveau de l'obstacle à la lumière des données cliniques et radiologiques. - Identifier les signes en faveur de la nature lithiasique, ou tumorale de l'obstacle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes cliniques d'un ictère choléstatique. - Le syndrome biologique de la cholestase. - Signes échographiques de l'ictère choléstatique. - Signes tomodensitométrie. - Sémiologie IRM. - Principales étiologies
--	---

Cours n° 9 : Sémiologie des goitres et nodules thyroïdiens/ Durée : 1h

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir les termes d'usage courant en pathologie thyroïdienne. - Mener correctement l'interrogatoire et l'examen physique de la glande thyroïde. - Identifier chez un patient présentant un goitre les signes cliniques et biologiques d'une hyperthyroïdie. - Identifier chez un patient présentant un goitre les signes en faveur de la malignité. - Connaître les principaux examens complémentaires à demander devant un goitre ou nodule thyroïdien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définitions : goitre, nodule, goitre simple, goitre endémique, goitre sporadique, goitre multi hétéro nodulaire. - interrogatoire d'un patient présentant un goitre. - Technique de l'examen physique de la glande thyroïde. - signes cliniques et biologiques de l'hyperthyroïdie. - les signes de malignité d'un goitre : caractéristiques palpatoires, signes de compressions, adénopathies cervicales. - Examens complémentaires.

Cours n° 10 : Sémiologie de la glande mammaire/ Durée : 1h

Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Mener correctement l'examen clinique du sein. - Décrire les signes cliniques à préciser devant un nodule du sein. - Décrire les signes cliniques et radiologiques en faveur de la malignité d'un nodule du sein. - Décrire les particularités d'un nodule bénin du sein. - Reconnaître les signes cliniques d'un abcès du sein. - Connaître les principaux examens complémentaires à demander devant une atteinte de la glande mammaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conditions d'examen clinique du sein. - Caractéristiques sémiologiques d'un nodule du sein - Nodule Malin du sein : signes (cliniques, échographiques et mammographiques). - Nodule bénin du sein : signes (Cliniques, mammographiques et échographiques). - Abcès du sein. - Examens complémentaires.

Cours n°11: Hernies et éventration de la paroi abdominale/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir : une hernie, une éventration, une éviscération. - Mener correctement l'examen clinique d'un patient présentant une hernie de l'aine. - Diagnostiquer cliniquement une hernie de l'aine non compliquée. - Préciser les éléments cliniques aidant à différencier le type anatomique de la hernie l'aine. - connaître les signes cliniques d'une hernie étranglée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définitions : hernie, éventration, éviscération. - Hernies de l'aine : Interrogatoire, Examen physique (Inspection, Palpation, examen des orifices inguinal et crural, examen systématique des autres orifices herniaires). - Caractéristiques sémiologiques d'une hernie non compliquée. - Formes anatomiques de la hernie de l'aine : hernie inguinale, hernie crurale. - signes cliniques d'une hernie de l'aine étranglée.
Cours n°12 : Sémiologie proctologique/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Mener correctement l'examen clinique en proctologie. - Décrire les différents signes fonctionnels en proctologie. - Définir les principales affections proctologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prérequis : Anatomie de l'anus et plancher pelvien. - Examen proctologique: conditions, inspection, Toucher rectal. - Interrogatoire : signes fonctionnels en proctologie. - Principales affections proctologiques (Hémorroïdes, fissure anale, fistule anale, sinus pilonidal).
Cours n°13 : Infection chirurgicale aigue des parties molles/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître cliniquement une inflammation suppurée des parties molles : abcès chaud, panaris et phlegmon de la main. - Décrire les signes cliniques de la gangrène gazeuse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infection suppurée des parties molles, description d'un abcès chaud : type de description de l'abcès de la fesse. - Cas particuliers fréquents : le panaris, le phlegmon de la main. - infection nécrosante des parties molles : type de description : la gangrène gazeuse.

5. Les méthodes d'enseignement et les activités d'apprentissage

Méthodes d'enseignement

- Cours intégré en petit groupe au sein d'un Service de Chirurgie.
- Stages de sémiologie dans un service de chirurgie.

Méthodes d'apprentissage :

- Préparation et lecture préalable du cours: polycopié disponible au service de reprographie de la FMPR.
- Cours en petit groupe : cas clinique réel ou dossier de patient illustrant aux référentiels notamment le polycopié de sémiologie.
- Travail personnel: ouvrages, CD d'auto-apprentissage (disponibles à la faculté), Sites Web.

6. Modalités d'évaluation

Examen final

- En fin de semestre, date fixée par la faculté
- Durée : 30 mn
- Modalités: - questions rédactionnelles
-cas clinique

Barème : Note/20, le barème détaillé est précisé le jour de l'examen.

7. Autres informations

- Polycopié à retirer avant le début des cours (service de reprographie) si non un CD contenant l'ensemble des cours sera remis à un représentant des étudiants pour duplication et tirage.

DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE DE L'ADULTE

Prérequis : Anatomie topographique de l'abdomen : 9 quadrants

Objectifs :

- Expliquer brièvement l'apport des données recueillies par un interrogatoire clinique mené de manière systématique devant une douleur abdominale aiguë,
- Décrire la technique et les principaux signes cliniques que peut relever l'examen physique devant une douleur abdominale aiguë,
- Organiser les données cliniques selon une orientation étiologique.

I-INTRODUCTION

Motif de consultation fréquent, la douleur abdominale aiguë est une douleur d'apparition brutale qui dure moins de sept jours. Une douleur abdominale aiguë n'est pas toujours d'origine digestive mais, elle peut aussi avoir une cause urologique, vasculaire voir même extrabdominale (thoracique, neurologique ou métabolique).

II- EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique ne se limite pas à l'abdomen mais doit être complet. Il doit être approfondi, pertinent et rigoureux: il permet d'identifier les patients devant nécessiter un simple traitement ambulatoire ou au contraire une hospitalisation pour intervention chirurgicale en urgence ou exploration et surveillance.

II-1 Interrogatoire +++:

II-1-1 doit préciser les caractéristiques sémiologiques de la douleur

1-Siège : c'est un élément important dans l'orientation étiologique : il existe une correspondance très probante entre le siège de la douleur sur un quadrant de la paroi abdominale et la projection anatomique des organes sous jacents. Le Siège initial de la douleur peut être différent de son siège au moment de l'examen.

2 -Irradiation: dans ce contexte certaines irradiations son évocatrices du diagnostic

- Irradiation dorsale évoque une origine pancréatique ou anévrisme de l'aorte,
- Irradiation scapulaire droite : origine hépatobiliaire,
- Irradiation scapulaire gauche : un hémopéritoine,
- Irradiation vers les organes génitaux externes : Origine rénale,
- Irradiation vers les fosses lombaires :(appendicite rétro-caecale ou Pathologie annexielle chez la femme).

3- Mode de début : l'installation de la douleur peut être rapide en quelques minutes ou progressive. Une douleur brutale dont le patient peut préciser l'instant exact est souvent en rapport avec une lésion grave.

4 -Type : Crampe, brulures, torsion, pesanteur

5 -Horaire par rapport aux repas : Postprandiale ou au moment des repas.

6- Évolution dans le temps : une douleur abdominale aigue peut être :

- Permanente : empêchant le sommeil comme dans les péritonites,
- Intermittente voir rythmée dans la journée : ulcère gastroduodéal, colique hépatique,
- Paroxystique sans accalmie (colique néphrétique), ou avec accalmie (ischémie mésentérique, occlusion par obstruction).

7- Intensité: Les douleurs intenses et permanentes correspondent habituellement à des lésions graves cependant l'intensité de la douleur n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité du processus pathologique. En effet le seuil de perception de la douleur varie d'un individu à l'autre.

8 -Facteurs déclenchant :

- Effort physique.....étranglement herniaire
- Effort de défécation.....perforation diverticulaire
- Restriction hydrique.....colique néphrétique
- Repas riche en graisse.....colique hépatique
- Ingestion d'alcoolpancréatite
- Prise d'anti inflammatoire.....ulcère gastroduodéal

9 -Facteurs aggravant : la toux et les mouvements aggravent la douleur de la péritonite et de l'appendicite.

10- Facteurs de soulagement : émission de gaz, alimentation, vomissement, position.

11 -Signes associés : ont une très grande valeur d'orientation

Signes généraux (amaigrissement, anorexie...)

Signes digestifs : nausées, vomissements, troubles du transit (diarrhée, Constipation), hémorragie digestive

Signes gynécologiques : métrorragie, aménorrhée.

II-1-2 –À l'interrogatoire on doit préciser aussi

- Les circonstances révélatrices : notion de traumatisme par exemple.
- Antécédents : épisode identique, antécédents (médicaux, chirurgicaux et gynécologiques), prise médicamenteuse (AINS, Anticoagulants...).

II-2 Examen physique

• **II-2-1 Signes d'appréciation de l'état général :**

- Une pâleur extrême évoque une spoliation sanguine,
- Un ictère oriente vers une cause hépatobiliaire,
- Une agitation extrême évoque un obstacle urétéral ou biliaire,
- Une cyanose oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique,
- Une fièvre (au-delà de 38,5 °C) oriente vers un foyer suppuré,
- Un pouls petit et filant évoque un collapsus (cf choc).

II-2-2 EXAMEN DE L'ABDOMEN

❖ Technique

L'examen de l'abdomen s'effectue sur un patient calme, détendu, allongé sur le dos, tête à plat, jambes semi-fléchies, les mains le long du corps et si possible après miction. Les mains de l'examineur doivent être réchauffées, la palpation doit débiter par les zones les moins douloureuses.

❖ Principaux signes à rechercher

• A l'inspection

Une asymétrie de la respiration abdominale, une distension, une cicatrice, des ondulations péristaltiques.

• A la palpation

Le siège de la douleur provoquée

L'importance de la réaction pariétale. Il peut s'agir d'une défense (la paroi se raidit par contraction musculaire à la pression) ou d'une vraie contracture (rigidité invincible des muscles grands droits spontanée et généralisée) traduisant l'irritation permanente du péritoine.

• A la percussion

Météorisme ou tympanisme avec disparition de la matité pré hépatique

Epanchement liquide se traduisant par une matité déclive des flancs, la matité d'un globe vésical

• A l'auscultation

Un silence abdominal traduisant un iléus paralytique, ou au contraire une exagération des bruits hydro-aériques qui sont intenses traduisant une obstruction)

On recherche aussi un souffle vasculaire (masse compressive, sténose, anévrisme).

• Touchers pelviens

Au toucher rectal on recherche la présence des selles, une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas, une sténose ou une masse prolabée et apprécie aussi l'état de la prostate.

Au toucher vaginal on recherche une douleur à la mobilisation utérine ou une masse annexielle et apprécie le col, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

- **Palpation des orifices herniaires** doit être systématique en cas de douleur d'un syndrome occlusif (à la recherche d'une hernie étranglée)

III- ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES

On peut schématiquement décrire :

III-1- L'abdomen aigu infecté (ou fébrile) : associant : douleur, fièvre, signes péritonéaux à type de défense ou de contracture : plusieurs causes sont à évoquer en premier lieu selon le siège de la douleur

- HCD : Cholécystite, angiocholite (en cas d'ictère associé) ou abcès hépatique
- Epigastre : Pancréatite si irradiation postérieure = douleur transfixiante, UGD ou

gastrite (hémorragie digestive, prise de médicaments gastrotoxiques),

- FID : appendicite, FIG : sigmoïdite diverticulaire,
- Fosses lombaires : Pyélonéphrite aigue,
- Diffuses : Péritonite (ventre de bois).

III-2 L'abdomen aigue occlus : associant douleurs diffuses, signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal.

III-3 L'abdomen aigue hémorragique : Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée dont le diagnostic est alors facile ou d'une hémorragie interne qu'il faut évoquer devant une douleur associée aux signes plus au moins francs du choc hémorragique (pâleur, tachycardie, hypotension artérielle.....)

- Postraumatique= rupture d'un organe plein (Rate, foie, rein) ou lésion du mésentère
- Spontanée
 - Chez une jeune femme en activité génitale : rupture d'une grossesse extra utérine,
 - Chez un sujet âgé athéromateux : rupture d'un anévrisme aortique,
 - Tout âge : rupture d'une tumeur (Hépatique, stromale gastrointestinale).

III-4 L'abdomen aigue ischémique (Infractionsmésentérique)

Associant chez un sujet souvent âgé, aux antécédents cardiovasculaires une douleur abdominale aigue, une diarrhée et surtout une altération importante de l'état général contrastant avec un examen abdominal pauvre et moins alarmant.

LES PERITONITES AIGUES

Objectifs :

- Expliquer les principaux faits et conséquences physiopathologiques au cours d'une péritonite aigue
- Reconnaître au cours d'un abdomen aigu les signes cliniques et para cliniques d'une péritonite aigue
- Identifier devant une péritonite aigue les signes permettant d'orienter vers l'origine de la péritonite

I-DEFINITION- INTRODUCTION

- Le terme de péritonite aigue signifie:
 - ✓ Littéralement inflammation aiguë de la séreuse péritonéale
 - ✓ Dans le langage médical courant : épanchement péritonéal plus ou moins septique suivant l'étiologie
- C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique
- Elle peut mettre en jeu le pronostic vital

II- ETIOPATHOGENIE

Une péritonite aigue est en général la conséquence d'une inoculation chimique et/ou septique du péritoine à partir d'un viscère péritonéal : on parle de péritonite secondaire.

Cette contamination peut se faire par :

- ✓ Perforation d'un organe creux : la brèche est apparente, secondaire à une inflammation (exemple : ulcère gastroduodéal perforé) ou à un traumatisme
- ✓ Diffusion de l'infection à partir d'un foyer septique : ici la brèche est inapparente (exemple : appendicite)

Quand il n'y a ni brèche, ni foyer septique on parle de péritonite primitive

III-PHYSIOPATHOLOGIE

III-1- REACTIONS PERITONEALES ET RETENTISSEMENT LOCOREGIONAL

❖ Sécrétion d'un liquide sérofibrineux

Le péritoine se défend à l'inoculation de la cavité péritonéale par l'exsudation d'un liquide sérofibrineux. Des substances (cytokines, complément...) sont secrétés et vont initier une réaction immuno-inflammatoire avec libération de produits vaso-actifs. Ces derniers entraînent au niveau sous péritonéal une vasodilatation capillaire importante permettant la sécrétion d'un liquide abondant riche en immunoglobulines, opsonines, fibrinogène ; polynucléaires, macrophages et ayant un pouvoir bactéricide car tous ces facteurs contribuent à la lutte anti-infectieuse par :

- ✓ phagocytose,
- ✓ cloisonnement de l'infection grâce à la formation d'adhérences qui peuvent, au début, être responsables de l'exclusion de foyers infectés et formation d'abcès.

Ces abcès peuvent se rompre secondairement et entrainer une péritonite (péritonite en deux temps).

Ces réactions péritonéales sont loin d'être toujours suffisantes et bénéfiques avec :

- ❖ Résorption des germes et de leurs toxines avec risque septicémique;
- ❖ Fragilisation des tissus avec risque accru de désunion des sutures et de complications infectieuses pariétales (abcès, éviscérations) ;
- ❖ Irritation des terminaisons nerveuses sensibles du péritoine avec réponse réflexe :
 - ❑ Au niveau de la paroi abdominale (douleurs et contracture) ;
 - ❑ Au niveau de l'intestin (iléus paralytique avec constitution d'un troisième secteur liquidien).

La péritonite peut se définir par trois éléments anatomiques :

- Un **épanchement péritonéal**
- Des **altérations du péritoine**, épaissi, dépoli, recouvert de fausses membranes ;
- Des **adhérences**.

III-2- RETENTISSEMENT GENERAL

Les grandes fonctions de l'organisme seront altérées avec

- ❖ **Défaillance hémodynamique** : elle résulte de
 - ❑ L'hypovolémie (fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, troisième secteur de l'iléus paralytique)
 - ❑ Modification des résistances capillaires
 - ❑ Incompétence myocardique
- ❖ **Défaillance rénale** : due à la chute du flux sanguin rénal et à la diminution du débit de la filtration glomérulaire liée à l'hypovolémie et à l'action directe des toxines bactériennes
- ❖ **Défaillance respiratoire** *elle découle de la* :
 - ❑ Diminution de la fonction ventilatoire par mauvais jeu diaphragmatique à cause de la douleur, la distension et la contracture pariétale. Elle conduit à l'atélectasie des bases pulmonaires.
 - ❑ Formation d'épanchements pleuraux réactionnels à l'épanchement septique intra péritonéal sous jacent.
 - ❑ Diffusion de produits toxi-infectieux altérant la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire et entraînant un œdème pulmonaire aigu lésionnel voir un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

❖ Défaillance hépatique

- ❑ Avec hépatite aigüe infectieuse et diminution de la synthèse hépatique expliquant les troubles de la coagulation et l'ictère

IV-SEMILOGIE CLINIQUE : LE SYNDROME PERITONEAL

Indépendamment de son étiologie, la PAG se traduit par un syndrome péritonéal constitué de signes fonctionnels, généraux et physiques

IV-1 : SIGNES FONCTIONNELS

IV-1-1 : Douleur abdominale

- ❖ Brutale : le malade peut préciser l'horaire exact
- ❖ Très intense (violente) ; d'emblée maximale
- ❖ En coup de poignard
- ❖ Rapidement généralisée
- ❖ Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur étiologique

IV-1-2 Vomissements

- ❖ Sont inconstants, précoces, répétés, alimentaires, bilieux puis fécaloïdes
- ❖ parfois nausées

IV-1-3 Troubles du transit

- ❖ L'arrêt des matières et des gaz
- ❖ Parfois diarrhée

IV-2 : SIGNES GENERAUX

- ❖ L'état général est conservé au début mais
 - ❑ Sujet anxieux avec un faciès crispé (douleur, déshydratation et infection)
 - ❑ Pouls accéléré et tension artérielle normale
 - ❑ Fièvre précoce à 39°- 40° en cas de péritonite bactérienne et tardive si le liquide péritonéal est peu septique ;
 - Tardivement s'installe un choc toxi-infectieux avec AEG, fièvre et frissons, ou hypothermie hypotension voire collapsus, si des germes Gram négatif sont en cause.
 - Plus le temps passe plus le risque de toxi-infection augmente

IV-3 SIGNES PHYSIQUES

IV-3-1 : CONTRACTURE ABDOMINALE

C'est le maître symptôme qui permet d'affirmer le diagnostic de la péritonite.

❖ A l'inspection

L'abdomen ne respire pas, la paroi abdominale est rétractée et les muscles grands droits sont visibles sous la peau surtout quand le sujet est maigre « En bateau »

❖ A la palpation

La paroi abdominale est rigide : ne se laisse pas déprimer mais se contracte sous la main, C'est une rigidité pariétale

- ❑ permanente, invincible et douloureuse
- ❑ tonique
- ❑ généralisée, prédominant à l'endroit de la douleur initiale

IV-3-2 : Au toucher rectal

Le cul de sac de Douglas est douloureux, c'est une douleur vive (cri du Douglas) qui a la même valeur sémiologique que les signes pariétaux

NB : Parfois les signes abdominaux sont modérés (simple défense abdominale = contraction involontaire et réflexe des muscles de la paroi abdominale qui se laisse vaincre par la palpation douce et prolongée) ou absents alors que les signes généraux sont graves et la défaillance multiviscérale est plus marquée : il s'agit de **péritonites asthéniques**. Se voient surtout chez le sujet âgé, taré, dénutri et/ou immunodéprimé

V- SEMIOLOGIE PARACLINIQUE : EXAMENS COMPLEMENTAIRES

V-1- RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP) (face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques en expiration) peut montrer :

- ❖ La grisaille diffuse de l'épanchement intra péritonéal
- ❖ La distension gazeuse du grêle (aérogrêlie) et du colon (aérocolie) avec niveaux hydro-aériques de l'iléus reflexe
- ❖ Des signes d'orientation vers une étiologie
 - ❑ Pneumopéritoine : croissant gazeux clair interhépatodiaphragmatique et/ou sous phrénique gauche : Perforation d'un organe creux
 - ❑ Lithiase vésiculaire radio-opaque

V-2- AUTRES EXAMENS MORPHOLOGIQUES

Ils seront demandés en fonction de l'étiologie, il s'agit essentiellement de

- ❖ L'échographie
 - Confirme le diagnostic d'épanchement péritonéal
 - Oriente vers une étiologie : Signes de cholécystite aigue lithiasique (Péritonites biliaires), signes de pyosalpinx (Péritonites génitales)
 - ❖ La Tomodensitométrie : utile dans les cas douteux ou pour éliminer certains diagnostics différentiels (pancréatite aigue)
 - ❖ D'opacifications digestives aux hydrosolubles

V-3- EXAMENS BIOLOGIQUES

Les examens biologiques comportent : un hémogramme ; un ionogramme sanguin ; un bilan d'hémostase. Ils ont un intérêt pronostique et évolutif et guident la réanimation préopératoire.

VI- PRINCIPALES ETIOLOGIES

Des signes cliniques particuliers peuvent exister et orienter le diagnostic étiologique vers la cause de la péritonite notamment :

- ❖ Le siège initial de la douleur et ses irradiations
- ❖ Les antécédents du malade (UGD, LV ...)
- ❖ L'existence ou non du pneumopéritoine à l'ASP

Il peut s'agir de péritonite secondaire à une :

- Perforation d'un organe creux : postraumatique (traumatismes de l'abdomen, iatrogène « explorations endoscopiques ») ou spontanée (perforation d'ulcère bulbaire, perforation colique)
- Appendicite, cholécystite, salpingite par diffusion par contiguïté de l'infection à la cavité péritonéale ou par perforation secondaire d'un abcès.

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

OBJECTIFS

- Illustrer par des exemples les différents mécanismes d'une occlusion intestinale aiguë,
- Expliquer de manière schématique les principaux faits physiopathologiques et leurs conséquences au cours d'une occlusion,
- Diagnostiquer une occlusion intestinale sur l'anamnèse, les signes de l'examen physique et les données de l'ASP,
- Identifier au cours d'une OIA les signes permettant d'évoquer son mécanisme,
- Distinguer cliniquement et par l'ASP une occlusion grêlique d'une occlusion colique.

I- DEFINITION

- L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est une interruption du transit intestinal qui traduit l'arrêt complet et persistant des matières et des gaz dans un segment intestinal.
- C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique qui peut mettre en jeu le pronostic vital

II- PHYSIOPATHOLOGIE : TDD: OIA grêle obstruction

L'existence d'un obstacle au transit entraîne :

- En aval : Arrêt des matières et des gaz
- En amont : une distension intestinale due à
 - Une accumulation de gaz : source principale de la distension (météorisme)
 - Une accumulation de liquides :(5 à 10 litres traversent quotidiennement l'intestin)
 - Cette distension entraîne elle même une exagération de la sécrétion dans l'intestin et une exsudation des protéines, cela va entraîner une augmentation de l'osmolarité à l'intérieure et un appel d'eau dans l'intestin
- Un reflux rétrograde du contenu intestinal et vomissements consommant ainsi le liquide séquestré dans l'intestin occlus
- Une exagération du péristaltisme intestinal ce qui va entraîner une augmentation de la pression endoluminale provoquant une stase lymphatique, veineuse voir une hypoxie locale responsable des troubles trophiques de l'intestin et de troubles de la perméabilité capillaire

Conséquences

- Trouble hydroélectrolytiques,
- Hypovolémie avec acidose métabolique,
- Troubles circulatoires avec diminution du débit cardiaque et une vasoconstriction,
- Insuffisance rénale fonctionnelle,
- Troubles respiratoires par hyperpression abdominale et acidose,
- La translocation bactérienne avec passage des germes dans la cavité péritonéale (Péritonite) et dans la circulation (choc septique).

Ce schéma doit être nuancé selon le siège et le mécanisme de l'occlusion

- Occlusion haute : la distension est moindre, alcalose
- Strangulation : la nécrose et la péritonite dominent la distension

III- MECANISMES DE L'OCCLUSION

III-1-OCCLUSIONS MECANIQUES

III-1-1 Obstruction : Rétrécissement de la lumière intestinale due à plusieurs causes :

- Endoluminales : calcul d'origine biliaire, corps étranger,
- Pariétales : épaissement de la paroi par : tumeur, sténose inflammatoire,
- Exoluminales : compression extrinsèque, bride, carcinose.

III-1-2 Strangulation : plusieurs types

- Volvulus : torsion,
- Etranglement : incarceration : dans une hernie, ou dans une brèche créée par une bride postopératoire ou défaut de péritonisation,
- Invagination : intussusception.

Ici la vascularisation de l'anse est entravée avec risque de nécrose d'où l'urgence du diagnostic et du traitement

III-2-OCCLUSIONS FONCTIONNELLES: faillite du péristaltisme :

III-2-1 Iléus réflexe : (postopératoire, de la colique néphrétique)

III-2-2 Agression du péritoine : agression septique (péritonite, appendicite ...) ; mais aussi agression chimique ou de nature hypoxique

III-2-3 Métabolique (hypokaliémie)

IV- SEMIOLOGIE CLINIQUE : LE SYNDROME OCCLUSIF

IV-1 SIGNES FONCTIONNELS

IV-1-1 Douleur abdominale

- Souvent intense soit d'emblée soit secondairement
- Installation rapide ou progressive sur plusieurs heures
- Evolution continue ou paroxystique

IV-1-2 Vomissements

- Souvent répétés et bilieux
- Rarement alimentaires, Parfois fécaloïdes

IV-1-3 Arrêt des matières et des gaz Maître symptôme il est nécessaire est suffisant pour retenir le diagnostic d'occlusion

IV-2 SIGNES GENERAUX

- Sont normaux au début, tout au plus il peut exister en cas de douleur intense une pâleur, une agitation et une accélération du pouls
- A un stade plus tardif l'état général s'altère avec soif, pli cutané, sécheresse des muqueuses, pouls rapide, TA effondrée, oligurie ou anurie, confusion mentale ou torpeur

IV-3 SIGNES PHYSIQUES A l'examen de l'abdomen on peut retrouver à

IV-3-1 L'inspection

- **Météorisme abdominal**
 - Distension de l'abdomen (ballonnement)
 - Diffus, symétrique ou asymétrique
 - Parfois localisé ce qui est évocateur
 - Peut faire défaut en cas d'occlusion très haute (à ventre plat)
- **Ondulations péristaltiques**
 - Visibles sous la peau,
 - Survenant souvent au moment des paroxysmes de douleurs
 - Rares mais évocatrices des occlusions par obstruction
- **Respiration abdominale** : normale en général
- **Une cicatrice abdominale**

IV-3-2 La palpation

- Douleur provoquée au même endroit que la douleur spontanée
- Pas de contracture

IV-3-3 La percussion

- Tympanisme : sonorité plus longue, plus intense que normalement

IV-3-4 L'auscultation

- Bruits intestinaux qui peuvent être plus nombreux, plus rapprochés, plus localisés
- A l'opposé parfois ces bruits s'espacent jusqu'à disparition
- Mais le silence abdominal n'élimine pas une occlusion

IV-3-5 Touchers pelviens

- En principe indolores
- L'ampoule rectale est vide surtout dans l'occlusion colique

IV-3-5. Examen systématique des orifices herniaires

V- SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

V-1-RADIOGRAPHIES DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP) (face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques) peuvent montrer

- **Niveaux hydro-aériques (NHA)**: Ce sont des images caractéristiques qui permettent d'affirmer le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë : ce sont des niveaux liquides horizontaux surmontés d'une distension gazeuse
- Absence de pneumopéritoine

V-2- TOMODENSITOMETRIE

- Met en évidence les niveaux hydroaériques
- Apprécie la gravité : Paroi intestinale épaissie et/ou contenant de l'air
Existence de l'air ou de liquide dans la cavité péritonéale

V-3 ECHOGRAPHIE : Utile pour le diagnostic de l'invagination chez l'enfant et en cas d'iléus Biliaire

V-4 OPACIFICATIONS DIGESTIVES AUX HYDROSOLUBLES Utiles pour situer surtout le niveau de l'obstacle

NB : Une authentique OIA doit être distinguée de certaines affections médicales (colique néphrétique, colique hépatique, diarrhée,...) et chirurgicales d'allure occlusive

VI- CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES PERMETTANT D'IDENTIFIER LE MECANISME

VI- 1 OCCLUSION FONCTIONNELLE OU ILEUS PARALYTIQUE

- Sujet souvent âgé
- Début en règle progressif
- Météorisme diffus, immobile et silencieux
- ASP distension intestinale globale portant sur le grêle et le colon mais avec peu de NHA

VI-2 OCCLUSIONS ORGANIQUES

	Strangulation	Obstruction
Signes fonctionnels: Début Douleur Vomissements	Brutal+++ Violente et permanente Précoces +++	Progressif +++ Paroxystiques Tardifs +++
Signes généraux	AEG rapide, fièvre possible	EG longtemps conservé
Signes physiques : Météorisme Ondulations péristaltiques Auscultation	localisé et symétrique Absentes Silence abdominal	Important et diffus Présentes Auscultation bruyante
Signes radiologiques	○ Image en arceau au début avec 2 niveaux au pied de l'anse ++ ○ Puis NHA plus nombreux en amont ○ TDM paroi épaissie, prenant le contraste en cible ○ Ascite localisée, et infiltration du mésentère	NHA multiples et diffus

VII- CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES PERMETTANT DE DISTINGUER LESIEGED'UNE OIA (Tableau comparatif)

	OCCLUSION DU GRELE	OCCLUSION DU COLON
Signes fonctionnels : Douleur Vomissements AMG	Violente Précoces Tardif et incomplet	Peu marquée Tardifs Absolu et précoce
Signes généraux	AEG précoce	Signes généraux peu marqués
Signes physiques Météorisme	Discret, central et péri-ombilical	Important en cadre ou diffus
Signes radiologiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ NHA multiples, centraux, Fins, plus large que hauts Portant les empreintes des valvules Conniventes ○ Absence de gaz dans le colon 	<ul style="list-style-type: none"> ○ NHA peu nombreux, périphériques volumineux, plus haut que larges portant les empreintes des haustrations coliques ○ Présence de gaz dans le colon

VIII - PRINCIPALES ETIOLOGIES

VIII-1 : OCCLUSIONS NEOPLASIQUES : Cancer colorectal, tumeur grêlique.

VIII-2 : OCCLUSIONS NON NEOPLASIQUES: Volvulus du sigmoïde, étranglement herniaire, occlusion postopératoire, MICI.

LES HÉMORRAGIES INTERNES

OBJECTIFS DU COURS :

- Reconnaître cliniquement une hémorragie interne,
- Evaluer par la clinique et les examens para clinique la gravité d'une hémorragie interne,
- Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémopéritoine,
- Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémothorax,
- Enumérer les étiologies des hémorragies internes.

I- DEFINITION

L'hémorragie interne est tout saignement non extériorisé susceptible d'entraîner des signes plus ou moins franc du choc hémorragique. Il se produit généralement dans une cavité close, organe creux (Hémopéritoine, Hémothorax, Hématome rétro péritonéal, Hémorragie digestive non encore extériorisée).

C'est l'une des urgences les plus redoutée car le pronostic vital est mis en jeu : l'hémorragie va entraîner un arrêt circulatoire d'autant plus précoce que l'hémorragie est importante.

II- SIGNES CLINIQUES (EXAMEN CLINIQUE)

II-1 INTERROGATOIRE : caractéristiques dlr+

II-1-1 : Douleur + tendance syncopale, syncope vraie, ou une lipothymie, soif intense : bon signe d'hémorragie,

II-1-2 : Circonstances révélatrices La possibilité d'une hémorragie interne doit toujours é

évoquée de principe :

- ✓ Chez un malade victime d'un traumatisme,
- ✓ Chez une femme en activité génitale surtout en cas de retard des règles,
- ✓ Chez un malade ulcéreux, cirrhotique ou sous anticoagulants ou AINS,
- ✓ En postpartum et en postopératoire.

II-2 EXAMEN PHYSIQUE

II-2-1 : EG Signes généraux

- pâleur cutanée
- agitation, angoisse, obnubilation,
- hypothermie.

II-3 Signes d'examen physique

❖ Signes cutanés

- pâleur cutanée et muqueuse (conjonctives)
- augmentation du temps de recoloration capillaire,
- marbrures cutanées qui commencent au niveau des genoux et peuvent se généraliser,
- sueurs froides.

❖ **Signes cardio-vasculaires**

- ❑ pouls rapide et filant : 120 à 140 battements /mn, quelquefois perçu uniquement au niveau fémoral ou carotidien,
- ❑ l'apparition d'une bradycardie en dehors de tout remplissage vasculaire ou drogues est un signe de mauvais pronostic,
- ❑ la TA peut être normale, basse ou simplement pincée au dépens de la systolique,
- ❑ les veines sont plates,
- ❑ la pression veineuse centrale (PVC) est effondrée.

❖ **Signes respiratoires**

- ❑ polypnée superficielle,
- ❑ cyanose des lèvres et des extrémités.

❖ **Signes urinaires**

- ❑ oligurie : diurèse est inférieure à 0,35ml/kg/h,
- ❑ anurie : diurèse nulle.

❖ **Signes neurosensoriels**

- ❑ agitation, vertiges, angoisse.
- ❑ Troubles conscience : Obnubilation voir coma

III- SIGNES BIOLOGIQUES

- ✓ le taux d'hématocrite et d'hémoglobine peut être normal avant la compensation de l'hypovolémie,
- ✓ La baisse du taux sanguin d'hémoglobine (Hb) n'est d'emblée observée que dans les chocs hémorragiques sévères. Elle est de mauvais pronostic et proportionnelle à l'hypovolémie,
- ✓ Existence de désordres biologiques témoignant de la souffrance cellulaire : Acidose métabolique, troubles de la crase sanguine, hyperkaliémie, Hypercréatinémie.

IV- SIGNES DE GRAVITE

- ✓ Bradycardie paradoxale, Hypotension prolongée (> 30mn), Acidose lactique,
- ✓ Défaillance multiviscérale (état de coma, ischémie myocardique, détresse respiratoire aigue, insuffisance rénale aigue, insuffisance hépatique « hypoalbuminémie, hyperbilirubinémie »).

V- PARTICULARITES SEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES DES PRINCIPAUX TYPES D'HEMORRAGIE INTERNE

V-1- HEMOPERITOINE

V-1-1 Sémiologie clinique

- ❖ Signes du choc hémorragique associé
- ❖ aux signes abdominaux
 - ❑ Douleur abdominale aigue,
 - ❑ Abdomen distendu (pas de contracture),
 - ❑ Matité déclive, mobile avec conservation de la matité hépatique,
 - ❑ Silence abdominal à l'auscultation,
 - ❑ Touchers pelviens : cul de sac douglas est plein et douloureux.

Le contraste entre l'intensité de la douleur au TR et l'absence de la contracture est caractéristique de l'hémopéritoine.

V-1-2 Sémiologie paraclinique

- ❖ ASP : grisaille diffuse, Pas de pneumopéritoine
- ❖ Echographie: zone transsonique **hyperéchogène** témoignant de l'épanchement péritonéal sanguin dans une loge (Morrison, Douglas),
- ❖ Ponction lavage péritonéale (PLP) est positive.

V-1-3 Principales causes

- ❖ Hémopéritoine post traumatique (voir traumatismes de l'abdomen),
- ❖ Hémopéritoine spontané.

❑ Causes gynécologiques

- Grossesse extra utérine : La rupture d'une GEU est la principale cause de ce type d'hémorragie, elle doit être évoquée et recherchée chez toute femme en activité génitale présentant une anémie aiguë. La notion de retard des règles est un élément de forte présomption qui doit imposer l'échographie abdominale. La cœlioscopie est un acte diagnostique et thérapeutique

- Hématome rétro-placentaire de grande taille

- Rupture utérine : la palpation utérine est irrégulière : sensation du fœtus sous la peau

❑ Causes non gynécologiques

- Rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) entraîne brutalement une hémorragie abondante et arrêt circulatoire

- Rupture d'une tumeur : tumeur hépatique, tumeur stromale gastrointestinale

V-2- HEMOTHORAX

V-1-1 Sémiologie clinique

- ❖ Signes du choc hémorragique associé aux
- ❖ Signes respiratoires :
 - ❑ Détresse respiratoire,
 - ❑ Asymétrie ventilatoire,
 - ❑ Matité d'un hémithorax, diminution ou disparition du murmure vésiculaire abolition de la transmission des vibrations vocales,
 - ❑ Rechercher les signes de compression: déviation des bruits du cœur.

V-1-2 Sémiologie radiologique

- ❖ Radiographie du thorax : Syndrome d'épanchement liquidien si malade debout
Grisaille diffuse si malade couché, Elargissement du médiastin supérieur

V-1-3 Principales causes

- ❖ Rupture de l'isthme aortique : survient lors des décélérations brutales (AVP, Chute d'une grande hauteur). L'hémithorax est brutal et massif entraînant le décès sur le lieu de l'accident,
- ❖ Plaie des vaisseaux pariétaux,
- ❖ Lacération pulmonaire.

LES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN

Objectifs

- Définir les principaux termes employés en traumatologie abdominale,
- Relever les signes cliniques évoquant un traumatisme de l'abdomen,
- Relever les signes d'alarme traumatique imposant l'hospitalisation,
- Evaluer immédiatement par la clinique l'état d'un blessé pour reconnaître une urgence vitale,
- Evaluer secondairement par la clinique l'état d'un traumatisé de l'abdomen,
- Décrire les principaux tableaux cliniques.

I- DEFINITIONS

- **Traumatisme abdominal** : tout traumatisme qui intéresse la région comprise entre le diaphragme en haut et le plancher pelvien en bas quelque soit le point d'impact
- **Contusion de l'abdomen** : traumatisme fermé : absence de solution de continuité cutanée
- **Plaie de l'abdomen** : comporte une solution de continuité cutanée
 - Plaie non pénétrante : sans effraction du péritoine
 - Plaie pénétrante : avec effraction péritonéale

II- MECANISMES

- **Choc direct** : Traumatisme appuyé ou non, écrasement : entraîne au niveau des organes pleins lacérations ou hématomes et au niveau des organes creux des éclatements
- **Choc indirect (décélération)** : arrachement des viscères et leur méso
- **Plaie**

III- CONSEQUENCES

- **Lésions pariétales** : hématomes, ecchymoses ...
- **Lésions viscérales** :
 - Organes pleins : hémorragie par fracture parenchymateuse, ou Hématome.
 - Organes creux : Perforation, éclatement : péritonite, abcès, hémorragie.

IV- ETUDE CLINIQUE

IV-1 : EVALUATION INITIALE

A l'admission du blessé à l'hôpital et tout en le mettant en condition, un interrogatoire et un examen physique rapide permettent de

IV-1-1 Vérifier les grandes fonctions vitales

- Liberté des voies aérienne: corps étranger, œdème
- Respiration

- Circulation
- Etat neurologique
- Exposition : déshabiller le patient pour l'examiner

IV-1-2 Relever les critères d'alarme traumatique : obligent à hospitaliser le blessé

- Patient nécessitant une désincarcération
- Chute d'une hauteur de plus de 6 mètres
- Ejection d'un véhicule automobile
- Choc piéton véhicule à plus de 35 km/ heure
- Plaie pénétrant la tête, le cou, le thorax ou l'abdomen
- TA inférieure à 90 mm hg
- Fréquence respiratoire inférieure à 10 ou supérieure à 30 cycles/mn
- Score de Glasgow < 12
- Déficit neurologique ou paralysie
- Brûlures > à 15% de la surface corporelle

IV-1-3 Relever les éléments orientant vers une lésion abdominale

- La constatation d'ecchymoses, d'hématomes, d'érosions, ou de plaies.
- Instabilité hémodynamique
- Traumatisme bipolaire : lésions de deux parties de part et d'autre de l'abdomen

IV-1-4 Relever les éléments indiquant une intervention chirurgicale en urgence

- Etat de choc hémorragique intense témoignant d'une hémorragie massive persistante malgré un remplissage vasculaire important.
- Traumatisme ouvert avec issue de viscères, et /ou de liquide digestif, de bile, d'urines etc...
- L'agent vulnérant (exemple le couteau) est encore en place. Son ablation risque de déclencher une hémorragie foudroyante

IV-2 : EVALUATION SECONDAIRE

Elle n'est réalisée qu'en dehors d'une urgence extrême.

IV-2-1 EXAMEN CLINIQUE COMPLET

Il comporte non seulement l'examen de l'abdomen mais aussi de tous les autres appareils avec surveillance et monitoring des fonctions vitales

- ❖ **Intérêt** : un double intérêt : définir le degré d'urgence et servir de référence pour les examens et la surveillance ultérieurs

❖ Technique

Interrogatoire complète au besoin l'interrogatoire fait à l'accueil : antécédents, dernier repas, dernière miction

Examen physique doit être considéré avec le plus grand soin chez un malade dévêtu, dans un environnement réchauffé. Il ne doit jamais se limiter à la région qui semble la plus touchée

- A l'inspection on recherche
 - ✓ des points d'impact : Ecchymose, hématome, plaie, ou traces de la ceinture de sécurité (Ces traces évoquent la possibilité de lésions par décélération).
 - ✓ En cas de plaie, il faut préciser la porte d'entrée, la porte de sortie, le trajet de l'agent vulnérant et en déduire les organes potentiellement lésés, le degré de souillure de la plaie et enfin l'issue d'un viscère ou d'un liquide biologique
- La palpation faite mains réchauffées, en commençant par les zones les moins sensibles recherche
 - ✓ Une douleur provoquée
 - ✓ Une défense ou une contracture abdominale
 - ✓ Une atteinte des dernières côtes
- La percussion recherche
 - ✓ Une matité déclive
 - ✓ Une sonorité anormale pré hépatique en faveur d'un pneumopéritoine et la perforation d'un organe creux
- L'auscultation peut mettre en évidence une diminution des bruits hydroaériques en rapport avec l'iléus reflex
- Les touchers pelviens (rectal et vaginal) recherchent
 - ✓ Un bombement et /ou une douleur de cul de sac de douglas
 - ✓ Une déchirure vaginale ou rectale
- L'examen des urines à la recherche d'une hématurie
- Un examen général : l'examen abdominal est complété par un examen général en particulier du thorax, de la tête et du cou, et des membres
- Le pouls, la TA, voire la Pression veineuse centrale, l'état de conscience et l'état respiratoire seront continuellement surveillés

IV-2-2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES DE PREMIERE INTENTION

- ❖ L'échographie au lit du malade : De part son innocuité et sa disponibilité, elle s'impose comme l'examen de choix. Elle permet l'inventaire de l'ensemble de la cavité abdominale
 - Affirme l'existence d'un épanchement péritonéal
 - Objective un hématome pariétal ou viscéral
 - Evite une laparotomie purement exploratrice
- ❖ Un prélèvement sanguin pour : NFS et groupage sanguin, Taux de prothrombines, transaminases, lipasémie
- ❖ Radiographies de l'abdomen sans préparation à la recherche
 - D'un pneumopéritoine
 - De niveaux hydro-aériques
- ❖ la RX du thorax à la recherche
 - De fractures de côtes,
 - D'un épanchement pleural
 - D'un pneumomédiastin
 - D'une clarté gazeuse en rapport avec une rupture diaphragmatique

IV-2-3 : AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- TDM : Une fois le malade est stabilisé il peut bénéficier d'une TDM abdominale, ou corseptier en un temps rapide avec un bilan complet et précis des lésions.
- Ponction lavage péritonéale (PLP)
 - N'est réalisée qu'en absence d'échographie et du scanner.
 - Elle consiste à réaliser sous anesthésie locale une incision sous-ombilicale, injecter 500 à 1000 ml de sérum physiologique tiède à travers un cathéter introduit au préalable dans la cavité péritonéale et recueillir par siphonage ce sérum
 - Les critères de positivité de la PLP sont :
 - Dès l'introduction du trocart dans le péritoine il y'a issu du sang ou de liquide digestif
 - compte des globules rouges $> \text{à } 100.000/\text{mm}^3$ (hémopéritoine)
 - compte des globules blancs $> \text{à } 500/\text{mm}^3$ (péritonite)
 - Dosage d'amylase dans le liquide

V- PRINCIPAUX TABLEAUX CLINIQUES

Au cours d'un traumatisme de l'abdomen on peut schématiquement se trouver devant les éventualités suivantes

V-1- TABLEAU EVIDENT DE PERFORATION D'UN ORGANE CREUX

Tableau de péritonite aigue avec à la percussion disparition de la matité préhépatique (remplacée par une sonorité) traduisant le pneumopéritoine mis en évidence à l'ASP ou au scanner.

V-2- TABLEAU D'HEMOPERITOINE (voir hémorragie interne)

V-3- IL EXISTE UNE ANOMALIE CLINIQUE SANS DIAGNOSTIC EVIDENT

- ✓ l'abdomen devient ou reste sensible, météorisé
- ✓ le pouls reste rapide malgré les perfusions reçues
- ✓ le malade reste pale malgré qu'il soit réchauffé, perfusé

L'état du patient laisse penser qu'il existe un épanchement péritonéal mais les signes cliniques et ceux des radiographies n'apportent pas de certitude. D'autres examens peuvent être alors demandés

V-4- EXAMEN INITIAL EST NORMAL

- ✓ Hospitaliser le blessé si critère d'alarme traumatique
- ✓ Le surveiller attentivement et régulièrement
- ✓ Etablir une courbe de pouls et la TA
- ✓ Evaluer l'état de conscience
- ✓ Compter la diurèse
- ✓ Répéter l'examen clinique de façon pluriquotidienne et préférence par le même examinateur

Cette surveillance peut dépister une anomalie secondaire réclamant un bilan complémentaire sinon le patient sera autorisé à quitter l'hôpital.

MASSES PALPABLES DE L'ABDOMEN

Prérequis :

- Limites anatomiques de la cavité abdominale et abdomino pelvienne,
- Anatomie topographique de l'abdomen : 9 quadrants.

Objectifs :

- Décrire les signes d'appel d'une masse abdominale,
- Décrire la technique de l'examen clinique et les éléments à préciser devant une masse abdominale,
- Identifier les caractéristiques cliniques des masses palpables de l'abdomen selon leur origine.

I-DEFINITION

- Une masse palpable de l'abdomen est tout processus occupant anormal de la cavité abdominale, décelé par la palpation de l'abdomen.
- Une masse est dite abdominale quand elle est décelée par le palper abdominal seul.

Elle est dite abdominopelvienne quand elle est décelée conjointement par le palper abdominal et les toucher pelviens.

II-EXAMEN CLINIQUE

II-1 INTERROGATOIRE : on doit préciser

I-1-1- Date et circonstances de découverte de la masse : quand c'est le malade qui a constaté l'apparition d'une masse abdominale et le motive à consulter, on doit préciser si la masse est découverte dans un

- Contexte non urgent ? : symptomatique ou non,
- Contexte d'urgence viscérale? : à l'occasion d'une complication,
- Contexte de traumatisme abdominal?

I-1-2 les symptômes d'appel et signes associés

- Les symptômes d'appel non spécifiques
 - La douleur abdominale dont il faut décrire tous les critères sémiologiques (voir diagnostic d'une douleur abdominale).
Une douleur abdominale récidivante de siège fixe doit évoquer une lésion organique ; parfois c'est l'irradiation de la douleur qui attire l'attention.
 - La fièvre : de signification variable : une fièvre récente évoque une infection aigue, une fièvre au long cours évoque une tumeur solide : Foie, colon, rein.
 - Signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement.

- les signes d'appel spécifiques et directement liés à la masse attirent l'attention vers l'appareil concerné.
 - Signes digestifs :
 - Nausées et vomissements :
 - Troubles du transit: Diarrhée, constipation ou alternance de diarrhée et constipation.
 - Hémorragies digestives : Hématémèse, mélaena, rectorragie, anémie.
 - Signes hépatobiliaires
 - Ictère, prurit, coloration anormale des urines et des selles.
 - Signes urinaires : Hématurie, Pyurie, Emission de calculs.
 - Signes gynécologiques : Aménorrhée ; ménorragie métrorragie.
 - Signes endocriniens : on recherche une tumeur sécrétante et fonctionnelle.
(Voir sémiologie des tumeurs)

I-1-3- Données concernant le malade : Identité du malade (âge ; sexe ; origine géographique ; profession) ; Antécédents et date des dernières règles pour les femmes non encore ménopausées; notion de voyage récent,

II-2 EXAMEN PHYSIQUE : Après avoir réaliser d'abord un examen générale (Faciès, T°, Pouls, TA, Poids et taille, états respiratoire et neurologique) , l'examen physique se continue par l'examen de l'abdomen :

➤ **POSITION**

- L'examen de l'abdomen est réalisé en décubitus dorsal (position standard), les jambes fléchies et les bras le long du corps, vessie et rectum vides. Le médecin à droite du malade, ses mains réchauffées sont à plat sur le ventre du malade. La palpation se fait quadrant par quadrant en commençant par les régions les moins ou les non douloureuses.
- L'examen peut s'effectuer aussi en décubitus latéral (rate), en Position de Trendelenburg (tumeurs pelviennes) voir en position proclive.

➤ **ERREURES PAR EXCES A EVITER :**

- Ne pas prendre pour tumeur pelvienne un globe vésical d'ou la nécessité d'un examen sur vessie vide,
- Ne pas méconnaître une grossesse,
- Ne pas prendre pour tumeur un fécalome : masse pâteuse qui change de position et disparaît après lavement.

➤ **INSPECTION :**

- Observer la couleur des téguments à la recherche d'un ictère, de signes inflammatoires, de lésions de grattage,
- Rechercher une cicatrice opératoire, une Circulation veineuse collatérale abdominale, une augmentation du volume, une voussure ou une asymétrie de l'abdomen.

➤ **PALPATION** précise les caractéristiques sémiologiques de la masse

- Le siège par rapport à un quadrant abdominal : oriente vers l'origine de la masse
- le nombre : unique ou multiple,
- La forme : arrondie, oblongue, multilobée,
- La taille appréciée en cm, par rapport aux repères fixes ou par la mesure du périmètre abdominal,
- La consistance : molle, rénitente, dure ou pierreuse,
- La netteté des contours : limites bien nettes régulières ou masse irrégulière mal limitée,
- La sensibilité : douloureuse ou non,
- La mobilité : Transversale, Verticale, Par rapport au plan superficiel et profond lors des mouvements respiratoires,
- La fluctuation,
- la pulsatilité,
- L'expansibilité.

➤ **AUSCULTATION** à la recherche d'un Souffle, d'un silence et de bruits hydro-aériques.

➤ **PERCUSSION**

- Se fait en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit et gauche, main gauche à plat sur le ventre, la pulpe du médius droit en crochet percute la face dorsale du médius gauche,
- Résultats : 1- Appréciation de la sonorité et matité

Normalement on a au niveau de :

- L'HCD et de l'HCG → une Matité (le foie et la rate)
- L'épigastre → une Sonorité
- La FID, la FIG et les Flancs → une Sonorité (les intestins)
- L'Hypogastre (pelvis) → une Matité (globe vésical)

Une matité déclive (FID, FIG, Flancs) signe un épanchement liquidien
2- La mesure de la flèche hépatique

➤ **TOUCHERS PELVIENS**

- Toucher rectal (TR) : Recherchera
 - ✓ Un comblement du cul de sac de Douglas, des granulations péritonéales.
 - ✓ Une masse luminale ou extraluminale antérieure ou latérale.
- Toucher vaginal (TV) (combiné à la palpation abdominale)
 - ✓ Masse médiane, col mobile → masse utérine.
 - ✓ Masse latéro-utérine col non mobile → masse annexielle.

➤ **RESTE DE L'EXAMEN PHYSIQUE** doit être complet

NB : Un examen clinique bien conduit respectant toutes les étapes oriente vers le choix des meilleurs examens complémentaires biologiques ou morphologiques (imagerie, endoscopie ou autres) à réaliser.

III-ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES ET CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES

III-1- MASSES PARIETALES:

La traction sur la masse tend les muscles pariétaux.

La contraction des muscles de la paroi abdominale immobilise la masse qui reste palpable.

Le caractère réductible et la réapparition à l'effort sont en faveur de la nature herniaire.

L'échographie ou la TDM sont parfois nécessaires pour situer le siège sous cutané ou retro musculaire de la masse.

III-2 MASSES PERITONEALES

Masse superficielle mais sous péritonéale comme en témoigne sa disparition après contraction abdominale.

III-3 MASSE HEPATIQUE

Masse de l'HCD, épigastrique et ou de l'HCG, mobile à la respiratoire.

Signes associés : Douleurs de type coliques hépatiques, l'ictère.

III-4 MASSES VESICULAIRES

Normalement la vésicule biliaire n'est pas palpable

Une grosse vésicule : est une masse rénitente, piriforme, sous le rebord costal droit, mobile à la respiration et bien limitée

III-5 MASSE SPLENIQUE

Normalement la rate n'est pas palpable et toute masse splénique se traduit par une grosse rate (Splénomégalie).

La Splénomégalie est une masse de l'HCG, superficielle, bien limitée, mobile à la respiration et à bord antérieur crénelé.

III-6 MASSE D'ORIGINE PANCREATIQUE

Masse épigastrique ou de l'hypochondre gauche, fixe, profonde.

Signes associés : Douleur de type pancréatique, ictère, AEG.

Si la tumeur change de volume d'un examen à l'autre ou disparaît totalement (tumeur fantôme) il peut s'agir d'un faux kyste du pancréas.

III-7 MASSE D'ORIGINE COLIQUE

Masse arrondie ou oblongue, à grand axe parallèle au segment intestinal en cause. Ses limites sont plus ou moins nettes en dehors et en bas mais floues en dedans.

Signes associés : Saignement digestif : méléna, rectorragie, anémie, troubles du transit.

III-8 MASSE D'ORIGINE RENALE

Un gros rein est une masse donnant le contact lombaire et /ou le ballottement rénal.

Signes associés : colique néphrétique, hématurie, pyurie.

NB : un rein peut être ptosique et donc palpable.

III-9 MASSE MESENTERIQUE

C'est une masse très mobile verticalement et transversalement.

III-10 Anévrysme de l'aorte

C'est une masse battante, expansive et soufflante.

Terrain vasculaire.

SEMILOGIE GENERALE DES TUMEURS

Objectifs :

- Définir les termes : tumeur, tumeur bénigne, tumeur maligne, pseudotumeur,
- Emmètre l'hypothèse d'une tumeur devant un syndrome d'altération de l'état général,
- Illustrer par des exemples le diagnostic d'une tumeur par un syndrome endocrinien,
- Expliquer par des exemples ce que c'est un syndrome tumoral,
- Définir le syndrome para néoplasique.

I- DEFINITIONS

I-1- TUMEUR

- ✓ **Histologique** : prolifération cellulaire localisée avec perturbation plus ou moins profonde de la division cellulaire échappant aux mécanismes de régulation de l'organisme aboutissant à un néo tissu anormal
- ✓ **Clinique** : apparition et développement en un ou plusieurs points de l'organisme d'une masse tissulaire ou d'une tuméfaction apparemment néoformée anormale par son volume et sa localisation
- ✓ **Dynamique** : Processus expansif à croissance plus ou moins rapide et théoriquement non contrôlée

I-2 PSEUDO TUMEUR

L'aspect macroscopique et le profil clinique ressemblent aux tumeurs vraies mais sans division cellulaire non contrôlée. L'origine peut être inflammatoire hyperplasique ou dystrophie.

I-3 CANCER : Tumeur maligne caractérisée par :

- Envahissement et extension au niveau de l'organe : Extension locale,
- Envahissement des structures et organes de voisinage: Extension régionale,
- Diffusion par voie lymphatique,
- Métastases à distance du site primitif : foie, poumon, os.

II- CRITERES DISTINCTIFS ENTRE TUMEUR MALIGNE ET TUMEUR BENIGNE (Tableau comparatif)

CRITERES	T BENIGNES	T MALIGNES
MACROSCOPIE Limites Organes Voisins	Bien limitée Parfois encapsulée Refoulés et comprimés	Mal limitée Envahis Détruits et infiltrés
MICROSCOPIE Cellule Noyau Mitoses anormales Architecture Stroma	Bien différenciée Régulier Non Organoïde Adapté	Bien, peu ou non différenciée Gros et irrégulier Oui Anarchique Inadapté
EVOLUTION Locale Métastases Décès	Lente Non Rarissime	Rapide Oui Fréquent

III- SEMIOLOGIE CLINIQUE DES TUMEURS

Quelque soit le siège d'une tumeur elle peut se révéler par un ou plusieurs signes s'intégrant dans un syndrome plus ou moins complet : syndrome tumoral, syndrome endocrinien, syndrome paranéoplasique, ou un syndrome général.

III-1- LE SYNDROME TUMORAL

Ensemble de manifestations cliniques liées au développement de la tumeur dans un espace ou région anatomique donnée. En plus des signes en rapport avec le volume tumoral, la tumeur peut engendrer des complications qui peuvent être au premier plan des manifestations.

✓ **MASSE TUMORALE**

- Elle peut varier de quelques mm (polype) à plusieurs cm, peut être visible et palpable (voir masses palpables de l'abdomen) ou au contraire explorable que par les investigations morphologiques.
- Les métastases : A distance du site primitif, elles peuvent être viscérales et /ou ganglionnaires, uniques ou multiples.

✓ **COMPLICATIONS**

- **Signes de compression ou d'obstruction**

- Œsophage : dysphagie- aphagie.
- Estomac : vomissements.
- Intestin : subocclusion– occlusion.

- VBP : ictère.
- Uretère : uretéro hydronéphrose.
- Trachée : larynx : dyspnée – asphyxie.
- Moelle épinière : paraplégie.
- **Les hémorragies**
 - Hémorragie intra tumorale se manifeste par une anémie ou par un syndrome hémorragique.
 - Hémorragie interne : Hémorragie extériorisée : Hématémèse - méléna - rectorragie ; Métorragie- ménorragies Hémoptysie ; Hématurie ; Epistaxis.
- **Perforation tumorale** dans une cavité séreuse, organe creux ou à la peau.
- **Infection tumorale avec abcès péritumoral.**

III-2 LE SYNDROME GENERAL

Ensemble de signes non spécifiques : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre. Quand ces signes sont présents, ils entraînent un fléchissement ou une altération plus ou moins profonde de l'état général. L'altération de l'état général se voit plus fréquemment dans les tumeurs malignes.

III-3 LES SYNDROMES ENDOCRINIENS

- ✓ Manifestations liées à un excès ou au contraire à un défaut de sécrétion hormonale induite par le développement d'une tumeur dans un organe donné. L'hormone en question est normalement sécrétée par l'organe ou siège la tumeur.
- ✓ Exemples :
 - Adénome toxique de la thyroïde : T3, T4, TSH ⇒ hyperthyroïdie
 - Adénome de la parathyroïde : parathormone ⇒ hyperparathyroïdie
 - Tumeurs de la surrénale
 - Adénome ou corticosurrénalome : cortisol ⇒ Syndrome de Cushing
 - Adénome de Conn : aldostérone ⇒ hyperaldostéronisme Primaire
 - Phéochromocytome : catécholamine ⇒ HTA
 - Tumeurs du pancréas
 - Insulinome: insuline ⇒ hypoglycémie
 - Gastrinome: gastrine ⇒ Syndrome de Zollinger et Ellison
 - Tumeur carcinoïde digestive ⇒ sérotonine ⇒ Syndrome carcinoïde
 - Syndrome clinique associant (bouffées vasomotrices brutales + diarrhées + douleurs abdominales + crises de dyspnée asthmatiforme)
- ✓ Syndrome endocrinien paranéoplasique (chapitre suivant)

III-4- LE SYNDROME PARANEOPLASIQUE

- ✓ Ensemble de manifestations cliniques et /ou biologiques survenant à distance de l'endroit où se développe une tumeur ou ses métastases et lié à un médiateur chimique sécrété par la tumeur. Ces manifestations peuvent précéder apparaître et

évoluer avec la tumeur (disparaissent avec sa disparition et réapparaissent avec sa récurrence).

✓ Exemples :

1-Syndrome para néoplasique **endocrinien** secondaire à une sécrétion ectopique d'hormones ou peptide.

- Syndrome de Cushing para néoplasique (Cancer du poumon, Cancer du pancréas).
- Syndrome de Schwartz- Barter : sécrétion inappropriée d'ADH (Cancer bronchique).

2-Syndrome para néoplasique **hématologique** : polyglobulie (cancer du rein).

3-Syndrome para néoplasique **rhumatologique** : Ostéo arthropathie hypertrophique pneumonique (cancer bronchique).

LES ICTERES RETENTIONNELS

Prérequis :

- Anatomie du foie et des voies biliaires.
- Métabolisme et excrétion de la bile.

Objectifs :

- Expliquer de manière schématique les conséquences physiopathologiques d'un obstacle sur les voies biliaires,
- Identifier chez un malade présentant un ictère les signes orientant vers sa nature obstructive (choléstatique),
- Situer le niveau de l'obstacle à la lumière des données clinique et/ radiologique,
- Identifier les signes en faveur de la nature lithiasique, ou tumorale de l'obstacle.

I – DEFINITIONS :

L'ictère choléstatique est une coloration jaune des téguments (peau et muqueuses) causée par une augmentation du taux de bilirubine conjuguée dans le sang due à une diminution ou un arrêt de l'excrétion biliaire à la suite d'un obstacle sur les voies biliaires.

Lorsque la bilirubinémie dépasse légèrement 15mg/l, elle entraîne un subictère et un ictère franc quand elle dépasse 30mg/l.

II – PHYSIOPATHOLOGIE : (Voir figure n° 1)

L'obstacle à l'écoulement de la bile entraîne un ensemble de perturbations anatomiques et physiopathologiques qui peuvent expliquer tous les signes clinique et biologiques.

Une cholestase quelle soit extrahépatique ou intrahépatique a pour conséquence le reflux des différents composés de la bile dans la circulation systémique :

- La bilirubine conjuguée formée dans l'hépatocyte (mais non encore excrétée) reflue dans les plasmas, s'accumule dans la circulation systémique (ictère), s'élimine dans les urines (urines foncées), mais n'est pas éliminée dans la bile par les hépatocytes (selles claires).
- Les sels biliaires : s'accumulent dans la circulation systémique (prurit), s'éliminent dans les urines (urines mousseuses) mais pas dans la bile (mal digestion avec selles grasses et carence en vitamines liposolubles).
- Le cholestérol : s'accumule dans le secteur systémique en cas d'obstacle persistant (hypercholestérolémie) : xanthomes sous cutanés.

III – SEMIOLOGIE CLINIQUE

III-1 L'ICTERE

La recherche de l'ictère se fait à la vue et doit être faite sous la lumière naturelle dite du jour. L'ictère est flagrant quand il est cutané ; la recherche d'un ictère débutant ou subictère se fait au niveau des conjonctives en abaissant, par appui doux, la paupière inférieure.

III-2 LE SYNDROME CLINIQUE DE CHOLESTASE

Associe à côté de l'ictère :

- 1- Urines foncées : C'est un signe important que rapporte le patient et qui sera vérifié et recherché par le médecin en demandant au patient d'uriner dans un bocal transparent en verre clair.
- 2- Selles décolorées : Les selles perdent leur couleur jaune habituelle et prennent une couleur de pâte de farine dite blanc mastic.
- 3- Stéatorrhée : Ce sont des selles riches en graisses non digérées et ceci est dû à l'absence de bile nécessaire à leur émulsion. Les selles deviennent alors luisantes et collent aux toilettes et sont difficiles à chasser.
- 4- Prurit : Signe inconstant, peut parfois précéder l'ictère, dû à l'accumulation dans le corps des sels biliaires qui stimulent les terminaisons nerveuses au niveau cutané. Il est souvent généralisé à tout le corps depuis la plante des pieds jusqu'au cuir chevelu. Les lésions de grattage qu'il provoque peuvent s'infecter.

III-3 EXAMEN PHYSIQUE:

EG : Fievre

L'examen doit être complet et doit rechercher :

- 1- Un gros foie de cholestase : Le foie est augmenté de volume dans son ensemble de façon homogène. Son bord inférieur est moussu.
- 2- Une grosse vésicule : masse d'allure kystique rénitente, piriforme qui se projette sur l'aire de la vésicule biliaire et mobile à la respiration. Elle peut être absente (cholécystectomie, vésicule scléroatrophique).
Il est classique d'évoquer un cancer de la tête du pancréas en premier devant tout ictère choléstatique avec une vésicule palpable, c'est la loi de Courvoisier et Terrier.
- 3- Des xanthomes ou xanthélasmas : Ce sont des lésions cutanées blanchâtres, légèrement surélevées dues à l'excès de cholestérol dans l'organisme. Ces lésions siègent surtout au niveau des paupières.

IV – SIGNES BIOLOGIQUES (SYNDROME DE CHOLESTASE)

La bilirubinémie est élevée surtout au dépend de sa fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines sont augmentées, leur dosage est très intéressant surtout dans les cholestases dites anictériques. Le dosage des autres enzymes : (Gama GT, 5 nucléotidase) est peu demandées. Le taux de prothrombine est diminué mais se corrige après injection de la vitamine K.

V – SIGNES RADIOLOGIQUES:

V-1 SEMIOLOGIE ECHOGRAPHIQUE

Le signe majeur est la dilatation des voies biliaires ;

- Quand les voies biliaires intrahépatiques (VBIH) sont dilatées elles deviennent visibles sous forme d'images hypoéchogènes multiples et diffuses à tout le foie.
- Quand la VBP est dilatée, elle réalise avec le tronc porte une image dite en canon de fusil.
- Le siège de la dilatation dépend du niveau de l'obstacle : Ainsi un obstacle hilair (tumeur) donnera une dilatation isolée des VBIH alors qu'un obstacle bas situé (cancer de la tête du pancréas, ampulome vaterien, lithiase du cholédoque) donnera une dilatation de la VBP, de la vésicule biliaire et des voies biliaires intrahépatiques.
- Les obstacles tissulaires se traduisent par des images échogènes sans cône d'ombre et les lithiases par des images hyperéchogènes donnant des cônes d'ombre).

V-2 SEMIOLOGIE SCANOGRAPHIQUE (TDM): (sans et avec injection de Produit de Contraste)

En plus de la dilatation des VBIH et/ou des VBEH, la tomодensitométrie est plus sensible que l'échographie pour montrer la cause de l'obstacle notamment de nature tumorale : tumeur vésiculaire, hépatique, biliaires (tumeur du hile) ou céphalopancréatique. La TDM permet aussi d'apprécier l'extension aux organes adjacents (viscères, vaisseaux, ganglions)

La sensibilité du scanner pour la détection lithiase cholédocienne est supérieure à celle de l'échographie.

V-3 SEMIOLOGIE A L'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE : (cholangio - IRM ou bili IRM)

Elle permet une visualisation de la VBP normale ou dilatée. En cas d'obstacle de la VBP, notamment tumorale, la dilatation biliaire et le niveau de l'obstruction peuvent être identifiés dans la majorité des cas. L'identification de la cause de l'obstruction est plus difficile en raison de la faible résolution spatiale.

VI- PRINCIPALES ETIOLOGIES:

VI-1 L'ICTERE LITHIASIQUE

Il s'agit d'un ictère d'installation brutale, intermittent variable évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

La succession de douleurs, fièvre et ictère en 24 à 28 heures caractérise la triade de VILLARD. Le plus souvent l'ictère régresse voir disparaît rapidement comme il était apparu.

VI-2 L'ICTERE NEOPLASIQUE:

L'ictère s'installe progressivement et évolue en un seul tenant, sans rémission. L'ictère devient de plus en plus intense et vire vers le vert. Le prurit presque constant s'intensifie de jour en jour. Les signes infectieux sont rares. L'état général s'altère avec l'évolution.

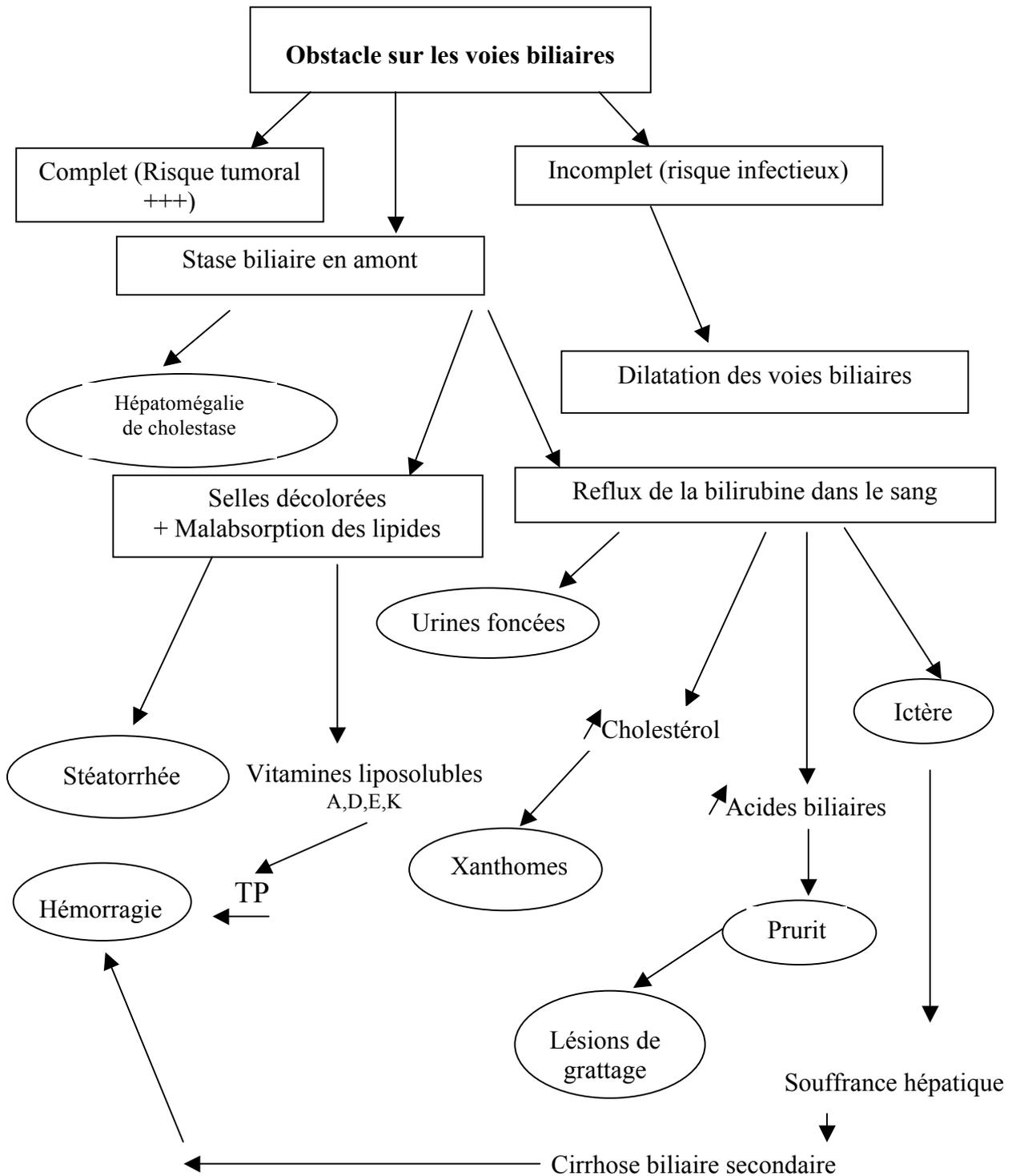


Figure 1 : genèse des principaux signes de la cholestase

SEMILOGIE DES GOITRES ET DES NODULES THYROÏDIENS

Prérequis

- Anatomie de la loge thyroïdienne,
- Physiologie hormones thyroïdiennes.

Objectifs

- Définir les termes d'usage courant en pathologie thyroïdienne,
- Mener correctement l'interrogatoire et l'examen physique de la glande thyroïde,
- Identifier chez un patient présentant un goitre les signes cliniques et biologiques d'une hyperthyroïdie,
- Identifier chez un patient présentant un goitre les signes en faveur de la malignité,
- Connaître les principaux examens complémentaires à demander devant un goitre ou nodule thyroïdien.

I- DEFINITIONS

- Le goitre désigne toute augmentation du volume de la thyroïde qu'elle soit localisée ou diffuse. On doit évoquer le goitre cliniquement quand la taille palpée des lobes est supérieure à la 1ère phalange du pouce du patient. A l'échographie le goitre correspond à un volume thyroïdien de plus de 18 ml chez la femme et de plus de 20 ml chez l'homme.
- Le nodule thyroïdien est une formation plus ou moins arrondie localisée de la thyroïde, Le reste de la glande est de volume normal. Le nodule peut être unique ou multiple, sécrétant ou non.

II- EXAMEN CLINIQUE

II-1 A L'INTERROGATOIRE : on doit préciser

- Age, Sexe, origine géographique,
- Antécédents : notion de radiothérapie, notion de goitre dans la famille,
- Signes fonctionnels : Sensation de boule dans la gorge (symptôme d'anxiété).
Signes de dysthyroïdie : hyperthyroïdie ou hypothyroïdie.
Signes de compression : Présence de douleurs.
- Mode d'apparition et évolution (aigue ou chronique).

II-2 EXAMEN DE LA THYROÏDE

Malade assis, de préférence sur une chaise, le cou largement dévêtu, la tête en extension. L'examen se fait de façon douce, symétrique et comparative ; toute anomalie doit être notée sur un schéma.

II-2-1 INSPECTION

- Le médecin se met en face du patient et lui demande de déglutir. La glande thyroïde normale n'est ni visible ni palpable, sauf chez certains patients maigres. Le goitre apparait comme une tuméfaction cervicale antérieure mobile à la déglutition. Cette ascension à la déglutition confirme l'origine thyroïdienne de la tuméfaction. Le médecin notera

- Toute anomalie cutanée: signes d'inflammation, cicatrice, circulation collatérale
- Caractère du goitre: diffus, nodulaire, symétrique ou non
- L'inspection générale: exophtalmie, œdème des membres, bouffissure du visage

II-2-2 – PALPATION

Le médecin se met derrière le malade. La tête du patient est légèrement fléchie. Les différentes structures de la région cervicale sont examinées par les deux mains. L'examen doit être doux et comparatif. Le parenchyme thyroïdien normal est souple et élastique. Toute anomalie doit être bien décrite.

- On précisera: dimension, homogénéité, mobilité, siège et nombre des nodules, consistance (élastique, ferme ou dure).
- On recherchera :
 - un frémissement ou un trille.
 - des adénopathies (ganglions jugulocarotidiens, sus claviculaires et spinaux)

II-2-3 -AUSCULTATION : La région cervicale est auscultée à la recherche

- D'un souffle thyroïdien (goitre vasculaire) qu'on doit distinguer de l'irradiation d'un souffle carotidien.
- D'un souffle de compression trachéale (wheezing).

II-2-4 - EXAMEN SOMATIQUE COMPLET: Cardiovasculaire, neurologique ...

III- EXAMEN COMPLEMENTAIRES

III-1- EXAMENS RADIOLOGIQUES

- **ECHOGRAPHIE CERVICALE:** examen de choix
 - Goitre homogène diffus,
 - Goitre hétérogène : Présence de nodules dont il faut préciser le nombre, la taille, le siège et la structure (kystique ou tissulaire)
 - Présence d'adénopathies cervicale.
- **SCINTIGRAPHIE à l'Iode (I*) ou au Technétium (Tc*):** examen morphologique et fonctionnel à demander en cas d'hyperthyroïdie. Permet la visualisation de l'iode radioactif capté par la thyroïde
 - Image hypofixante → froide
 - Image hyperfixante → chaude
- **RADIOGRAPHIE DU COU :** compression ou déviation trachéale, goitre plongeant,
- **SCANNER :** à demander en cas de goitre plongeant

III-2 EXAMENS BIOLOGIQUES : DOSAGES HORMONAUX

- TSH en premier, si la TSH est perturbé on demande T4 et T3

Dans L'hyperthyroïdie le taux TSH est effondré et taux de T3 et T4 est augmenté

- Dosage de la calcitonine en cas de nodule unique (cancer médullaire),

IV- RESULTAT DE L'EXAMEN : REGROUPEMENT SYNDROMIQUE

IV-1- SIGNES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'HYPERTHYROIDIE

➤ Signes cliniques de l'hyperthyroïdie: la thyrotoxicose

Organe cible	Signes Fonctionnels	Signes Physiques
Cœur	Palpitations	Tachycardie régulière / Eréthisme / troubles du rythme (ACFA)
Neuromusculaire et neuropsychique	Nervosité / Hyperémotivité / Agressivité / Trouble sommeil / Asthénie / Eclat du regard	Tient pas en place / Tremblement extrémité / reflexes ostéotendineux vifs / Signe du tabouret / Rétraction palpébrale
Thermogénèse	Sueurs / Chaleur, thermophobie / Soif Amaigrissement paradoxal	Moiteur (mains) / Ouvre les fenêtres / Poids diminué
Tube digestif	Transit accéléré	Parfois diarrhée

➤ Signes biologiques de l'hyperthyroïdie : TSH basse et T3, T4 élevées

VI-2- SIGNES DE COMPRESSION:

Compression trachéale	Dyspnée
Compression récurrentielle	Dysphonie
Compression de l'œsophage	Dysphagie
Compression de la veine cave supérieure	Syndrome cave supérieur : - Circulation veineuse du cou, partie supérieure du thorax racine des membres supérieurs - Œdème en pèlerine (partie supérieure du corps), - Rougeur conjonctivale et céphalées.
Compression du sympathique Cervical	Syndrome de Claude Bernard Horner : Ptôsis, Myosis, enophtalmie

VI-3- SIGNES EVOCATEURS DE MALIGNITE

- Evolution rapide d'un goitre préexistant.
- Consistance dure ou pierreuse d'un goitre ou d'un nodule.
- Présence d'adénopathies cervicales, de signes de compression ou de métastases à distance.

NB : Un nodule isolé, simple peut être néoplasique et seul l'examen histologique permettra de trancher

VI -4- PRINCIPAUX TYPES DE GOITRES

➤ GOITRE SIMPLE

Augmentation diffuse et homogène du volume de la thyroïde, sans signe de dysthyroïdie, ni de compression, ni de malignité ou d'inflammation

➤ **GOITRE ENDEMIQUE**

Goitre survenu dans un contexte où 10% au moins de la population présente un goitre. Il est en général secondaire à un déficit en iode.

➤ **GOITRE NODULAIRE**

- **Nodule isolé** : Nodule apparemment unique. Il peut s'agir d'un
 - nodule froid: ne fixe pas l'iode radioactif
 - nodule chaud: Hyperfixant sans dysthyroïdie
 - nodule toxique autonome: Hyperfixant, extinctif, avec signes d'hyperthyroïdie
- **Goitre multihétéronodulaire** : Thyroïde augmentée de volume dans son ensemble, non homogène, siège de plusieurs formations nodulaires de tailles et de fixations différentes.

➤ **GOITRE DE LA MALADIE DE BASEDOW**

Goitre homogène diffus hyperfixant avec exophtalmie et signes d'hyperthyroïdie.

➤ **GOITRE TOXIQUE**

Goitre multinodulaire avec signes clinique et biologique d'hyperthyroïdie.

➤ **GOITRE PLONGEANT**

Le goitre plonge dans le thorax. Cliniquement sa limite inférieure n'est pas palpable en position d'extension cervicale. En radiologie cette limite est à plus de deux travers de doigt du manubrium sternal.

➤ **GOITRE NEOPLASIQUE**

Goitre avec signes évocateurs de malignité.

SEMILOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE

Prérequis

Anatomie du sein.

Objectifs

- Mener correctement l'examen clinique du sein,
- Décrire les signes cliniques à préciser devant un nodule du sein,
- Décrire les signes cliniques et radiologiques en faveur de la malignité d'un nodule du sein,
- Décrire les particularités d'un nodule bénin du sein,
- Reconnaître les signes cliniques d'un abcès du sein,
- Connaître les principaux examens complémentaires à demander devant une atteinte de la glande mammaire.

I- EXAMEN CLINIQUE

I-1- INTERROGATOIRE est capital. Le médecin doit écouter attentivement la patiente qui est souvent angoissée (cancérophobie) et la mettre en confiance lui expliquant que la pathologie mammaire n'est pas toujours synonyme de cancer et que les résultats du traitement même en cas du cancer sont satisfaisants.

L'interrogatoire va relever les signes fonctionnels qui motivent la patiente à consulter, dont il faut préciser leurs critères sémiologiques, leurs circonstances d'apparition et leur mode d'évolution et rechercher les facteurs de risque du cancer du sein.

I-1-1 : SIGNES FONCTIONNELS

- **Douleur mammaire** : La mastodynie se manifeste par une douleur se projetant au niveau de l'aire mammaire qui est angoissante voire invalidante. C'est une douleur cyclique qui survient après l'ovulation et a tendance à s'estomper lors des règles, peut être uni ou bilatérale, aiguë ou chronique. Le cancer n'est pas associé à la mastodynie et la douleur survient dans les cancers du sein localement avancés et hémorragiques.
- **Nodule ou tumeur mammaire** (découverte à l'autopalpation) :
- **Ecoulement mamelonaire** : Spontané ou provoqué ? uni ou bilatéral ? unipore ou multipore (plusieurs orifices) ? son aspect (lactescent, crémeux, marron ou vert foncé ?) Clair (translucide), séreux (jaune) ou sanglant (rouge).
- **Déformation et augmentation du volume du sein**
- **Modifications cutanées**
- **Adénopathie axillaire**

I-1-2 : FACTEURS DE RISQUE DU CANCER

- Age >40 ans (mais peut survenir même chez une jeune).

- Risque hormonal : pauciparité, contraception orale, traitement hormonal substitutif, première règles précoces, ménopause tardive, absence d'allaitement.
- Antécédents personnels de cancer gynécologique (ovaire) et familiaux de cancer du sein.

I-2 EXAMEN MAMMAIRE

- ✓ **POSITION** : Patiente torse nu, position couchée et assise mains posées sur les genoux joints, les bras levés au dessus de la tête .l'examen doit être impérativement bilatérale et comparatif au niveau des deux seins.
- ✓ **INSPECTION** : doit rechercher et préciser
 - Le volume et la taille des seins.
 - Une asymétrie du sein et les modifications cutanées.
 - Modification du contour du sein : déformation, rétraction, fossette, rides
 - Modification de la plaque aréolo-mamelonnaire:
 - Eczéma du mamelon (maladie de Paget); Umbilication et /ou Rétraction du mamelon, Asymétrie de hauteur de la plaque aréolo-mamelonnaire.
 - Signes inflammatoires : Rougeur; aspect en peau d'orange se traduisant par des pores due à une obstruction des canaux lymphatiques (la peau apparait épaissie),le processus inflammatoire peut être localisé (très évocateur des affections aigues : abcès) ou intéressant tout le sein.
- ✓ **PALPATION** : Elle est réalisée dans différentes positions : assise les bras en bas, puis les bras levés au dessus de la tête et en position couchée en mettant un petit coussin sous l'épaule du coté du sein examiné, ainsi le sein s'étale sur la paroi thoracique facilitant l'examen. La palpation doit être douce utilisant la pulpe des doigts dans un mouvement rotatoire de va et vient et doit systématiquement explorer quadrant par quadrant.
 - Toute anomalie (nodule) doit être notée et préciser son siège, sa taille, ses limites, sa mobilité et sa consistance.
 - La palpation des creux axillaires et sus claviculaire doit être systématiquement réalisée de manière bilatérale à la recherche d'adénopathies satellites homolatérales et controlatérales.
- ✓ **EXAMEN GENERAL**
 - Le sein controlatéral.
 - Les aires ganglionnaires : axillaires, sus et sous claviculaires.
 - Examen gynécologique avec touchers pelviens et frottis cervico-vaginal.
 - Recherche de métastases hépatiques (hépatomégalie), pulmonaire (épanchement pleural), osseuses (douleurs).

II-EXAMENS COMPLEMENTAIRES : Triplet diagnostique

II-1 Clinique

II-2 Imagerie : Echographie mammaire et Mammographie (réalisée Au Cours des dix premiers jours du cycle menstruel)

II-3 Cytoponction à l'aiguille fine d'un nodule palpable à la recherche de cellules malignes.

III- CRITERES DE PRESOMPTION DE MALIGNITE D'UN NODULE MALIN DU SEIN

Sont en faveur de la malignité d'un nodule du sein les critères suivants :

- Survenue chez une patiente présentant des **facteurs de risque**.
- **A l'inspection** : Il existe une Asymétrie ou des Modification du contour du sein et/ ou de la plaque aréolo-mamelonnaire (cités ci dessus).
- **A la Palpation** : C'est un nodule mal limité, à contours irréguliers, se dissocie mal du tissu glandulaire, de consistance dure, pierreuse, de forme anguleuse, peu mobile ou fixé au plan superficiel (le pincement de la peau n'est pas possible) et au plan profond (Tillaux= la mise en tension du muscle grand pectoral par l'adduction contrariée rend la mobilisation du sein très diminuée voir impossible).
- Il s'agit d'un nodule **associé** à : un écoulement mamelonnaire péjoratif quand i est spontané, unilatéral et sanglant, à un Œdème cutané et /ou adénopathie axillaire.
- A la mammographie : il existe une Opacité nodulaire stellaire, des micros calcifications et /ou une désorganisation architecturale.
- A l'échographie : c'est une masse hypoéchogène, hétérogène, solide avec cône d'ombre postérieur, non compressible et irrégulière. Le diamètre antéropostérieur est supérieur au diamètre transversal (à grand axe vertical).

NB : Seule la cytoponction (présence de cellules malignes) et la biopsie permettent de confirmer la malignité d'un nodule

Un nodule bénin= Tuméfaction superficielle, élastique, bien limitée, indolore, non adhérente, de contours nets en surface avec déformation harmonieuse du sein,

Echographie: tumeur solide bien limitée, hypoéchogène, de contours nets et sans renforcement postérieur.

IV- SEMIOLOGIE CLINIQUE D'UN ABCES DU SEIN

IV-1- ABCES PROFOND

- Complication fréquente de l'allaitement.
- Début est brutal avec augmentation rapide du volume du sein qui devient lourd, Œdématisé, chaud et douloureux.
- La palpation découvre une tuméfaction dure très empâté, fluctuante (collection) et douloureuse avec ADP axillaires douloureuses et écoulement mamelonnaire purulent.
- Il faut sevrer immédiatement en cas d'allaitement, Inciser et drainer l'abcès (sillon sous mammaire) et prescrire un traitement antibiotique (selon antibiogramme).

IV-2- Abscès superficiel

- Para ou sous aréolaire, c'est une infection ascendante des sinus lactifères ou des gros canaux galactophores.
- Elle entraîne une inflammation para-aréolaire suivie d'une collection et d'une fistulisation à la base du mamelon.

HERNIES ET EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE

OBJECTIFS DU COURS :

- Définir une hernie, une éventration, une éviscération.
- Mener correctement l'examen clinique d'un patient présentant une hernie de l'aïne.
- Diagnostiquer cliniquement une hernie de l'aïne non compliquée.
- Préciser les éléments cliniques aidant à différencier le type anatomique de la hernie l'aïne.
- Connaître les signes cliniques d'une hernie étranglée.

DEFINITIONS

- **La hernie** se définit comme l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens hors des parois de l'abdomen par **un point faible anatomiquement** présent dans la paroi abdominale.
- **L'éventration** est l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens à travers **une zone de faiblesse musculo-aponévrotique** créée par une intervention chirurgicale antérieure (la peau est intacte).
- **L'éviscération** est l'issue, au dehors, des organes abdominaux due à la désunion précoce **d'une laparotomie ou secondaire à une plaie pénétrante de l'abdomen**, effectuée dans un but chirurgical (aponévrose, muscle et peau ouvert).

HERNIES DE L'AINE

I- EXAMEN CLINIQUE :

I-1 INTERROGATOIRE : on doit préciser

I-1-1-date et modalités d'apparition et d'évolution:

- La hernie de l'aïne apparaît comme une tuméfaction dans la région inguino-crurale,
- Récente ou ancienne, progressive ou brutale, douloureuse ou non,
- Apparaît spontanément en position debout ou à l'effort et à la toux,
- Réductible ou non par le repos au lit.

I-1-2-troubles fonctionnels

- Peuvent être absents,
- Simple gêne, pesanteur, tiraillement,
- Douleurs à l'effort, troubles digestifs,
- Retentissement sur l'activité physique.

I-1-3-conditions de vie et antécédents

- Facteurs favorisants : asthme, dysurie, constipation (hyperpression abdominale),
- Inactif, retraité, sédentaire ou au contraire actif et sportif,
- Récidive d'une hernie anciennement opérée.

I-2 EXAMEN PHYSIQUE:

Il affirmer à lui seul le diagnostic. Il doit être méthodique: en position debout puis couchée, en faisant tousser le malade.

- **INSPECTION** : Retrouve une tuméfaction de la racine de la cuisse et note l'aspect de la peau en regard de la hernie. Parfois la région de l'aîne apparaît strictement normale.
- **PALPATION.**
- Précise les repères anatomiques de la région de l'aîne :
 - l'épine iliaque antéro-supérieure,
 - l'épine du pubis,
 - et la **ligne de MALGAIGNE** : ligne tendue entre les 2 repères précédents, correspond anatomiquement à l'arcade crurale,
 - les vaisseaux fémoraux (pouls fémoral),
 - il faut préciser le siège de l'orifice herniaire par rapport à la ligne de Malgaigne (par où sort la tuméfaction),
 - Orifice **au dessus** de la ligne de Malgaigne = hernie **inguinale**
 - Orifice **au dessous** de la ligne de Malgaigne = hernie **crurale**
- Examen de l'orifice inguinal externe
 - L'index coiffé par la peau scrotale pénètre dans l'orifice inguinal externe, au dessus de l'arcade crurale. On recherche dans le canal une impulsion à la toux.
- Examen de l'orifice crural
 - Il est palpé sous la ligne de Malgaigne, en dedans des vaisseaux fémoraux.
- Le reste de l'examen clinique : doit préciser
 - Volume de la hernie, le contenu du sac, l'état de la paroi.
 - Des associations herniaires : coté controlatéral, Hernie crurale, Hernie ombilicale.
 - L'état des organes génitaux externes (examen des bourses), le toucher rectal.
 - L'existence d'autres tares.

II-CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES D'UNE HERNIE NON COPMLIQUEE:

La hernie non compliquée est :

- Indolore : Ni douleur spontanée ni provoquée par la palpation.
- Réductible : La pression la fait disparaître et la réintègre dans l'abdomen.
- Expansive (Impulsive) à la toux : Elle augmente de volume et se met sous tension.

III- EVOLUTION:

La hernie n'a aucune tendance à la guérison spontanée, elle augmente progressivement de volume et peut se compliquer.

La principale et redoutable complication est **L'ETRANGLEMENT HERNIAIRE**

- C'est une striction permanente au niveau du collet de la hernie entraînant rapidement des accidents d'occlusion intestinale aigue, d'ischémie, de nécrose et de perforation intestinale avec tableau de péritonite aigue (quand le sac herniaire contient de l'intestin).
- Toutes les hernies peuvent s'étrangler et mettre alors en jeu le pronostic vital.

- Signes cliniques : une hernie étranglée est :
 - **Douloureuse** : c'est une douleur vive, maximale au collet, spontanée et exacerbée par la palpation.
 - **Irréductible et non expansive à la toux.**
 - **Peut s'accompagner de signes d'occlusion** (quand le contenu de la hernie est intestinal) : nausées, vomissements, arrêt des matières et gaz, météorisme.
- C'est une urgence chirurgicale.

L'examen des orifices herniaires doit être systématique devant toute occlusion intestinale aigue.

IV-FORMES ANATOMIQUES DES HERNIES DE L'AINE

IV-1-Hernie inguinale : le collet est au dessus de la ligne de Malgaigne

- **HERNIE INGUINALE OBLIQUE EXTERNE (INDIRECTE)**
 - C'est une hernie congénitale par persistance du canal péritonéovaginal, se voit chez le nouveau né et chez l'adulte jeune,
 - Le sac herniaire peut atteindre le scrotum (Hernie inguinoscrotale),
 - Elle se réduit suivant un trajet oblique en haut et en dehors,
 - Elle comporte un risque d'étranglement.
- **HERNIE INGUINALE DIRECTE**
 - C'est une hernie acquise, de faiblesse, se voit chez l'adulte et le sujet âgé,
 - Ne descend jamais dans le scrotum,
 - Se réduit directement d'avant en arrière.
- **UNE HERNIE INGUINALE DOIT ETRE DISTINGUEE D'UN (E)**
 - Abcès,
 - Testicule ectopique,
 - Kyste du cordon (non réductible),
 - Hydrocèle,
 - Varicocèle.

IV-2-Hernie crurale : le collet est au dessous de la ligne de Malgaigne

- Se voit surtout chez la femme,
- L'examen se fait par la palpation sur malade couchée, cuisse en abduction, jambe pendante en dehors de la table d'examen,
- Tuméfaction de petit volume, au niveau de la région crurale (à la racine de la cuisse crurale car après réduction le collet de la hernie se situe au dessous de la ligne de MALGAIGNE,
- Il s'agit d'une hernie à haut risque d'étranglement,
- Elle doit être distinguée d'un (e)
 - Lipome,
 - Adénopathie inguinale,
 - Varice de la crosse de veine la saphène interne,
 - Anévrysme de l'artère fémorale.

HERNIE OMBILICALE

- Elle peut être congénitale :
 - Chez le nouveau né : Aplasie de la paroi abdominale.
 - Chez le nourrisson et l'enfant : Se présente comme un dépliement de l'ombilic, la guérison est spontanée en quelques mois, au delà de 5 ans il faut opérer.
- Elle peut être acquise :
 - Chez l'adulte : C'est une hernie de faiblesse,
 - C'est une masse ombilicale ayant les caractères d'une hernie,
 - La peau en regard peut être altérée,
 - S'accroît progressivement,
 - Peut donner des épisodes d'engouement,
 - Elle peut s'étrangler.

Hernie de la ligne blanche

Due à la déhiscence de l'aponévrose entre les muscles grands droits au dessus de l'ombilic.

SEMILOGIE PROCTOLOGIQUE

Prérequis : Anatomie de l'anus et du plancher pelvien

Objectifs :

- Mener correctement l'examen clinique en proctologie,
- Décrire les différents signes fonctionnels en proctologie,
- Définir les principales affections proctologiques.

I- EXAMEN PROCTOLOGIQUE

I-1- INTERROGATOIRE

Il doit préciser les symptômes fonctionnels rencontrés lors de la pathologie proctologique.

Attention : Le patient a tendance à qualifier d'hémorroïdes toute symptomatologie proctologique, le but de l'interrogatoire est de mettre le terme médical exact sur le signe rapporté par le malade.

- ✓ **RECTORRAGIE**: Emission du sang rouge par l'anus. A différencier des melænas (émission de sang noir digéré) et des selles colorées par les betteraves, le vin ou certains médicaments.

Les caractères de la rectorragie doivent être précisés : son ancienneté, sa fréquence, Son abondance (petite, moyenne ou grande), son rapport avec la selles (précédant, enrobant ou mêlé aux selles), son mode évolutif (continue, intermittent ou par poussées récidivantes) et les signes accompagnateurs.

NB : Aucun caractère de la rectorragie ne permet d'éliminer, sur le simple interrogatoire, un cancer colorectal.

✓ **DOULEUR ANALE OU PROCTALGIE**

- La douleur peut être déclenchée par la selle: c'est la sphincterralgie qui traduit la contracture de l'appareil sphinctérien; il s'agit souvent d'une fissure.
- La douleur peut-être permanente et indépendante de la selle: thrombose hémorroïdaire, abcès, cancer canalaire.
- La douleur peut être modifiée par la position: une douleur, exacerbée par la position assise et calmée par la position debout ou la marche évoque une névralgie anale.

✓ **ECOULEMENT ANAL**

- Il peut s'agir simplement d'une impression d'humidité anale en rapport avec un prolapsus hémorroïdaire ou une dermite péri anale suintante
- Il peut être purulent :
 - d'origine anale, fistule ou fissure infectée

- d'origine sus-anales (rectum): maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Crohn et Rectocolite Hémorragique « RCH »).
 - ou à distance de l'ano-rectum: sinus pilonidal, maladie de Verneuil.
- ✓ **PRURIT:** Sensation de grattage ou démangeaisons, de cause générale (dermatologique, proctologique ou essentielle c'est-à-dire sans cause connue).
- ✓ **SYNDROME RECTAL « syndrome de Bensaude ».** Il associe
- Emissions afécales, purulentes ou glaireuses.
 - Epreinte: C'est une douleur abdominale de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive de la partie terminale du côlon et du rectum.
 - Ténesme: Tension douloureuse au niveau de l'anus avec sensation de corps étranger « dans le rectum » donnant l'envie constante d'aller à la selle.
 - Faux besoins. Ce sont les envies d'aller à la selle qui ne peuvent se concrétiser.

✓ **FORMATIONS TUMORALES.**

C'est la perception par le patient d'une « excroissance » anormale au niveau de l'anus: Elle peut traduire une thrombose hémorroïdaire, un papillome encore appelé condylome acuminé, un abcès, une tumeur de la peau voire un cancer du canal anal ou rectal.

✓ **MANIFESTATIONS LIÉES À LA DÉFÉCATION**

- Apparition d'une boule lors de l'exonération: IL peut s'agir de la procidence d'un paquet hémorroïdaire, d'une partie du rectum (prolapsus rectal) ou d'une papille hypertrophiée.
- Sensation de vidange incomplète nécessitant des manœuvres « facilitatrices »: Ceci en cas de rectocèle (Saillie du rectum dans le vagin), ou d'un trouble de la statique pelvienne (Altération progressive des éléments de soutien du plancher pelvien).
- Trouble de la continence: c'est à dire un trouble lié à la capacité de rétention ou d'émission des selles. En cas de trouble on parlera d'incontinence. On fera préciser: La nature de l'incontinence (incontinence au gaz, au selle liquide ou au solide), son caractère permanent ou intermittent, la nécessité du port d'une garniture et le retentissement sur la qualité de vie.

I-2- EXAMEN PHYSIQUE:

Il doit être méthodique, minutieux et effectué avec douceur et bon éclairage sur l'anus.

Le malade est en position genu-péctorale avec la joue posée sur la table. Lorsque le malade est âgé ou invalide l'examen peut se faire en décubitus latéral. La présence d'un(e) infirmier(e) est obligatoire (voire médico-légale).

✓ L'INSPECTION :

Se fait les mains gantées en dépliant l'anus. Il faut déplier les plis radiés à la recherche d'une lésion moins apparente comme une fissure anale par exemple.

Il faut demander au malade de pousser pour rechercher un prolapsus hémorroïdaire ou rectal.

✓ LA PALPATION: Comporte trois temps :

- La palpation externe à la recherche d'une anomalie péri-anale (induration ou écoulement provoqué signant la présence d'une fistule anale).
- Le toucher anal. Il apprécie la tonicité sphinctérienne. En cas de manque de tonicité on parlera d'hypotonie voire d'atonie sphinctérienne. En cas de contracture du sphincter, on parlera d'hypertonie sphinctérienne. Ce toucher apprécie aussi au niveau de la ligne pectinée, les valvules anales qui recouvrent les cryptes de Morgani et les papilles anales sous forme de petites saillies triangulaires
- Le toucher rectal (TR):

&Technique : Sa technique doit être irréprochable.

Condition d'un bon TR :

- Rassurer le patient et lui expliquer le déroulement et le but de l'examen.
- La vessie et le rectum doivent être vides.
- L'examen doit être fait avec douceur chez un patient décontracté.

Position :

Le TR est fait en position gynécologique : malade allongé sur le dos, sur un plan dur, les cuisses fléchies et bien écartées, le médecin à droite du malade.

Pour faire un toucher rectal, le médecin doit introduire son index, recouvert d'un doigtier lubrifié, dans l'anus du patient.

Pour une exploration complète de l'ampoule rectale, l'index doit être entièrement introduit à l'intérieur de l'anus, l'autre main déprimant la région hypogastrique à la rencontre du doigt rectal.

La paroi rectale doit être palpée sur toute sa circonférence et sur toute sa hauteur accessible au doigt. On profitera du TR pour examiner la prostate.

&- Résultats :

On appréciera le contenu de l'ampoule rectale, la souplesse de la paroi, la tonicité du sphincter anal.

Toute anomalie doit être signalée : induration, ulcération, bourgeon tumoral, polype.

Si une lésion est détectée on doit préciser : sa taille, son étendue en hauteur et en circonférence, sa distance par rapport à la marge anale, sa sensibilité, sa mobilité et sa base d'implantation.

Au retrait de l'index, on examinera si le doigtier est souillé par du sang ou du pus.

I-3 EXPLORATIONS ANO-RECTALES

Font parties intégrantes de l'examen proctologique.

- ✓ **L'anuscopie** permet de voir la muqueuse du canal anal et d'apercevoir le bas rectum. Cet examen est indolore et ne nécessite aucune préparation.
- ✓ **La rectoscopie au tube rigide** : Explore la muqueuse de tout le rectum jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne.

II / PRINCIPALES AFFECTIONS PROCTOLOGIQUES

II-1 LES HEMORROIDES

Résultent de l'hypertrophie du plexus veineux hémorroïdaire, Ce ne sont pas des varices mais des ectasies vasculaires formées par la juxtaposition de logette veineuses. Leur aspect anatomique est celui de saccules remplies de sang, indépendantes les uns des autres mais regroupés en grappes. On distingue, les hémorroïdes internes situées au dessus de la ligne pectinée et les hémorroïdes externes situées au dessous de la ligne pectinée sur le pourtour de l'anus

Elles se manifestent par des signes qu'on classe en 4 catégories :

- Les crises fluxionnaires : Correspondent à des accès de congestion hémorroïdaire. Se manifestent par une tension douloureuse accrue par l'activité physique.
- Les thromboses hémorroïdaires : Formation au niveau des hémorroïdes de caillots ou thrombus sanguins. Apparaissent comme une tuméfaction anale arrondie, bleutée ou noirâtre, dure et sensible.
- Les rectorragies hémorroïdaires : habituellement déclenchées par la défécation, arrosant la cuvette le papier et sont rarement spontanées.
- Les prolapsus hémorroïdaires sont dus à la laxité du tissu conjonctif sous muqueux qui permet l'extériorisation des hémorroïdes internes. Elles apparaissent comme des bourrelets rougeâtres. Il en existe plusieurs degrés.

II-2- LA FISSURE ANALE

C'est une ulcération superficielle de la muqueuse anale en forme de raquette de la partie basse « sous valvulaire » du canal anal. Elle s'accompagne assez souvent d'un repli cutané externe (dit également « marisque sentinelle ») et d'une papille hypertrophiée. L'ensemble est appelé « complexe fissuraire ».

Elle se manifeste par un syndrome « fissuraire », associant:

- Des douleurs anales caractéristiques, évocatrices. Elles sont ressenties comme soit une brûlure ou une déchirure légère, soit comme une douleur intolérable. Cette douleur est provoquée par la défécation réalisant un rythme à trois temps +++ : Elle apparaît au passage des selles, s'efface ensuite pendant quelques minutes, pour reprendre pendant plusieurs heures avec intensité accrue, avant de disparaître complètement jusqu'à la selle suivante.
- Des rectorragies minimes, généralement à l'essuyage,
- Une contracture du sphincter anal : Élément essentiel du syndrome fissuraire qui rend l'examen difficile voire impossible. Il faut souvent pour voir la fissure, réaliser une anesthésie locale du sphincter.

A l'examen clinique, la fissure anale siège le plus souvent au niveau de la commissure anale postérieure, rarement antérieure ; Elle peut être « jeune » ou au contraire « évoluée » ou les formations para-fissuraires sont très développées.

II-3- LA FISTULE ANALE:

C'est l'apparition d'un conduit entre le canal anal et la peau de la marge anale. Son origine est toujours une infection d'une crypte de Morgani ou s'ouvrent les glandes d'Hermann et Desfossés.

La suppuration comporte schématiquement trois étapes :

- Un stade initial de cryptite, correspond à l'infection d'une glande d'Hermann et Desfossés.
- Un stade secondaire de diffusion, ou la suppuration se propage par les canaux d'Hermann et Desfossés à travers le système sphinctérien.
- Un stade terminal d'ouverture à la peau par un orifice externe ou secondaire. Si l'infection se fait par un mode aigu, il y a abcès. Si l'infection se fait à bas bruit, il y a fistule.

Selon la hauteur et la complexité des trajets, on distingue des fistules simples et des fistules complexes (Classification d'Arnous et Parnaud).

Sur le plan clinique, le patient consulte pour un abcès anal; pour un écoulement purulent et dont l'examen révèle la présence d'un orifice autour de l'anus, d'où s'écoule du pus.

II-4- MALADIE PILONIDALE OU SINUS PILONIDAL

Se voit souvent chez le sujet jeune, de sexe masculin.

Son étiopathogénie est discutée : soit affection congénitale, soit affection acquise (rôle possible de microtraumatismes de la région sacro coccygienne ou défaut de pousse pileuse).

Le diagnostic repose sur différents éléments :

- Le siège de la lésion dans la région sacro coccygienne avec parfois de nombreux orifices externes
- L'existence, sur la ligne médiane, dans le pli inter fessier, de petits orifices sous forme de pores dilatés
- La perception de cordons inflammatoires conduisant des orifices fistuleux latéraux, non pas vers le canal anal, mais vers les pores dilatés médians (Il n'existe aucune communication avec le canal anal).

II-5- CANCER COLORECTAL OU ANAL

Rappelons, enfin, que n'importe quel signe d'appel doit attirer l'attention vers une lésion beaucoup plus grave, en particulier un cancer colorectal ou anal et ne pas s'arrêter au simple diagnostic d'hémorroïdes.

INFECTION CHIRURGICALE AIGUE DES PARTIES MOLLES

Objectifs :

- Reconnaître cliniquement une inflammation suppurée des parties molles : abcès chaud, panaris et phlegmon de la main.
- Décrire les signes cliniques de la gangrène gazeuse.

I- INFECTIONS SUPPUREES DES PARTIES MOLLES

I-1-ABCESCHAUD: Type de description : abcès chaud du tissu cellulograisieux sous-cutané de la fesse

- ✓ Définition : lésion inflammatoire suppurée localisée, collectée dans une cavité néoformée
- ✓ Signes cliniques
 - A L'interrogatoire
 - Histoire et terrain :
 - Porte d'entrée, antécédents d'abcès, médicaux et tares associés (diabète)
 - Signes fonctionnels
 - douleur lancinante, augmentant le soir, insomniant
 - spontanée et exacerbée par le contact
 - limitant le mouvement
 - Examen physique
 - Signes généraux
 - fièvre : peut être rémittente, oscillante, intermittente
 - céphalées, anorexie, asthénie
 - Signes physiques (Les signes cardinaux de l'inflammation aiguë)
 1. Masse indurée au début puis fluctuante au stade d'abcès collecté.
 2. Douleur (douleur locale exacerbée par la pression)
 3. Rouge (rougeur s'effaçant à la pression).
 4. Chaude (La palpation douce par le dos de la main trouve une chaleur localisée à la masse).
- Le reste de l'examen trouve des adénopathies régionales et satellites.
- ✓ Evolution : quatre phases
 - Début : du 1^{er} au 3^{ème} jour: signes locaux seuls, peu de signes généraux.
 - Collection : à partir du 3^{ème} jour exacerbation des signes locaux, apparition des signes généraux.
 - Fistulisation : entre le 5^{ème} et le 8^{ème}: ulcération au sommet, évacuation du pus, diminution des signes généraux.
 - Cicatrisation : fermeture progressive, cicatrice indélébile.

I-2-LE PANARIS

- ✓ Définition : infection du doigt souvent d'origine staphylococcique ou parfois streptococcique secondaire à une plaie qui peut passer inaperçue. Elle est souvent superficielle, mais peut être sous cutanée voir profonde.
- ✓ Signes cliniques

- Au début les signes inflammatoires locaux sont présents, mais la douleur cède le soir et le patient est apyrétique (stade réversible).
- Au stade de collection (stade irréversible++). Les signes locaux sont exacerbés avec apparition d'une collection fluctuante blanchâtre, péri-unguéale ou sous unguéale, dorsale ou pulpaire avec surtout une douleur intense, pulsatile et insomnante. Il existe parfois à ce stade des adénopathies satellites.
- Signes généraux : fièvre et signes biologiques de l'inflammation.

I-3- LE PHLEGMON DE LA MAIN

- ✓ Définition : C'est une infection des espaces cellulux ou des gaines. Elle peut être secondaire à une piqûre septique directe, ou à un panaris mal traité.
- ✓ Signes cliniques
 - Au début :
 - Signes inflammatoires locaux, Flexum antalgique du doigt,
 - Douleur à la pression du cul de sac proximal de la gaine ou à l'extension du doigt +++,
 - Absence de fièvre et de signes généraux.
 - Au stade de collection
 - Œdème,
 - Douleur vive, pulsatile, insomnante. Il s'agit d'une douleur traçante, long de la gaine correspondante jusqu'au pli palmaire inférieur de la paume,
 - Attitude des doigts en crochet, irréductible signe déjà des lésions avancées,
 - Signes généraux présents.

II-INFECTIIONS NECROSANTES DES PARTIES MOLLES : GANGRENE GAZEUSE

- ✓ Définition : Infection nécrosante des tissus avec production de gaz par des germes anaérobies (certains auteurs réserve ce terme uniquement pour l'étiologie clostridienne)
- ✓ Signes cliniques
 - Circonstances de diagnostic
 - 48 H après un écrasement des membres
 - Chez un malade fragile : diabète, cachexie, artérite
 - Terrain local fragile : Dévascularisation, mauvais parage
 - Signes généraux :
 - Malade agité anxieux avec faciès altéré, plombé, gris, pouls filant rapide Pas de fièvre
 - Signes locaux
 - Douleur en striction, Œdème pale, luisant, blanchâtre
 - Gonflement diffus, signe du godet, Crépitation neigeuse sous cutanées
 - Pas d'adénopathies
 - Signes radiologiques
 - Bulles d'air dans les parties molles
 - Emphysème sous cutané le long des aponévroses