

EXAMEN CLINIQUE DE L'ABDOMEN

Dr Ibrahima KA
Maitre- Assistant
Chirurgie Générale HOGGY

Objectifs du cours

1. Citer les 5 temps de l'examen physique de l'abdomen.
2. Décrire les conditions de l'examen physique de l'abdomen.
3. Définir les termes suivant: défense abdominale ,
contracture abdominale.
4. Décrire la technique de la palpation de l'abdomen.
5. Décrire la technique du toucher rectal.

PLAN

I. INTRODUCTION

II. INTERROGATOIRE

III. EXAMEN PHYSIQUE

A. Principes généraux

B. Inspection

C. Palpation

D. Percussion

E. Auscultation

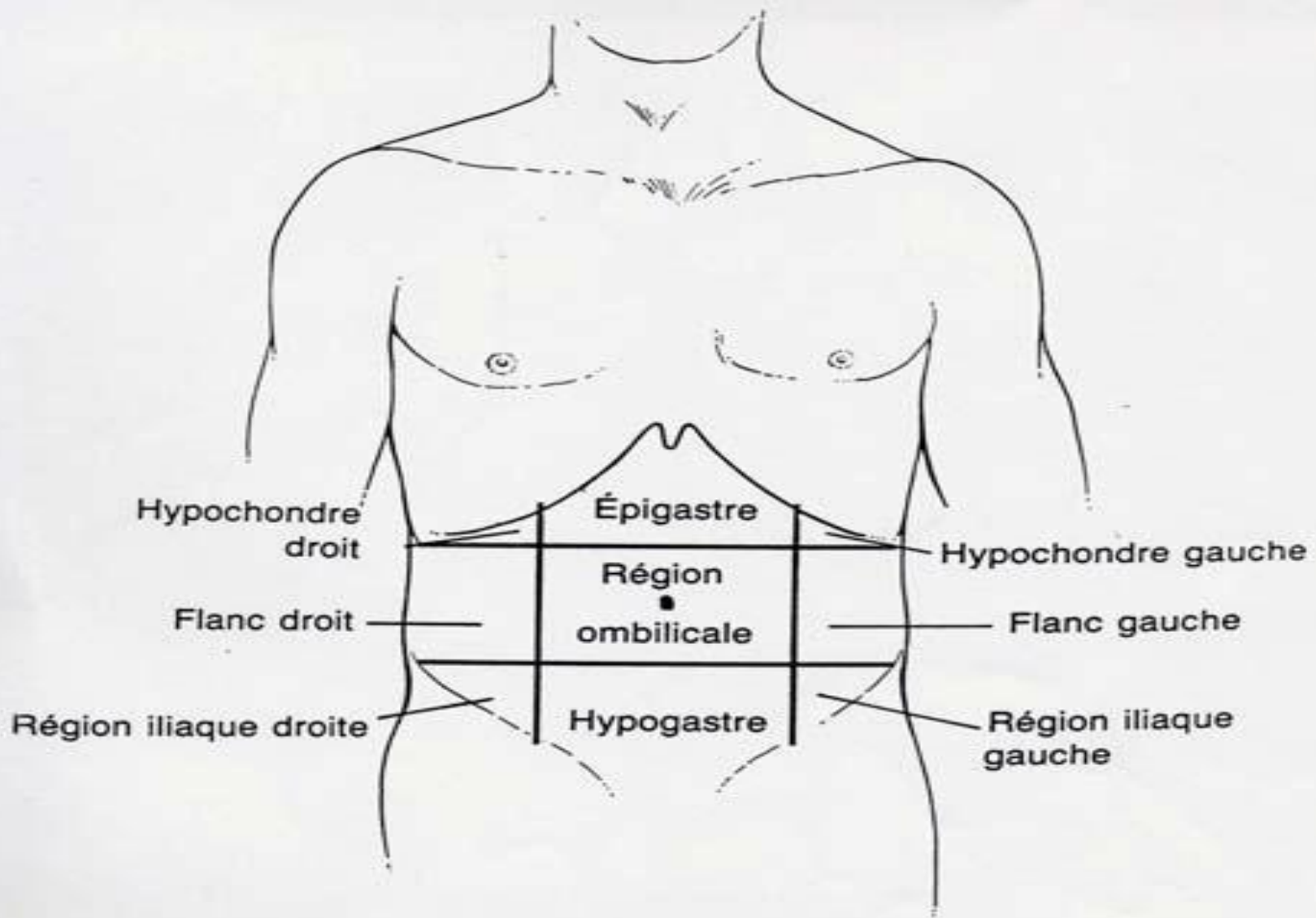
F. Touchers pelviens

IV. CONCLUSION

Introduction

L'appareil digestif comprend le tube digestif proprement dit qui s'étend de la bouche à l'anus et les glandes annexes : le foie et le pancréas.

Les pathologies de ces différents organes sont diverses et variées et plus souvent intriquées d'où l'importance d'une analyse séméiologique rigoureuse.



Les neuf régions abdominales.

Introduction

La séméiologie clinique de l'appareil digestif est très riche.

- Importance capitale de l'interrogatoire
- Suivi d'un examen méticuleux de l'abdomen
- Puis d'un examen clinique complet de tous les appareils et systèmes
- Avant d'envisager examens complémentaires.

Interrogatoire

L'interrogatoire doit être séméiologique ,chronologique et orienté•

Etat civil: nom, prénom, âge, sexe, origine géographique, profession.

Antécédents personnels: médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux

Antécédents familiaux: tares familiale (diabète, HTA, drépanocytose...)

Symptômes: douleur abdominale, vomissements, diarrhée, constipation, saignement dont il faut préciser les caractéristiques.

Recherche d'**autres symptômes** y compris extradigestifs.

Examen physique de l'abdomen

L'examen physique est le temps fondamental de l'examen clinique de l'abdomen, il comprend :

- L'inspection;
- La palpation;
- La percussion;
- L'auscultation.
- Toucher rectal.

Conditions de l'examen physique

L'examen physique doit être pratiqué chez un patient dévêtu jusqu'à la ceinture, en position debout puis couché.

Le patient doit être détendu, rassuré avec respiration calme dans une pièce correctement éclairée.

Le patient doit être en allongé en décubitus dorsal sur un lit résistant dévêtu au moins jusqu'à la ceinture, la tête un peu surélevée par rapport au reste du corps.

Les membres inférieurs légèrement fléchis, les membres supérieurs allongés le long du corps.

Le Médecin se place à droite du malade, ses mains préalablement lavées et bien réchauffées.

Il ne faut jamais commencer l'examen par la zone douloureuse.

Inspection

L'inspection s'intéresse à:

- **Cavité buccale:** état de la langue, des dents, des gencives.
- **Etat des téguments :** coloration anormale, pâleur, ictère.
- **Paroi abdominale:** recherche de cicatrices chirurgicales, circulation veineuse collatérale, modification du volume ou de la forme de l'abdomen, de la mobilité respiratoire, de peristaltisme visible.

Inspection

L'abdomen peut être **rétracté** en cas de dénutrition grave ou de contracture des muscles abdominaux.

L'abdomen peut être **globalement distendu** en cas d'ascite de grande abondance ou de météorisme abdominal.

L'abdomen peut être **distendu de manière localisée** en cas tumeur visible ou en regard d'un orifice herniaire ou d'une éventration.

Inspection

Normalement il existe une mobilité respiratoire de l'abdomen qui est symétrique, ample, et synchrone des mouvements respiratoires thoraciques.

L'absence ou la diminution de la respiration abdominale signe une irritation péritonéale.

Anormalement les mouvements péristaltiques peuvent être visibles en cas d'occlusion intestinale ou de sténose du pylore sous forme de mouvements de reptation parfois déclenchés par une chiquenaude.

Palpation

La palpation est d'abord superficielle puis profonde, elle se pratique avec les deux mains réchauffées, à plat, chez un patient détendu, en décubitus dorsal sur un plan résistant , jambes légèrement fléchies.

La palpation doit commencer par les zones les moins douloureuses vers les plus douloureuses.

Palpation

La palpation superficielle recherche essentiellement 2 signes; la défense et la contracture.

La défense est une contraction involontaire de la paroi qui s'oppose à la palpation profonde mais qui peut être partiellement vaincue par la palpation douce et aggravée par une palpation brusque.

La contracture est une rigidité pariétale réflexe qui est tonique, douloureuse, permanente et invisible.

La contracture réalise au maximum un ventre de bois qui signe une péritonite aigue généralisée.

Palpation

La **palpation profonde** apprécie le contenu de la cavité abdominale à la recherche d'une organomégalie.

A l'état normal, on peut percevoir :

- Le bord antérieur du foie dans l'hypocondre droit.
- Le caecum dans la fosse iliaque droite.
- Le colon gauche dans le flanc gauche qui roule sous la main.
- Un rein ptosé chez le sujet maigre.

Le contenu abdominal : palpation anormale

A l'état pathologique la palpation profonde peut retrouver une organomégalie, une ascite de grande abondance avec signe du glaçon (foie, rate).

La palpation peut également retrouver un point douloureux:

Dans l'hypochondre droit le point de Murphy dans la pathologie biliaire,

Dans la fosse iliaque droite le point de McBurney dans l'appendicite aiguë,

Dans la fosse iliaque gauche en cas de sigmoïdite aiguë.

Palpation des orifices herniaires

Orifices inguinaux;

Orifices cruraux;

Orifice ombilicale.

La palpation des orifices herniaires recherche une déhiscence anormale.

Percussion

- La Main gauche est disposée en éventail sur l'abdomen, le Médius de la main droite percute les 4 derniers doigts de la main gauche au niveau de leur 3^{ème} phalange.
- Percussion basi-thoracique droite précise la limite du bord supérieur du foie qui se situe normalement au 5^{ème} espace intercostal droit.
- Etat normal : la percussion de l'abdomen retrouve sonorité à cause des gaz digestifs.
- En situation pathologique on peut avoir une hypersonorité (occlusion intestinale) ou au contraire une matité (ascite, tumeur solide).

Auscultation

- Normalement l'auscultation de l'abdomen met en évidence des **bruits hydro-aériques** caractéristiques du péristaltisme avec au moins un son toutes les 5 à 10 s.
- Si les **bruits hydro-aériques sont intenses** :il faut penser syndrome de lutte en amont d'un obstacle.
- Si on a un **silence auscultatoire** il faut penser a un iléus paralytique par irritation péritonéale.
- A l'état pathologique l'auscultation peut mettre en évidence un souffle vasculaire.

Examen anal et toucher rectal

Commence par un examen soigneux de la marge anale en Position g nu-pectorale ou en décubitus latéral.

L'inspection de la marge anale recherche:

Des lésions cutanées;

Un orifice fistuleux;

Une fissure anale;

Une tumeur;

Des paquets hémorroïdaires;

Un prolapsus anale en faisant pousser le malade.

Toucher rectal

- Le toucher rectal complète l'examen de la marge anale, se fait Position genu -pectoral, en décubitus dorsal cuisses et genoux fléchis ou en décubitus latéral.
- S'aider de la palpation abdominale combinée.
- Le TR apprécie la souplesse du canal anal et de la paroi rectale, le contenu du rectum (tumeur, fécalome), aspect des matières fécales et la tonicité du sphincter anal.

Toucher rectal

- Le toucher rectal recherche un comblement ou une douleur au niveau du Cul de sac de Douglas.
- Le toucher rectal apprécie l'état de la Prostate: lobes réguliers, sillon médian, consistance élastique.

Conclusion

Accueillir, interroger le patient, examiner l'abdomen en respectant scrupuleusement les différents temps : inspection, palpation, percussion, auscultation, faire les touchers pelviens : toucher rectal et vaginal sans oublier la palpation des orifices naturels.