Sémiologie générale

Médecine interne

**Questions d'examen**

**Les différentes aires ganglionnaires de la tête et du cou :**

-        **A étudié dos au patient**: les doigts en crochets :
Les ganglions sous mentonniers Les ganglions sous maxillaires Les ganglions amygdaliens Les ganglions pré et rétro auriculaires
-          **A étudier face au patient :**
Ganglions occipitaux Chaines cervicales superficielles profondes Ganglions sus claviculaires

**La douleur de l’ulcère duodénale :**

 -         Une crampe
-          Lieu : épigastrique
-          Irradiation Postérieure
-          Survenue deux heures après un repas
-          Déclenchés par des mets acides-alcool ou part des médicaments comme AINS
-          Peut parfois s’accompagner de vomissements
-          Calmée par l alimentation = le lait

**Le  signe du tiroir : a quelle lésion correspond la positivité de cette manœuvre ?**

Signe qu'il est possible de mettre évidence au cours de l'examen du genou. Ceci permet quelquefois d'objectiver une éventuelle pseudarthrose du col du fémur. Il se pratique sur un blessé qui est assis et est susceptible d'entraîner l'apparition de mouvements de va-et-vient en tirant sur la cuisse ou en la repoussant. Le signe du tiroir de Rocher est la traduction d'une déchirure des ligaments croisés du genou.

**Un  patient présente un athérome :
Qu’est ce qu’un athérome ?**

Remaniements de l’intima des artères de moyens et de gros calibre consistant a une accumulation locale de lipides, glucides complexes, tissus fibreux, de tissus adipeux, de sang et de dépôts calcaires accompagné d’une modification de la média.

**Localisations les plus fréquentes de l’athérome ?**

-          Artères carotides
-          Artères coronariennes
-          Artères du membre inférieur
-          Artères rénales

**Facteurs favorisant la survenu de l’athérome** :

-          Facteurs non modifiables : âge, le sexe et l’hérédité
-          Facteurs liés au mode de vie : sédentarité, régime alimentaire hypercaloriques, tabac, alcool et obésité
-          Facteurs modifiables : HTA, diabète, hypercholestérolémie, hyperglycéridémie et facteurs inflammatoire

**Caractéristique de la douleur chez un patient présentant artériopathie oblitérante des membres inférieurs :**

-          La claudication intermittente révèle la maladie athéromateuse par une douleur :
Siégeant dans le mollet A type crampe, serrement Sans irradiation Survenant a l’effort Marche, course, montée de côte douleur disparait au repos.

**Caractéristique d’une douleur de type angine de poitrine**

-          Serrement
-          Médio thoracique
-          Irradiant dans les mâchoires et le bras gauche
-          Survenue brutale
-          Déclenché par l’effort et le froid
-          Accompagné de sueurs
-          Soulagée par la prise de trinitrine

**Dans un processus cancéreux qu’est ce qu’une métastase :**

-          Cellules d’un tissus d’origine qui migrent par le système sanguins et vont coloniser une autre région, un organe

**Est-ce un facteur de gravité : oui Pourquoi ?**

Car il peut provoquer différents dysfonctionnement suivant l’organe ou la région ou les métastases se logent et difficulté a traités il faut plus d’agent chimiothérapique, espérance de vie diminue considérablement

**Cancers les plus fréquent chez l’homme ?**

-          Le poumon
-          La prostate
-          Le colorectale
-          Pharynx

**Enumérer les facteurs de risques vasculaires :**

-          Facteurs non modifiables : âge, le sexe et l’hérédité
-          Facteurs liés au mode de vie : sédentarité, régime alimentaire, tabac, alcool et obésité
-          Facteurs modifiables : HTA, diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycérinémie et facteurs inflammatoire

**Qu’est ce qu’une phlébite ?**

-          C’est la formation d’un caillot veineux dans le mollet provoquant une oblitération et une inflammation

**Qu’est ce qu’une embolie pulmonaire ?**

-          Caillot se détache et remonte au cœur dans l’OD puis le VD et se coince dans une artère pulmonaire ou une de ses artérioles

**Qu’est ce qu’une artériopathie des membres inférieurs** ?

-          La plaque d’athérome réduit le diamètre d’une des artères fémorales en générale et provoque une claudication intermittente qui est secondaire a une douleur dans le mollet et qui est survenu après un effort (marche, course,…) la douleur est liée a l’ischémie musculaire es muscles de la jambe en aval
**Décrire la douleur de la colique hépatique**

 -          Calcul dans la vésicule biliaire
-          Douleur violente
-          Siège épigastrique ou hypochondre droit
-          Type : torsion ou broiement
-          Début brutale, nocturne
-          Durée : plusieurs heures
-          Aggravé par inspiration profonde et par la palpation abdominale
-          Entraine une inhibition respiratoire
-          Position antalgique : allongé sur le dos immobile
-          Signes accompagnants : vomissement, nausées et hyperthermie en cas de complication

**Technique examen clinique pour examiner le foie :**

 -          Le patient est en décubitus dorsale, les jambes a demi fléchies pour relâcher les muscles abdominaux.
-          L’examinateur est placé a droite du paient :
On cherche d’abord à repérer la limite supérieure du foie, on commence la percussion avec les doigts à l’horizontale au niveau du 3 e espace intercostale En 1er on entend tympanisme en rapport avec le poumon droit En 2e  vers le 5e/6e EIC on entend matité qui délimite de bord supérieur du foie On repère la limite sur la ligne médio claviculaire On cherche ensuite le bord inférieur, la palpation commence dans la fosse iliaque droite, doigts en dedans et vers le haut ou avec bord radial de l’index, le paient fait des inspirations profondes. Si le foie ne vient pas contre le bout des doigts, il faut remonter :  à hauteur de l’ombilic Puis dans hypochondre droit Puis dans le rebord costal droit Même manœuvre sous appendice xiphoïde Et sous le rebord costal gauche ð  Le patient peut être en décubitus dorsale, les jambes non fléchies et l’examinateur peut se placer à la tête du patient, les doigts en crochets et effectuer la même manœuvre en attendant la butté du foie lors de l’inspiration profonde
ð  Le bord inférieur normal est mousse, régulier et indolore à la palpation !!
**Qu’est ce qu’une thrombose veineuse ?**

-          Une thrombose veineuse ou phlébite est un caillot de sang qui s’est logé dans une veine souvent au niveau du membre inférieure et qui provoque une inflammation et une oblitération et est localisé le plus souvent dans un mollet :
Douleur uni latéral du mollet Chaud, rouge Pouls dissociant par rapport à l’autre mollet Douleur à la dorsiflexion du pied  Augmentation du périmètre du mollet ð  Complication : embolie pulmonaire

**Qu’est ce qu’une Artériopathie ?**

-          Atteinte obstructive des artères, secondaire à l’athérome et souvent au niveau des membres inférieurs : artériopathie oblitérante du membre inférieur :
Claudication intermittente secondaire a une douleur dans le mollet survenue après un effort et qui se calme au repos.
**Décrire la douleur de l’angine de poitrine :**

-          Douleur type serrement au niveau médio thoracique
-          Survenu brutale
-          Parfois accompagné de sueurs
-          Irradiation dans les mâchoires et dans le bras gauche
-          Survient à cause d’un effort ou du froid
-          Solution antalgique : prise de trinitrine

**Qu’elle risque cette douleur fait-elle encourir au patient**

Facteurs de risques cardio vasculaire :

-          Risque non modifiables : âge, le sexe et l’hérédité
-          Risques liés au mode de vie : le tabac, l’alcool, les régimes hypercaloriques, sédentarités
-          Risques modifiables : hypercholestérolémie, hyperglycéridémie, HTA, diabète, facteurs inflammatoire

**Sur quels critères suspectez-vous qu’une adénopathie soit d’origine cancéreuse ?**

-          Peu augmenté de volume
-          Mais adénopathies dur et roulant sous les doigts
-          Peau n’est ni rouge ni chaude en regard du ganglion

**Adénopathies de la tête et du cou** :

-          Adénopathies à palper étant derrière le patient :
Ganglion sous mentonnier Ganglion sous maxillaire Ganglions amygdaliens Ganglion pré et rétro auriculaires -

- Adénopathies à palper face aux patients :
Ganglion chaines cervicales superficiel et profond Ganglion occipitaux Ganglion sus claviculaire

**Patient de 60 ans présentant une douleur au mollet droit :

Quelles données de l’interrogatoire orientent vers un artériopathie du membre inférieur droit ?**

-          Les risques cardio vasculaire
-          La survenue de la douleur
-          Le type de douleur

**Le diagnostic artériopathie est définitivement posé par l’examen clinique et le doppler artériel Que recherchez-vous chez le patient dans le le cadre de la maladie athéromateuse ??**

**a)      Par l’interrogatoire (en dehors des facteurs de risque cardio vasculaire)**

On cherche le temps de et l’intensité de l’effort qui a provoquer les douleurs

**b)      Par l’examen clinique**

-        Inspection=>Anevrisme??
-        Ausculatation des pouls
-        Auscultation des Souffles

**Un patient vous signal qu’il présente à l’effort des douleurs thoraciques :**

**1)      Quels critères d’interrogatoire retenez-vous pour suspecter un angor ?**

-          Douleur survenu a cause d’un effort ou du froid
-          Douleur qui irradie
-          Douleur de survenu brutale
-          Qui se calme avec le repos et la prise de trinitrine

**2)      Quels facteurs de risque cardio-vasculaire rechercher vous ?**

-          FR non modifiable : sexe, âge, hérédité
-          FR lié au mode de vie : sédentarité, régime hypercalorique, obésité, tabac, alcool
-          FR modifiables : diabète, HTA, hyperCs, hypergly, facteurs inflammatoire

**3)      Se patient devient fébrile, quels critères de gravités recherchez vous devant un tableau infectieux sévère ?**
-          Signe de gravité au niveau des constances vitales :
 température au dessus de 40 ou en dessous de 35 PAS< 90 mmHg FC>125 FR>30 SaO2<90% -          Troubles de la conscience : désorientation, démences, confusion
-          Photophobies
-          Signe de BRUDZINSKI : La flexion de la nuque provoque la flexion des jambes

-          Signe de KERNIG : Impossibilité de s'asseoir sans fléchir les jambes

-          Signe hémorragiques : purpura, CIVD ou hématomes

**Vous suspectez chez un homme alcoolique de 60 ans, une hépatomégalie

Décrivez la technique d’examen pour rechercher une hépatomégalie :**

-          Le patient est en décubitus dorsale, les jambes a moitiés fléchies pou relâcher les muscles abdominaux
-          L’examinateur est a droite du patient
-          On cherche d’abord la limite supérieure du foie : on commence percussion au niveau du 3e EIC ou on entend tympanisme lié au poumon droit puis on descend et au niveau du 5e/6e EIC matité : c’est la limite supérieure du foie que l’on marque sur la ligne médio claviculaire
-          On cherche le bord inférieur du foie : les doigts à l’horizontales et vers le haut ou avec le bord radial de l’index : la palpation commence dans le fosse iliaque droite lors des inspirations profondes du patient on cherche la buté sur les doigts, si on ne trouve pas on réitère la même méthode au niveau :
De l’ombilic Puis dans l’hypochondre droit Du rebord sous costal droit Du rebord sous costal gauche Sous l’appendice xiphoïde ð   peu se faire aussi les jambes allongées
ð  L’examinateur à la tête du patient les doigts en croché

**Que recherchez-vous comme éléments d’examens pour orienter votre diagnostic ?**

 **-          Vers une cirrhose alcoolique :**
Bord inférieur dur et tranchant. Face antérieur bosselée et granulée Foie peut être hyper ou hypotrophe selon la phase d’évolution. Syndrome hypertension portale avec une circulation collatérale et des varices œsophagiennes (ATCD d’hématémèse) Ascite Signes cliniques insuffisance hépatique

-          **Vers un foie tumoral**
Bord inférieur dur Face antérieure déformée, marronnée Atrophie hépatique

Contexte ATCD de cancer, de cirrhoses avancées AEG Fièvre avec SRIS
Hépatomégalie + nodule + sujet jeune sans symptôme = kyste bénin
Hépatomégalie + nodule + cirrhose = carcinome hépato cellulaire
Hépatomégalie + multinodule + ATCD cancer = métastases hépatiques

Votre patient fait une infection pulmonaire grave. Quels critères cliniques retenez-vous pour apprécier cette gravité ? -          Signe de gravité au niveau des constances vitales :
 température au dessus de 40 ou en dessous de 35 PAS< 90 mmHg FC>125 FR>30 SaO2<90% -          Troubles de la conscience : désorientation, démences, confusion
-          Photophobies
-          Signe de Brubzunski : pas possible de soulever la jambe d’un patient allongé
-          Signe de Kermigh : le patient n arrive pas a toucher son sternum avec son menton quand il est debout
-          Signe hémorragiques : purpura, CIVD ou hématomes

**Une femme de 60 ans consulte pour des céphalées et HTA
Elle n’a jamais vu de docteur puis sa seule et unique grossesse**

**1)      Quelles mesure de prévention vis-à-vis du cancer, proposez vous à cette patiente ?**
-          Autopalpation des seins
-          Frottis cervico-vaginale
-          Hémocultures  et TR
-          Plan de prévention pour mettre en garde la patiente sur les principaux risques des éléments carcinogènes :
Tabac, alcool, certains aliments, rayonnements comme UV, certaines substances ….
**2)      Découvre un cancer du sein droit. Quels éléments de votre examen vous orientent d’emblée vers un cancer grave ?**

-          Un cancer grave est un cancer évolué qui s’est métastasé. Certaines cellules malignes ont quitté leur foyer d’origine pour aller coloniser le corps par les voies circulatoires.
-          A l’examen général on pourra avoir une AEG, une perte de poids, de la fièvre
-          L’examen des ganglions pourrait trouver de multiples adénopathies collant au tissus adjacent, suppurés ou hémorragiques et de circonstances pierreuses traduisant stade métastatique
-          Les céphalées sont secondaires a des métastases cérébrales

**3)      Décrire la douleur dans le cadre d’une artériopathie du MID chez homme fumeur de 56 ans :**
Claudication intermittente
-          Douleur unilatérale du mollet
-          Type crampe/ serrement
-          Survenue a l’effort
-          Sans irradiation
Qu’est ce qu’une infection sporadique : -          Elle ne touche que quelques personnes isolées
Qu’est ce qu’une épidémie -          Nombres de cas anormalement élevé dans un lieu donné et un temps donné

**Qu’est-ce qu’un sepsis ?**

-          C’est un syndrome de réponse inflammatoire systémique + une infection prouvée = non sévère
-          C’est un SRIS + infection prouvée + dysfonction d’un organe

**Comment rechercher une hépatomégalie :**
-          Le patient est en décubitus dorsale, les jambes a moitiés fléchies pou relâcher les muscles abdominaux
-          L’examinateur est a droite du patient
-          On cherche d’abord la limite supérieure du foie : on commence percussion au niveau du 3e EIC ou on entend tympanisme lié au poumon droit puis on descend et au niveau du 5e/6e EIC matité : c’est la limite supérieure du foie que l’on marque sur la ligne médio claviculaire
-          On cherche le bord inférieur du foie : les doigts à l’horizontales et vers le haut ou avec le bord radial de l’index : la palpation commence dans le fosse iliaque droite lors des inspirations profondes du patient on cherche la buté sur les doigts, si on ne trouve pas on réitère la même méthode au niveau :
De l’ombilic Puis dans l’hypochondre droit Du rebord sous costal droit Du rebord sous costal gauche Sous l’appendice xiphoïde ð   peu se faire aussi les jambes allongées
ð  L’examinateur à la tête du patient les doigts en crochet

**Caractéristique d’un souffle d’insuffisance mitrale** : Souffle dans le 5e EIC gauche sur la ligne médioclaviculaire Souffle holosystolique, timbre = jet de vapeur Mieux percu en décubitus latéral gauche et sera précédé d’un clic mésosystolique en cas de prolapsus des valves mitrales

Quelles sont les complications possibles liées a athérome d’une plaque située au niveau de l’artère fémorale  gauche ?
-          Plaque d’athérome peut de fissurer
-          Plaque peut se rompre= le thrombus obstrue le lit de l’artère = ischémie complète = infarctus de l’artère fémorale
-          Diminution du débit sanguin en aval

Thrombose veineuse de la jambe Caillot dans une veine du MI :
-          Douleur unilatérale dans le mollet
-          Mollet est chaud et rouge
-          Augmentation du périmètre du mollet
-          Douleur en dorsiflexion du pied
-          Pouls dissocié

Complication majeur= embolie pulmonaire
Principales adénopathies cervicales :
-          L’examinateur est dos au patient :
Ganglion sous mentonnier Ganglion sous maxillaire Ganglions amygdaliens Ganglion pré et rétro auriculaire -          L’examinateur est face au patient
Ganglion des chaines cervicales superficiel et profonde Ganglion occipitaux Ganglion sus claviculaire

**Vous découvrez un ganglion isolé du creux axillaire chez une femme de 20 ans :
Quels critères sémiologiques retenez vous pour l’analyse de ce ganglion ?**

-          Inspection :
Visible Inflammatoire Suppuré Unique ou multiple

 -          Taille
-          Consistance : dur, mou, granuleux
-          Sensibilité
-          Fixité par rapport aux autres éléments sous jacents
-          Nombre
-          Caractère localisé ou généralisé

**Que recherchez-vous chez cette patiente** ?

 -        Adénopathie isolée
-         Des signes d’infection loco-régional
-         Signe d’infection générale
-         Cancer métastasique
-         Hémopathie (lymphome)

**Technique d’examen pour rechercher une splénomégalie** :

 -          Le patient sera en décubitus latérale droit, le bras gauche sous la tête e les membres inférieurs à demi-fléchis
-          On commence par percuter le foyer splénique et vérifier que le bord antérieur ne dépasse pas le 9e EIC
-          Examinateur à droite du patient :
Main droite dans la fosse lombaire gauche Main gauche palpera les doigts obliques de l’ombilic jusqu’au rebord costal gauche Le sujet inspire profondément= attend la butté de la rate sur le rebord des doigts -          Examinateur est a gauche du patient il aura les doigts en crochets et procédera de la même manière

**Qu’est ce qu’une infection bactérienne GRAM + :**

-          GRAM + désigne des bactéries qui se colorent de la même couleur que le colorant utilisé, on distingue ainsi les GRAM – qui ne se colorent pas et les GRAM + qui se colorent.

-          Parmi les GRAM + on compte les
Staphylocoques Les pneumocoques Streptocoques

Citer les 5 cancers fréquents chez la femme : Sein Utérus Col de l’utérus Colorectale Ovaire Quelles mesures de préventions et de dépistages de cancers préconisez vous chez la femme ?

 -          Pour le cancer du sein : apprendre l’autopalpation à faire régulièrement et ainsi que des mammographies a faire tout les ans après 50 ans
-          Pour les cancers du col de l’utérus et de l’utérus : faire des frottis cervico vaginaux régulièrement  et se faire vacciner contre le papillo-virus
-          Cancer colorectale : hémocults réguliers, vérifier les ATCD de polypes dans la famille et faire occasionnellement des TR
-          Cancer de l’ovaire = aller de manière systématique chez le médecin en cas de découverte d’une tuméfaction ou autres signes généraux
-          Ainsi que prévention sur les agents cancérigènes comme le tabac, l alcool, les radiations, certains médicaments, certain virus.
Mr M, 50 ans, tabagique, présente une douleur dans le mollet droit

Quels arguments de l’interrogatoire vous orienteraient vers une artériopathie oblitérante des MI ? -          Douleur survenu après un effort, sans irradiation de type crampe ou serrement
-          Avec facteurs de risque : tabagique.

Cette douleur unilatérale du mollet est apparue alors que le patient était hospitalisé pour une entorse et est resté alité a)      Quels sont les éléments cliniques qui feraient penser à une thrombose du membre inférieur droit :
-          Douleur unilatérale du mollet
-          Mollet chaud et rouge
-          Avec augmentation du périmètre du mollet
-          Douleur à la dorsiflexion du pied
-          Pouls dissocié

b)      Quelles complications pouvez-vous craindre ?
-          Embolie pulmonaire

Ce patient de 50 ans, tabagique et exploitant agricole, présente une perte de poids de 15 kg récente. Vous évoquez une possible néoplasie (croissance cellulaire)
-          Quels facteurs de risques recherchez-vous ?
ATCD de cancer ATCD familiaux Les facteurs de risque lié a sa profession= pesticides Les facteurs de risques liés a son mode de vie : tabac, alcool, diabète, HTA -

**Quels cancers recherchez-vous ?**
Cancer du poumon Cancer intestinale= colorectale Cancer de la prostate

**Vous retrouvez des adénopathies cervicales basses à gauche**

**-          Quels caractères des ces adénopathies pourraient orienter**
**a)       vers un cancer ?**
Dur et roule sous les doigts Multiples Pas très volumineux

**b)      Vers un processus infectieux ?**
Blessure récente à proximité Peau rouge et inflammation aux alentours de l’adénopathie
**1)      Qu’est ce qu’une infection communautaire ?**
-          Infection acquise en ville, au domicile du patient

**2)      Qu’est ce qu’une infection nosocomiale ?**
-          Infection acquise à l’hôpital :
Survient 48h ou 72h post admission à l’hôpital  1 mois pour une plaie opératoire Jusqu'à 1 an pour une prothèse

**3)      Qu’est ce qu’une bactérie gram positif ?**
-          Bactérie qui prend la couleur du colorant à l’inverse des bactéries gram – qui ne se colorent pas
-          Staphylocoque, streptocoques et pneumocoque en font parti

**4)      Quels sont les signes de gravité d’une pneumonie bactérienne ?**

-          Signe de gravité au niveau des constances vitales :
 température au dessus de 40 ou en dessous de 35 PAS< 90 mmHg FC>125 FR>30 SaO2<90% -          Troubles de la conscience : désorientation, démences, confusion
-          Photophobies
-          Signe de Brubzunski : pas possible de soulever la jambe d’un patient allongé
-          Signe de Kermigh : le patient n arrive pas a toucher son sternum avec son menton quand il est debout
-          Signe hémorragiques : purpura, CIVD ou hématomes

**5)      Quels sont les signes cliniques pouvant évoquer un choc toxi infectieux ?**
-          Marbrures
-          Cyanose
-          Pouls accéléré ou ralenti
-          TA basse
-          Oligurie
-          Extrémité froide

**6)      Devant un patient alité depuis 15 jours, quels sont les signes qui caractérisent le tableau d’une thrombose veineuse d’un membre inférieur ?**

-          Caillot qui se coince dans une veine provoque :
Douleur unilatérale du mollet Rougeur, chaleur Augmentation du périmètre du mollet Douleur a la dorsiflexion du pied Pouls dissocié

**7)      Quelles sont les complications éventuelles d’une plaque athérome de l’aorte abdominale sous rénale ?**

-          Athérosclérose de l’artère
-          Qui peut provoquer une insuffisance rénale
**Un patient, jeune de 21 ans, présente une douleur thoracique aigüe qui vous évoquer en l’absence de facteurs de risques cardio-vasculaire, une péricardite.**
**1)      Quels sont les critères sémiologiques qui par l’interrogatoire  permettent de rapporter cette douleur à une péricardite ?**

-          Douleur thoracique :
d'apparition brutale ou subaiguë prolongée ; médiane, ou latéralisée à gauche ; irradiant parfois à l'épaule gauche augmentée à l'inspiration, rendant difficile cette dernière ; beaucoup plus importante lorsque le patient est sur le dos (décubitus dorsal), relativement calmée en position assise.

 **2)      Risque cardio vasculaire que vous recherchez a l’interrogatoire ?**

-          Risque non évitable : sexe (homme), âge (ce n’est pas le cas) et hérédité
-          Risque lié au mode de vie : régime alimentaire hypercalorique, tabac, alcool, obésité, sédentarité
-          Risque modifiables : diabète, HTA, hyperCs, hyperglycidémie

**3)       -          Qu’est ce qu’une pandémie :**
Epidémie présente sur une large zone géographique avec de nombreux cas dans un temps donné

**-          Qu’est-ce qu’une infection sporadique** : touche que quelques personnes isolées

**4)      Enuméré les critères de gravité d’une infection pulmonaire**

-          Signe de gravité au niveau des constances vitales :
 température au dessus de 40 ou en dessous de 35 PAS< 90 mmHg FC>125 FR>30 SaO2<90% -          Troubles de la conscience : désorientation, démences, confusion
-          Photophobies
-          Signe de Brubzunski : pas possible de soulever la jambe d’un patient allongé
-          Signe de Kermigh : le patient n arrive pas a toucher son sternum avec son menton quand il est debout
-          Signe hémorragiques : purpura, CIVD ou hématomes

5)      En cas du cancer du sein ( tumeur de 5cm du cadran supéro-interne du sein droit) vous découvrez des ganglions axillaires droits

**a)      Quels arguments seraient en faveur de métastases ?**

-          Multi adénopathies
-          AEG
-          Fièvre

**b)      Quelles autres localisations métastatiques recherchez vous lors d’un cancer du sein ?**

-          Cérébrale
-          Hépatiques
-          Surrénaliennes
-          Osseuse
-          Pulmonaires
-          Génitales

6)      Adénopathies du cou et de la tête ?

-          Derrière le patient :
Ganglion sous mentonnier Ganglion sous maxillaire Ganglions amygdaliens Ganglions pré et rétro auriculaire -          Devant le patient
Ganglion sus claviculaires Ganglions occipitaux Ganglions des chaines cervicales superficiel et profonde
 Signes cliniques d’une thrombose veineuse de la jambe droite ?

-          Douleur du mollet unilatérale
-          Mollet est chaud et rouge
-          Augmentation du périmètre du mollet
-          Pouls dissociant
-          Douleur accentué en dorsiflexion du pied

Douleur d’une artériopathie du membre inférieur -          Douleur souvent dans le mollet
-          Crampe / serrement
-          Pas irradiation
-          Déclenché par un effort
-          Absence de douleur au repos

Un patient présente une artériopathie chronique des membres inférieurs, trois de ses orteils du pied droit sont douloureux et d’aspect nécrotique. Qu’elles complications pouvez-vous évoquer ?
-          Athérosclérose d’une artère
-          Diminution du débit sanguin en aval de la plaque athérome
-          Ischémie d’une artère de la jambe droite

Quels sont les facteurs de risques d’athérosclérose que vous recherchez chez un patient présentant une douleur coronarienne ?

-          Facteurs de risque non modifiable : l’âge, le sexe et l’hérédité
-          Facteurs de risques liés au mode de vie : sédentarité, alimentation trop calorique, obésité, tabac, alcool
-          Facteurs de risques modifiables : diabète, HTA, hyperCs, hyperglycéridémie

Décrivez la douleur d’une artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche ?

-          Claudication intermittente
-          Douleur survenue brutalement durant un effort
-          Pas d’irradiation
-          Sueurs
-          De type crampe, serrement

Signes cliniques d’un état de choc infectieux ?

-          Marbrures
-          Cyanose
-          Froideur des extrémités
-          HTA
-          Pouls filants ou rapide
-          Oligurie
-          Signes hémorragiques = purpura fulminent
-          Intensité de l’infection : pneumopathie bilatérale et hépatite

La pyélonéphrite est une infection sporadique
Qu’est-ce qu’une bactérie GRAM + ? citer quelques uns de ces germes
-          Bactéries dont les membranes se colorent en présence d’un colorant à la différence des bactéries GRAM – qui ne se colorent pas
Staphylocoque Pneumocoque Streptocoque

**Décrivez les signes d’une décompensation cardiaque droite :**

-          Turgescence des veines jugulaires
-          Reflux hépato-jugulaire positif : patient en décubitus dorsal, quand on appuie sur le foie = dilatation des veines jugulaires
-          Œdème des MI
-          Epanchements pleuraux-ascite
-          Hépatomégalie douloureuse
-          Douleur abdominale, anorexie
-          Amaigrissement

1. **Quelle sont les complications possibles liées à l’athérome d’une plaque située au niveau de l’artère fémorale gauche ?**

Une plaque d’athérome réduit le diamètre de l’artère fémorale gauche, provoquant les tableaux de l’artériopathie oblitérante du membre inférieur, qui sont de gravités croissantes en fonction de l’importance de la plaque.

* + La claudification intermittente : Boiterie secondaire à une douleur dans le mollet ( rarement la cuisse ) et survenant au bout de quelques instants de marche ( et s’atténuant au repos). La douleur est liée à l’ischémie musculaire des muscles de la jambe en aval, secondaire à la sténose ( à l’effort quand le débit augmente, ou même allongé si la sténose est importante. ).
	+ Si la plaque se fibrose de façon trop importante, se détache et crée une embole, celle ci peut aller se coincer dans une artériole distale du membre inf, créant une ischémie tissulaire aigu, et dégénérant rapidement en se nécrosant et favorisant la formation d’une gangrène ( amputation dans les extrêmes ).
1. **Décrire la thrombose veineuse de la jambe, et sa principale complication.**

La thrombose veineuse ou phlébite ou thrombophlébite ou phlébothrombose est la formation d’une caillot dans une veine, le plus souvent dans les veines des membres inf, provoquant leur oblitération et leur inflammation.

Il en résulte une stase veineuse en amont, provoquant un reflux veineux vers les veines superficielles ( varices ) et une accumulation de liquide dans le milieu interstitiel ( œdème important ).

Souvent unilatéral, la région touchée ( souvent la jambe ) est chaude, tuméfiée, rouge et douloureuse à la palpation, ainsi que positive au signe de Homans ( si l’atteinte est à la jambe.)

La principale complication est l’embolie pulmonaire, dû au détachement du caillot et sa remontée par le circuit veineux : passe par la VCI, OD, VD, et se coince dans une artère pulmonaire ou une de ses artérioles.

1. **Un patient présente de l’athérome. Définir celui ci, décrire ses localisations les plus fréquentes et les facteurs favorisant son apparition.**

L’athérome correspond au remaniement de l’intima des artères de gros et moyens calibres, consistant à une accumulation locale de lipides, de glucides complexes, de sang et de ses produits ( de coagulation entre autres ), de tissus fibreux, de dépôt calcaire, le tout associé à une modification de la média.

L’athérome se situe le plus souvent aux carrefours circulatoires artériels de gros et moyens calibres comme l’aorte et ses branches ( surtout rénales ), les artères carotides, les artères coronaires ( endroit de compressions et mouvement important ) et les artères du mbr inf ( fémorale, iliaque, tronc tibio péronier ).

Les facteurs prédisposant à cette infection sont classés en 3 catégories :

* Facteurs non modifiables : âge, sexe, hérédité.
* Facteurs liés au mode de vie : sédentarité, régime hypercalorique, tabac et alcool, Obésité.
* Facteurs modifiables : HTA, diabète, hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie et facteurs inflammatoires ( homocytéine, CRP, fibrinogène ).
1. **Dans un processus cancéreux, qu’est une Métastase ? Est ce un facteur de gravité ? Pourquoi ? Quelles sont les principales régions métastatiques ?**

Une métastase est une cellule qui a subit une mutation génétique ( cellule cancéreuse ) et qui quitte sa colonie originelle par les voies vasculaires pour coloniser une autre région, un autre tissu de l’organisme ( formation d’un nouveau dôme cancéreux ).

C’est un facteur de gravité très important en oncologie, car il indique l’aspect malin du cancer. En effet, plusieurs zones se colonisent et provoquent de nouveaux dysfonctionnements organiques et il y a donc d’avantage de zones à traiter ( c’est à dire d’avantage d’irradiation, de chimiothérapie pour le sujet, etc. ), le pronostic vital s’abaisse.

Les principales régions :

* hépatique
* cérébrale
* osseuse.
* pulmonaire
* surrénalienne
1. **Décrire les facteurs favorisant le cancer et les plus fréquents chez l’homme et la femme.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AlcoolTabacAlimentationMédicamentEnvironnement | Rayonnement ionisant et UVMétier | VirusPrédisposition génétique |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Homme | femme |
| 1. poumon
2. prostate
3. colorectal
4. pharynx
 | 1. Sein
2. utérus
3. col
4. colorectal
5. ovaire
 |

1. **Vous suspectez chez un homme alcoolique de 60 ans une hépatomégalie. Décrivez la technique d’examen pour rechercher une hépatomégalie. Que recherchez vous comme éléments d’examens pour orienter votre diagnostic vers une cirrhose alcoolique ? Tumorale ?**

Le patient sera en décubitus dorsal, les jambes à demi-fléchies pour décontracter les muscles grand-droits de l’abdomen. Le médecin, positionné à droite de l’individu cherchera d’abord à localiser le bord sup du foie. Pour cela, il percutera la cavité thoracique, au niveau de la ligne médioclaviculaire D dès le 3EIC puis descendra doucement aux interstices sous-jacents, jusqu’à ce que le tympanisme devienne matité, 5-6 EIC physiologiquement ( marquer le lieu au stylo ).

Ensuite, on cherchera le bord inf, du foie. Pour cela, avec le bout des doigts ou le bord radial de l’index, on explorera à la palpation d’une part la fosse iliaque droite lors d’une inspiration profonde ( en dedans du grand droit, vers le haut et le dedans ). Si le fois ne vient pas contre le bout des doigts, remonter à hauteur de l’ombilic, puis dans l’hypochondre droit, puis dans le rebord sous costal D. On effectuera la manœuvre également sous l’appendice xiphoïde et sous le rebord sous costal G.

Si sur la ligne médioclaviculaire D, le fois mesure + de 12 cm, c’est l’hépatomégalie.

Sur le plan clinique, le diagnostic de la cirrhose alcoolique sera orienté grâce à une interrogatoire adapté du sujet ( des signes cliniques visibles lors de l’inspection ), un bord inférieur dur et tranchant, une face antérieur du foie bosselée, granulée. Le foie peut être hyper ou hypotrophique selon la phase d’évolution. Un syndrôme d’hyper tension portale peut être noté, avec circulation collatérale, varices oesophagiennes ( ATCD d’hématémèse ? ), ascite et autres signes cliniques d’insuffisance hépato cellulaire.

Le foie tumoral présentera un bord inf dur, une face ant déformée, marronnée ( cancer multifocal ). Possibilité d’atrophie hépatique. On s’orientera aussi sur l’interrogatoire ( en particulier si contexte d’ATCD de cancer, de cirrhose avancée ). Diagnostic écho/IRM, sérologie avec marqueurs. Possible AEG, avec fièvre ( SRIS ).

En résumé :

Hépatomégalie + nodule + sujet jeune sans symptôme = kyste bénin.

Hépatomégalie + nodule + cirrhose = carcinome hépato cellulaire.

Hépatomégalie + multinodulaire + ATCD cancer = métastases hépatiques.

1. **Décrire la symptomatologie de l’insuffisance hépatique :**
* Hypoglycémie
* Œdème ( cérébral, ascite )
* Trouble de la coagulation
* Ictère
* Acidose lactique.

1. **Devant quelle symptomatologie doit-on penser à une méningite méningococcique ?**
* Céphalée
* Purpura fulminant
* Raideur de la nuque
* Résistance douloureuse à l’extension de la cuisse, la flexion passive du cou déclenche une flexion de la jambe ( signe de Kernig et Brudzinski )
* Photophobie, voir phonophobie
* Vomissement
* Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique ( notamment hyperthermie ) : SRIS.
* Troubles de la conscience.
1. **Quelles mesures de préventions et de dépistage de cancers proposez vous chez la femme ?**

Pour le cancer du Sein, on proposera l’apprentissage de techniques d’autopalpations à effectuer de façon régulière, des mammographies occasionnelles, mais dont la fréquence doit augmenter avec l’âge.

Pour le cancer du col de l’utérus, d’effectuer des frottis cervico-vaginaux par un professionnel et se vacciner contre le papillo-virus.

Pour le Cancer colo-rectal, d’effectuer des hémocults régulières, vérifier les ATCD de polypes dans la famille et faire d’occasionnels TR.

Pour le cancer de l’ovaire et de façon général, aller de manière systématique chez le médecin en cas de découverte d’une tuméfaction ou autres signes généraux.

Et bien que moins fréquent, les cancers qui métastasent rapidement comme le mélanome sont à faire surveiller par un spécialiste et par les organisations de dépistage gratuites.

Sur le plan de la prévention, on pourra mettre en garde le patient sur les principaux éléments carcinogènes :

Le tabac, l’Alcool, certains aliments et régimes, l’expositions de certaines substances en milieux professionnels, les UV ( crème solaire, non exposition aux grandes heures ), rayonnement, certains médicaments, virus, etc.

1. **Vous découvrez un ganglion isolé du creux axillaire chez une femme de 20 ans. Quels critères sémiologiques retenez vous pour l’analyse de ce ganglion ? Que recherchez vous ?**

On cherchera face à une adénopathie isolée des signes d’infection loco-régional, d’infection générale, un cancer métastatique ou une hémopathie ( lymphome ).

L’interrogatoire et l’examen clinique serviront à analyser la cause sous jacente du ganglion hypertrophié.

On cherchera à l’interrogatoire une possible atteinte infectieuse due à une lésion cutané, muqueuse, une blessure récente, si les vaccins sont mit à jour, un voyage en Asie, en Afrique, le lieu d’habitat. On cherchera ensuite des facteurs prédisposant aux cancers comme le tabac, l’alcool, mais aussi d’éventuels produits manipulés comme les insecticides, un VIH et autres virus, etc.

L’examen clinique débutera par une inspection du ganglion : unique ou multiple, aspect inflammatoire, suppuré ou non.

La palpation appréciera la taille qui sera mesurée, la consistance, sa mobilité ou sa fixité par rapport aux tissus adjacents, sa chaleur, si d’autres ganglions l’accompagnent ou non.

On palpera toutes les aires ganglionnaires superficielles du corps, ainsi que le foie et la rate.

Les aires lymphatiques drainant chacune une région particulière, on sera à la recherche d’une éventuelle porte d’entrée, un grain de beauté ou autres lésions suspectes, sans oublier la région endobuccale.

Il s’en suivra un examen général classique ( inspection générale, palpation, percussion, auscultation, etc. )

Si le ganglion est inflammatoire, on le ponctionnera. Sinon, on emmènera le patient faire une radiographie et une sérologie.

1. **Technique d’examen d’une Splénomégalie.**

Le patient sera en décubitus latéral droit, le bras gauche en dessus de la tête et les membres inférieurs à demi-fléchis pour détendre la musculature abdominale.

On commencera par percuter le foyer splénique et vérifier que son bord supérieur ne dépasse par la 9eme côte.

La palpation s’effectuera de 2 manières ( au choix du praticien ).

A droite du sujet, le praticien posera sa main droite dans la fosse lombaire gauche du patient tandis que sa main gauche palpera de la façon suivante : les doigts obliques à travers l’abdomen du niveau de l’ombilic en remontant progressivement vers le rebord sous costal G. Le II et III appuient vers le haut et le dedans pendant que le sujet inspire, attendant la butée de la rate sur le bout des doigts de l’examinateur.

A gauche du sujet, l’examinateur aura les doigts en crochet et procédera de la même manière.

1. **Qu’est ce qu’une infection à gram positif ?**

La coloration de Gram est un colorant qui met en évidence certaines propriétés de la paroi des bactéries, permettant aisément de les classer selon que celles ci se colorent à la coloration de gram ( bactérie Gram + ) ou ne se colorent pas ( bactérie Gram - ). Une infection à Gram + est donc une infection de l’organisme par une bactérie qui se colore à la coloration de Gram.

On citera comme Bactérie Gram + : les staphylocoques, les Streptocoques ou encore les Pneumocoques.

1. **Quelles sont les principales localisations des adénopathies cervicales ?**

D’une part à étudier de dos au patient, les doigts en crochet : les ganglions sous mentonniers, sous maxillaires, amygdaliens, pré auriculaires et rétro auriculaires.

D’autre part, à étudier face au patient : les ganglions occipitaux, les chaînes cervicales superficielles, profondes et postérieures, ainsi que les ganglions sus claviculaires.

1. **Qu’est ce que : une infection sporadique, une épidémie et un sepsis ?**

Une infection sporadique est une infection qui touche quelques individus ça et là.

Une épidémie est un nombre anormal de cas d’une même infection dans un lieu donné et pendant un temps donné.

Le Sepsis ou syndrome septique est la 2eme étape d’évolution dans le classement des états infectieux. Il correspond à un syndrome de réponse inflammatoire systémique ajouté à une infection définie et localisée ( ex : une pyélonéphrite ).

1. **Caractéristiques d’un souffle d’insuffisance mitrale :**

C’est un souffle qu’on retrouvera dans le foyer mitral, c’est à dire dans le 5EIC gauche, sur la ligne médioclaviculaire, qui irradiera vers la région axillaire gauche, voir le dos.

C’est un souffle holosystolique, d’intensité variable et dont le timbre ressemble à un jet de vapeur.

Il sera mieux perçu en décubitus latéral gauche et sera précédé d’un clic mésosystolique en cas de prolapsus des valves mitrales.

1. **Vous découvre un cancer du Sein D chez une femme de 60 ans, qui consulte pour des céphalées et une HTA. Quels éléments de votre examens vous orientent vers un cancer grave ?**

Un cancer grave est un cancer évolué qui s’est métastasé. C’est à dire que certaines cellules dites malignes ( les métastases ) du foyer cancéreux initial se sont disséminées dans le corps par les voies circulatoires, créant de nouveaux foyers ectopiques.

A l’examen général, on pourrait retrouver une altération de l’état général avec asthénie, amaigrissement, anorexie et un petit fébricule vespéral ou en plateau.

L’examen des ganglions pourrait trouver de multiples adénopathies, collant aux tissus adjacents, suppurés ou hémorragiques et de consistances pierreuses, traduisant le stage métastatique.

Les céphalées sont peut être secondaires à des métastases cérébrales.

1. **un patient vous signale qu’il présente à l’effort des douleurs thoraciques. Quels critères d’interrogations retenez vous pour suspecter une angine de poitrine ? Quels facteurs de risques cardio-vasculaires recherchez vous ?**

Les critères de la douleur elle même : une douleur retro-sternale qui serre comme un étau la poitrine et qui irradie principalement vers les mandibules et le bras gauche. La douleur apparaît à l’effort ( ou au froid ) brutalement, aggravée par l’effort mais soulagée par le repos et la prise de Trinitrine. Il s’y associe parfois des sueurs.

On recherchera d’une part les FdR non modifiables : sexe masculin, l’âge et les ATCD familiaux de maladies cardio-vasculaires.

Puis les FdR liés au mode de vie : une sédentarité, un régime hyper calorique et gras, une ingestion excessive d’alcool, fumeur et obèse ( IMC > 30 kg/m² )

Enfin, les FdR modifiables : diabète, hyper tension artérielle, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie , facteurs inflammatoires ( homocystéine, Protéine C réactive, Fibrinogène, etc. )

1. **Ce patient devient fébrile. Quels critères de gravité recherchez vous devant un tableau infectieux sévère ?**

On cherchera d’abord les signes de gravité au niveau des constantes vitales : ( un seul de ces signes nécessite une hospitalisation )

Température >40° ou <35°

PAS < 90 mmHg

FC > 125

FR > 30

SaO2 < 90%

On cherchera des troubles de consciences : désorientation, démence, confusion,.

Puis des signes hémorragiques : Purpura ( à entourer ), CIVD ou hématomes.

Un état de choc sera ensuite à chercher : pâleur du visage, cyanose des extrémités ( doigts, orteils, lèvres, oreilles ), une marbrure des genoux ou des membres inférieurs, une oligurie, une hypotension artérielle, un pouls rapide et filant.

Si l’infection est nosocomiale ou non ( information plus tardive )

Puis on cherchera à savoir si un organe est touché, en particulier un organe noble ( cœur, poumon, SNC, foie et rein ) et si il y a dysfonction de l’organe ( sepsis sévère ). Avec quelle intensité et le niveau d’étendue de l’infection ( au poumon : 1 lobe ? 2 lobes ? les 2 poumons ? ).

Les tableaux sont parfois bruyant et indicateurs de la gravité de l’état du sujet : installation d’une respiration abdominale paradoxale ( signe d’un prochain arrêt respiratoire), signes méningés avec contracture musculaire, purpura fulminant, céphalées, vomissement et photophobie. L’atteinte méningés ou encéphalique est gravissime.

SÉMIOLOGIE – MÉDECINE INTERNE

1 – Une femme de 60 ans consulte pour des céphalées, qui vous permettent de découvrir une hypertension artérielle.

Elle n'a jamais vu de docteur depuis sa seule et unique grossesse.

* **Quelles mesures de prévention vis-à-vis du cancer proposez vous à cette patiente ?**

On va lui proposer un frottis cervico-vaginal pour détecter un éventuel cancer de l'utérus, et une palpation suivie d'une mammographie pour détecter un éventuel cancer du sein.

* **Vous lui découvrez un cancer du sein droit. Quels éléments de votre examen vous orientent vers un cancer grave ?**

Les céphalées dont se plaint la patiente ont probablement pour cause la présence de métastases au niveau du cerveau, qui seraient donc signes d'une forme aggravée du cancer.

La découverte à l'examen de métastases hépatiques, osseuses ou encore pulmonaires ... nous orientera également vers un cancer grave.

* **Décrire la douleur dans le cadre d'une arthériopathie du membre inférieur droit chez un homme fumeur de 56 ans.**
	+ Claudication intermittente
	+ Siège : mollet
	+ Type : crampe, serrement
	+ Pas d'irradiation
	+ Survenue à l'effort
	+ Durée : 20 minutes/1H
	+ Disparition au repos

**Vous suspectez chez un homme alcoolique de 60 ans une hépatomégalie.**

**1 – Décrivez la technique d'examen pour rechercher une hépatomégalie**

* Une hépatomégalie est examinée en tentant de palper le bord inférieur du foie. Pour celà on se place à la tête du malade en décubitus dorsal, les doigts placés en crochet sous le hauvent costal droit, on lui demandera d'inspirer profondément, si il y a une hépatomégalie, le bord inférieur du foie va venir buter sur les doigts.

**2 – Que recherchez vous comme éléments d'examen pour orienter votre diagnostic**

* **Vers une cirrhose alcoolique**

A la palpation, le foie sera dur, lisse et régulier, à bord inférieur tranchant.

On demandera une échographie, si le foie est déformé, bosselé, hétérogène, qu'il y a une éventuelle présence d'ascite et qu'il y a des signes d'hypertension portale, on s'orientera vers une cirrhose alcoolique.

**Sémiologie du colon, du rectum et de l'anus**

 Disposition du colon

En cadre dans la cavité abdominale.

* Colon droit : Caecum + colon ascendant + angle droit ou hépatique
* Colon transverse
* Colon gauche : Angle gauche ou splénique + colon descendant + colon iliaque (en regard de l'os iliaque) + anse sigmoïde.

 Morphologie

* Calibre plus important que le grêle
* Bosselures ou haustrations
* Bandelettes longitudinales

 Rapports du caecum

Ballon bosselé +/- accolé en FID. Situation variable : haute ou basse.

* Iléon terminal (valvule iléo-caecale termino-latérale) et appendice.
* En arrière : uretère
* Vessie

Risque de volvulus si très peu accolé.

 Rapports colon ascendant et angle droit

* Fascia de Toldt en arrière, uretère et rein droits.
* Bloc duodéno-pancréatique
* Foie (inconstant ligament cystico-duodéno-colique)

 Rapports colon transverse

Variable : très haut.

* Foie et vésicule biliaire
* Duodénum et pancréas
* Anse duodéno-jéjunale
* Estomac
* Pôle inférieur de la rate, corne gauche de l'épiploon
* Grêle

 Rapports angle gauche et colons descendant, iliaque, sigmoïde

* Rate
* Estomac
* Queue du pancréas
* Rein et uretère gauches
* Vaisseaux iliaques

 Rectum

Limite colo-rectale : au niveau de S3.

Partie supérieure : rectum pelvien ou ampoule

* 12 à 15 cm
* S'appuie sur la concavité sacro-coccygienne
* Partie supérieure : péritonisée (rectum sus douglassien ou intra-péritonéal)
* Partie inférieure sous péritonéale ou sous-douglassienne

Partie inférieure : canal anal

* 3 à 4 cm de hauteur
* Correspond aux sphincters de l'anus

 Rapports du rectum pelvien

En haut : péritoine pelvien, viscères intra-péritonéaux, utérus

En avant : aponévrose prostato-péritonéale(de Denonvilliers) ou fascia recto-vaginak

Latéralement : ligament latéral avec une inconstante artère rectale moyenne, plexus hypogastrique inférieur et nerf érecteur

En arrière : meso du rectum, épais et gras, mésorectum (espace cellulo-graisseux, lymphatiques), contenu par une enveloppe - le fascina recti sur les 3/4 postérieurs de la circonférence.

 Canal anal

* Sphincter externe : élément du plancher pelvien
* Sphincter interne : musculeuse rectale

 Vascularisation du colon

**Colon droit** : Artère mésentérique supérieure (branches colique ascendante, droite (angle), moyenne), les veines et les lymphatiques suivent les axes des artères. Arcade para-colique de Riolan (suppléance).

**Colon gauche** : artère mésentérique inférieure (branches colique gauche (angle), tronc des sigmoïdiennes). Les veines et les lymphatiques suivent ces axes.

 Vascularisation du rectum

* Artère rectale supérieure, branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, se divise en 2.
* Artère rectale moyenne, inconstante, nait de l'artère iliaque interne.
* Veines rectales supérieures formant la veine mésentérique inférieure puis veine porte.

 Innervation à proximité : risque

Plexus hypogastrique supérieur et inférieurs : nerfs hypogastriques.

 L'examen clinique

* L'interrogatoire
* Inspection
* Palpation
* Percussion
* Ausculation
* Touchers pelviens

 Les signes cliniques

Les douleurs :

* colique
* rectale
* anale

Les troubles du transit :

* constipation
* diarrhées

Emissions par l'anus.

 La douleur

* Douleur colique : crampe ou impression de ballonnement, soulagée par l'évacuation de selles ou de gaz (syndrome de Koenig)
* Douleur rectale : épreintes (crampes rectales, ténesmes (contraction douloureuse de l'anus), faux besoins - l'ensemble de ces trois signes constituent le syndrome rectal.

 Rectorragies

Emission de sang rouge par l'anus (à différencier du méléna : émission de sang noir dans les selles) :

* Filer de sang dans les selles : tractus digestif
* Sang arrosant la cuvette et souillant le papier hygiénique : pathologie anale (hémorroïdes, dg d'exclusion)

Saignement occulte (microscopique : hémocult).

 Troubles du transit

Constipation :

* De transit : selles < 3 / semaine, origine colique
* Terminale (dyschésie), difficulté à obéir à l'exonération

Diarrhée : plus de 3 selles par jour, poids des selles > 300 g/jr.

 Inspection

* Météorisme abdominal

 Palpation

* Défense : tension localisée ou généralisée de la paroi abdominale que l'on peut vaincre à la palpation douce (inflammation intra-abdominale).
* Contracture (ventre de bois) : tension tonique, invincible, permanente (péritoine).

 Toucher rectal

* Doigtier bien lubrifié
* L'examen débute par l'inspection de la marge anale déplissée puis palpée
* Les faces du rectum sont explorées l'une après l'autre, en demandant au patient de pousser
* Le TR a pour objectif la recherche d'une tumeur ou la présence de sang sur le doigtier
* Il évalue également le canal anal, la tonicité du sphincter anal.

 Les exploration paracliniques

* Coloscopie : permet l'exploration de l'ensemble du cadre colique (réalisé après préparation colique : 3\_4 litres de PEG)
* Scanner abdominal : colon, rectum, signes d'inflammation, tumeurs, perforations.
* IRM : tumeurs rectales (pelvis +++)
* Echoendoscopie rectale ou anale : tumeurs, état des sphincters.
* Manométrie ano-rectale : état des sphincters et le la compliance rectale.
* ColpocystodéfécoIRM : bilan du plancher pelvien.

 Cancer du colon

Test hémocult systématique : 50-70 ans tous les deux ans.

* rectorragies, saignement occulte (anémie ferrprive), méléna
* douleurs abdominales
* masses abdominales

La présence de l'un de ces signes doit faire réaliser une colposcopie systématique !

* à la coloscopie en cas de tumeur : biospsies
* le dg est posé en cas de biopsies positives (adénocarcinome)
* bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien et un dosage de l'ACE (marqueur tumoral)

 Cancer du rectum

Mode de dg :

* Test hémocult systématique : 50-75 ans tous les deux ans
* Rectorragies, saignement occulte (anémie ferriprive)
* Syndrome rectal

La présence de l'un de ces signes doit faire réaliser une colposcopie systématique.

Bilan d'extension loco-régional :

* IRM
* Echo)endoscopie rectale

Bilan d'extension générale :

* Scanner thoraco-abdomino-pelvien et le dosage de l'ACE

 Diverticulite sigmoïdienne

Inflammation d'un ou plusieurs diverticules sigmoïdiens, observée chez plus de 50% des sujets de plus de 70 ans.

Pathogénie :

* Hyperpression intra-colique
* Pauvreté du bol féal en fibres alimentaires

Clinique :

* Fièvre
* Douleurs abdominales
* Défenses en FIG
* Syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose, élévation de la CRP)

Scanner abdomino-pelvien avec injection de PDC +/- opacification par voie basse :

* Dg de diverticulite : présence de diverticules, infiltration de la graisse périsigmoïdienne
* Recherche de complications (perforation/abcès)

 Proctologie

* Douleurs anales
* Rectorragies

 Hémorroïdes

Hémorroïdes externes : douleurs, thrombose hémorroïdaire

Thrombose hémorroïdaire :

* Tuméfaction bleutée, unique ou multiple, plus ou moins oedémateuse
* Douleur d'intensité variable non rythmée par la défécation
* La majorité des douleurs liées à une thrombose héréditaire externe cède après 48h.

Hémorroïdes internes : prolapsus, rectorragies.

Hémorroïdes : dg d'élimination, colposcopie devant toute rectorragie.

 Fissure anale

* Syndrome fissuraire : douleur anale à type de déchirure violente déclenchée par l'émission de la selle, s'atténuant pendant quelques minutes puis reprenant pour persister plusieurs heures.
* Constipation réflexe à la douleur
* Rectorragies minimes
* Prurit

**Sémiologie de l’appareil digestif**

Sémiologie des affections de l’appareil digestif

C’est l’étude des symptômes (= signes), qui peuvent être parfois relié en syndromes, pour essayer d’aller vers un diagnostic. C’est une chose importante, lorsque ces symptômes ou syndromes sont typiques de la maladie donnée ou qu’ils donnent une orientation. C’est l’interrogatoire (= signe fonctionnel, ressenti) qui va essayer de préciser ces symptômes et les regrouper en syndrome, il est essentiel.

L’examen clinique (= signe physiques) peut être important aussi, comme une masse retrouver à la palpation de l’abdomen, ou une sonorité. Parfois l’examen est négatif, on ne trouve rien d’évident au premier abord.

Tout cela permet d’avoir des éléments pour s’orienter vers un diagnostic : formation d’hypothèses. On va essayer de le confirmer par des examens complémentaires, radiologie, echographie, endoscopie. Avant ces examens il faut bien voir le patient.

**Sémiologie des affections oesogastroduodénales**

On recherche à l’interrogatoire les symptômes. Et lorsqu’il y a une plainte donnée par le malade, comme une dysphagie, une diarrhée, on va essayer de préciser :

* Sa nature, son type
* Sa localisation
* Sa date de début (quelques jours, plusieurs mois)
* Son intensité
* L’évolution dans le temps depuis la date de début (douleur permanente, rythmée par les repas, intermittente)
* Facteur déclenchants, qui soulagent (au moment du repas, postprandiale)
* Chronologie, prise alimentaire

A coté de ces symptômes, il faut aussi voir sur le plan général s’il y a des symptômes ou syndromes associés, AEG (Altération de l’Etat Général) :

* Amaigrissement
* Anémie
* Anomalie à l’examen physique

Recherche d’antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux (ex : cancer de l’estomac).

Et la recherche des habitudes hygiénodiététiques (alcool, tabac, …)

I - Sémiologie de l’œsophage

1. Anatomie fonctionnelle de l’oesophage

L’œsophage est un conduit musculo-muqueux qui fait passer les aliments de bouche à l’estomac. C’est un conduit musculaire avec un péristaltisme après la déglutition. Il est recouvert d’une muqueuse malpighienne qui n’a pas de fonction autre que la protection de la couche musculaire, sans fonction sécrétoire. Le bol alimentaire va jusqu’à l’orifice inférieur pour laisser passer le bol alimentaire dans l’estomac, zone de forte pression pour éviter les reflux gastrique.

1. Physiopathologie de l’oesophage
	1. Reflux gastro-oesophagien

Lors de l’incompétence du sphincter inférieur, il y aura un reflux gastro oesophagien, qui peut être simplement physiologique, mais cette relaxation est transitoire de 1 ou 2 secondes puis reprend sa zone de forte pression. Mais sera pathologique lorsque la muqueuse oesophagienne est exposer au contenu de l’estomac (qui est acide) plus longtemps, et plus fréquemment. C’est une maladie musculaire.

* 1. Rétrécissement de la lumière oesophagienne : Sténose

Entraîne une gène au passage du bol alimentaire, et donc des manifestations symptomatiques, comme la dysphagie (= difficulté au passage du bol alimentaire dans l’œsophage). Cette maladie est souvent de type malin (cancéreuse), chez les alcoolos tabagiques. Et dans 10% des cas c’est lié à une pathologie du bas œsophage.

Une inflammation fréquente du bas œsophage par les reflux gastro oesophagien, va faire rétrécir l’œsophage lors de la cicatrisation : sténose par reflux (bénigne).

Mais aussi, la sténose peut être du à une compression extrinsèque par des ganglions qui sont situé autour.

Ces rétrécissement peuvent être d’évolution variable, lent (sténose par reflux) ou rapide (par cancer, les manifestation apparaissent et évolue de manière rapide et entraîne aphagie = impossibilité de s’alimenter).

* 1. Trouble de la motricité : corps et sphincters de l’oesophage

Trouble de la fonction motrice de l’œsophage, au niveau du corps de l’oesophage, mais aussi possibilité au niveau des sphincter avec une difficulté d’ouverture du sphincter supérieur, mais aussi du sphincter inférieur = absence de relaxation = impossibilité au bol alimentaire de progresser normalement jusque dans l’estomac.

Achalasie = absence d’ondes péristaltiques sur le corps et absence de relaxation du sphincter inf. L’œsophage se dilate car l’alimentation stagne dedans. On parlait de méga oesophage avant, avec une dilatation de l’œsophage de 10-15 cm de large.

Spasmes diffus : trouble moteur, spasmes musculaires, à l’origine de douleurs intense au niveau thoracique, spasme étager, douleur angineuse ou pseudo angineuse (ex : l’angor est lié à un spasme des coronaires)

Diverticule de Zencker = poche qui apparaît sur le coté ou sur la paroi, point de faiblesse qui peut se développer, s’accentuer et qui peut comprimer l’œsophage lui même et peut être à l’origine d’une gène lors du passage du bol alimentaire. A la jonction laryngo oesophagienne.

1. Symptômes des troubles de l’oesophage
* **Dysphagie** = gène, difficulté du passage du bol alimentaire, après la déglutition, après l’ouverture du sphincter supérieur. Ce n’est pas une douleur, mais une sensation de blocage.
* **Pyrosis** = aigreur thoracique. C’est une douleur à type de brûlure, rétro sternal, à point de départ rétro xiphoïdien et à …. ascendante. Peut se passer la nuit, et être prolongé. Voir si c’est après le repas ou non. Favoriser par la position pencher en avant (signe du lacet), par le décubitus (réveil la nuit), et par l’antéfléxion. Caractère postural du pyrosis qui montre un reflux gastro oesophagien pathologique.
* **Régurgitation** = issue par la bouche d’un reflux gastro oesophagien ou gastrique sans effort. Lors de la répétition : maladie.
* **Odynophagie** = douleur rétro sternale qui suit la déglutition sèche (déglutition sans bol alimentaire)
* **Eructations** = rejet d’air par la bouche de façon brutale, lié à une irritation phrénique (contraction du diaphragme) c’est un signe dans certaines maladies de l’œsophage.
* **Hémorragie digestive** = saignement extériorisé par la bouche, (hématémèse = rejet de sang par la bouche) lors d’hémorragie distillante (peu de sang). Une hémorragie digestive peut être découverte par une anémie, qui serait dans certains cas, liée à un saignement du à une oesophagite par exemple.
* **Douleur rétro sternales pseudo angineuse** = constrictives, peuvent être liées à un spasme de l’œsophage.
* **Manifestations extra digestives**
	+ ORL : toux forte liée à un larynx irrité par le reflux gastro oesophagien la nuit.
	+ Broncho pulmonaire m broncho spasme nocturne : remonter du contenu oesophagien ou gastrique, qui est inhaler et qui va entraîner d’un seul coup un spasme des bronches.
	1. Symptômes fonctionnels du RGO

**Pyrosis** : brûlure resto sternal ascendante, traçante, à point de départ rétro xiphoïdien et à sensation d’aigreur. Caractère postural de ce symptôme.

**Régurgitation acide** : contenu acide de l’estomac qui remonte jusqu’au niveau pharyngé sans effort de vomissements ou nausées.

🡺 Grâce à ces deux éléments, dès l’interrogatoire on peut faire le diagnostic.

Forte spécificité et faible sensibilité : ce n’est pas parce qu’il n’y a pas de symptômes qu’il n’y a pas de RGO, mais quand il y a ces symptômes c’est forcement un RGO.

**Brûlures épigastriques**

**Manifestation pulmonaire** : la nuit avec la remontée du liquide et l’inhalation, dyspnée asthmatiforme ou toux par irritation laryngé, des bronches.

**Symptômes pharyngés ou laryngé** : laryngite postérieure, enrouement.

**Douleur pseudo angineuse** : peut être un élément, le reflux peut entraîner un spasme de l’œsophage et donc entraîner cette douleur liée a un spasme musculaire du bas œsophage

* 1. La dysphagie

C’est une sensation de gène ou d’obstacle à la déglutition des aliments, à différencier de :

* L’odynophagie = douleur lors de la progression du bol alimentaire
* La sensation de striction cervicale liée à l’anxiété (globus hystéricus), une angine peut aussi empêcher ça, problème lors de la déglutition
* L’anorexie (perte d’appétit, « je commence à manger puis ça bloque » sorte de satiété)

Eléments sémiologiques de la dysphagie

Lorsque l’on a ce symptôme il faut le caractériser

* Localisation et niveau de la dysphagie
* Electivité pour les solides : sténoses, pour les liquides : **dysphagie paradoxale** = si pour les liquides seulement il n’y a pas d’obstacle, c’est lié à des troubles moteurs de l’œsophage, c’est le fonctionnement, les muscles qui n’entraînent plus de progression musculaire. Cette dysphagie paradoxale, pour les liquides et pas pour les solides évoque un trouble moteur. Caractère intermittent ou capricieux (parfois c’est normal, d’autre fois non), peut être lié à la température ou au stress.
* Début : brutal ou non.
* Evolution : rapidement progressive du solide vers les liquides : dysphagie mécanique lors de cancer par exemple, intermittente, ou lentement progressive : la dysphagie mécanique par exemple (sur plusieurs mois).
* Symptômes associés : régurgitations, RGO, ORL, pulmonaire.
* Altération Etat Général (anorexie, amaigrissement)

Cause de dysphagie

* **Cancer de l’œsophage** : une grande partie de la lumière de l’oesophage est rétrécie, c’est un cancer déjà évolué. Symptôme tardif, dominant, initialement sélectif pour les solides. Début récent, mécanique, rapidement progressif. Avec régurgitation et altération de l’état général.
* **Sténoses par reflux** (sténose peptique, bénigne) : dysphagie intermittente au début, lentement progressive, sélectivité pour les solides. Localisation rétro sternale basse, passé de RGO : malade qui a eu un pyrosis fréquent (mais c’est inconstant)
* **Troubles moteurs** : achalasie. Souvent dans la deuxième partie de la vie (vers 40-50 ans) gène longtemps modéré, qui peut être capricieuse (de temps en temps au cours d’un repas), paradoxale, d’abord pour les liquides, à la fin lorsqu’on a plus de contraction du tout, les solides aussi car tout est bloquer dans l’œsophage. Peut être déclencher par un stress, un aliment trop chaud, trop froid, on a souvent une régurgitation associé avec toutes les complications pulmonaires, spasmes avec douleur pseudo angineuses, et une altération de l’état général.
	1. La hernie hiatale

C’est l’issue d’une partie plus ou moins importante de l’estomac, dans le thorax, à travers l’hiatus diaphragmatique. A la jonction œsophage estomac il y a des ligaments, les piliers du diaphragme, on a des éléments qui empêche la remonter de l’estomac dans le thorax. Mais chez certains malades, on a une absence ou une diminution de ces fixations qui va entraîner la remonter de l’estomac.

Elle peut être

* **Par glissement** : la jonction oesogastrique se retrouve plus haut, l’estomac est plus haut dans le thorax, peut être du à une diminution de la taille de l’œsophage, rétractation de l’œsophage, ex : lors de RGO.
* **Par roulement** : la jonction oesogastrique est toujours au niveau de l’anneau diaphragmatique, mais une partie de l’estomac remonte à coté dans le thorax, roulement de l’estomac sur le coté de l’œsophage, hernie para oesophagienne
* **Mixte** : les deux en même temps
1. Examens physiques dans les affections de l’œsophage

Œsophage n’est pas perceptible à la palpation. Il se situe dans la partie médiastinale postérieure. Lors de cancer on peut avoir dans la zone sus claviculaire des ganglions : rechercher un emphysème sous cutané = de l’air dans le médiastin qui remonte dans le tissu sous cutané, crépitation, peut être lié à une perforation de l’œsophage.

1. Méthode d’exploration de l’œsophage
* **Endoscopie** : permet de voir les lésions ou l’absence de lésions, l’oesophagite entraîne des lésions visibles, le cancer est visible aussi, mais les troubles mécaniques n’entraînent pas de lésions.
* **Scanner thoracique**
* **Transit baryté de l’œsophage** : on faisait avaler une substance radio opaque pour voir le transit dans l’œsophage
* **Echo-endoscopie oesophagienne** : écho a partir de l’intérieur, tuyau avec une sonde pour voir ce qu’il se passe autour de l’œsophage.
* **pHmétrie oesophagienne** : pour objectiver une reflux on va mettre une sonde à 5 cm au dessus de l’estomac et on enregistre, normalement le pH est de 5 au moins, et on voit parfois un petit reflux d’acide qui entraîne un pH 2, c’est physiologique. Mais si on voit 2h d’exposition a un pH 3 c’est un trouble pathologique. Cela permet d’objectiver et de dire si c’est un reflux pathologique ou physiologique
* **Manométrie oesophagienne** : étude du péristaltisme par les ondes oesophagiennes. Lors de pathologique, on ne voit plus d’ondes, le tracé permet de faire le diagnostic de troubles moteur de l’œsophage.

II - Sémiologie de l’estomac

1. Anatomie fonctionnelle

Il va permettre le passage des aliments de l’œsophage au duodénum. Il sert simplement de réservoir, et il a une fonction sécrétoire, la muqueuse de l’estomac est différente de celle de l’oesophage, c’est un épithélium glandulaire. Il sécrète de mucus, de l’acide. Le mucus permet d’éviter l’auto digestion de l’estomac, pour ne pas attaquer sa propre muqueuse, pour la protéger. Dans l’antre, il y a des cellules à gastrine, qui régulent la sécrétion acide fundique. Il possède aussi une fonction motrice pour le brassage des aliments, pour que les secrétions agissent, que les aliments soient réduits en petites particules, et ils seront propulser ensuite au pylore, par la systole antrale, et arriver dans le duodénum où il y aura encore un rétrécissement des particules.

1. Physiopathologies gastroduodénales
	1. Gastrite

C’est une inflammation de la muqueuse gastrique (histologie), elle peut être :

* Aiguë : lié a une infection bactérienne, douleur aigue au niveau épigastrique
* Chronique : lié à l’hélicobacter pylori : inflammation persistante tant que la bactérie est la. Si on ne traite pas l’inflammation, cette infection persiste en permanence, elle débute dans l’enfance et peut durer toute la vie si absence de traitement. Infection qui entraîne une inflammation chronique de l’estomac. Peut aller jusque l’atrophie de la muqueuse, à la limite même du siège de développement d’un cancer de l’estomac.

Causes : toxique (ingestion de médicaments), hélicobacter pylori (que dans l’estomac !)

* 1. Duodénites

C’est une inflammation de la muqueuse duodénale.

Causes : hyperacidité gastrique, infectieuse (parasitaire), auto immune (atrophie villositaire du duodénum, ce sont des anti corps produit par l’individu a l’origine d’une réaction)

* 1. Ulcère gastrique ou duodénal

C’est une perte de substance de cette muqueuse, trou dans l’estomac. D’une profondeur variable : érosion superficielle, ou ulcère profond, voir un ulcère qui perfore. Il y a un saignement du à cette érosion. On les différencie selon leur origine.

Causes : toxique (ingestion de médicaments, l’aspirine est gastro toxique) ou helicobacter pylori (elle fragilise la muqueuse, mais en plus, système alcalin, donc augmentation de la sécrétion gastrique, donc elle est suffisante pour créer un ulcère quand la muqueuse est déjà abîmé) Dans 70% des ulcères gastriques on retrouve cette bactérie, et 90% des ulcère duodénal.

* 1. Tumeurs bénignes

La muqueuse prolifère, donne un polype (petite excroissance de muqueuse). Il y a des polypes adénomateux (qui peuvent dégénérer), glandulokystiques (bénin).

La sous muqueuse, dans la paroi musculaire : leiomyme (prolifération de fibres musculaires), pancréas aberrant (tissu pancréatique dans l’estomac), fibromyome.

* 1. Sténoses
* **Gastrique**

Des tumeurs peuvent être cancéreuse et entraîner un rétrécissement de l’estomac. La sténose gastrique se fait en général au niveau de la partie moyenne ou basse de l’estomac, souvent c’est peut parlant au début, car l’estomac à une grande lumière, et il faudra du temps pour que le rétrécissement entraîne des symptômes.

* **Duodénale**

Cela peut être un rétrécissement inflammatoire lors d’ulcère ou un rétrécissement lié a une compression extrinsèque (ex : par le pancréas)

* 1. Cancer gastrique

Tumeur généralement débutée par un ulcère, augmente de volume, prolifère, végétante, ulcérée tout autour, nécrotique, ça saigne, peut infiltré la paroi gastrique.

Le plus souvent ce sont des **adénocarcinomes** (cancer développer à partir d’un tissu glandulaire). Ca peut être des **lymphomes**, ou une tumeur stromale (GIST) liée a une prolifération des tissus sous muqueux avec des cellules fusiformes, vers l’intérieur ou l’extérieur de l’estomac.

Ces tumeurs quelques soient peuvent évoluer vers la sténose, tumeurs hémorragique. Lorsqu’elles sont très haut situer on a une obstruction rapide du sphincter, donc dysphagie.

1. Symptômes des troubles gastriques
* **Douleur épigastrique** à type de crampes et de brûlure
* **Syndrome dyspeptique** : gène, inconfort abdominal souvent après les repas (postprandial)
* **Nausées, vomissements**, par l’irritation provoquée sur la paroi
* **Dysphagie** : lésion tout en haut de l’estomac, blocage au niveau de la jonction oeso- gastrique
* **Hémorragie digestive** : vomissement de sang, les premières choses à rechercher ce sont les ulcères ou cancer gastrique ou duodénale.
* **Diarrhée** : atrophie villositaire peut allé jusqu’au jéjunum, si on a pas d’absorption, on a apparition de diarrhée.
* Recherche d’une tumeur épigastrique
* Ganglions sus claviculaire gauche (Troisier) peut être une métastase d’un cancer digestif
* Métastase : foie, poumon
* AEG
* Anémie …
	1. Douleur épigastrique

D’abord on pense à l’estomac, mais ça peut être lié à un **ulcère**, un **cancer** ou une **gastrite**.

On peut avoir d’autres origines à cette douleur : un calcul dans la vésicule peut se manifester par une même douleur à l’épigastre, un rétrécissement des voies biliaires (sténose) peut faire penser à ça aussi.

Pathologie pancréatique : pancréatite aiguë douleur insupportable, intense, épigastrique a irradiation postérieur. Pancréatique chronique, cancer du pancréas.

**Ex : Le syndrome ulcéreux typique**, avec une douleur :

* Epigastrique
* A type de crampe
* D’intensité variable, de la gène simple à une douleur très intense
* Il n’y a pas d’irradiation
* Rythmée par les repas : postprendiale tardive (1h) et à chaque repas.
* Calmé par l’alimentation ou par les alcalins
	1. Les troubles dyspeptiques

Ces troubles sont caractérisés par :

* Inconfort abdominal postprandial
* Gène, plénitude gastrique (estomac plein)
* Sans irradiation
* Quelque fois douloureuse
* Ca peut être une **gastrite**, un **ulcère**, un **cancer**
* C’est très varié, polymorphe
	1. Vomissements

Ces vomissements peuvent être :

* Alimentaire, bilieux (contenant de la bille, verdâtre), sanglant (hématémèse)
* Facile en jet ou avec effort de vomissements
* Postprandiaux ou à distance des repas

Lors d’appendicite, il y a présence de vomissement, car c’est une irritation péritonéale. Lors d’une hypertension intracrânienne c’est en jet, facile.

1. Examen physique dans les affectons de l’estomac
* **Inspection** : on peut voir une voussure gastrique
* **Palpation** : masse, douleur provoquée, clapotage à jeun
* **Percussion de l’abdomen** : matité (matte à la percussion lors de cancer), météorisme (aérophagie = avaler de l’air, contenu gastrique important en air donc présence d’une sonorité)
1. Méthode d’exploration
* **Biologie** : recherche d’anémie, car toute lésion gastrique (gastrite, ulcère, cancer), peut saigner de façon occulte et entraîner cette anémie.
* **Endoscopie et biopsie**
	+ Gastrites
	+ Ulcères
	+ Tumeurs bénignes
	+ Cancers
	+ Sténoses
	+ Hémorragies gastriques (gastrite, ulcère, cancer)
* **Transit œso pharyngé baryté** : seulement quand on recherche un trouble de l’évacuation gastrique
* **Scanner abdominal** : surtout lors de cancers pour chercher les métastases ganglionnaires
* **Echo-endoscopie** : dans les tumeurs sous muqueuses de l’estomac, voir ou se développe cette tumeur.

**SEMIOLOGIE DIGESTIVE PEDIATRIQUE**

1. **Généralités**

Nombreuses particularités

* **Beaucoup de différences selon l’âge** : concernant les normes, les maladies, la démarche clinique, les besoins et alimentation différentes
* L’adulte grossit ou maigrit et vieillit
* L’enfant grossit ou maigrit, grandit, subit la puberté
* Il n’est pas toujours d’accord
* Il ne parle pas toujours : communicative difficile
* La présence des parents et des grands-parents
* Enfant= être en dvlp, différent de l’adulte

Les maladies de l’enfance

* Parfois les mêmes que celles de l’adulte : donc elles **sont le plus svt différentes**
* On rencontre souvent des malformations, maladies génétiques ou congénitales
* Moins graves = maladies de l’enfance (rotavirus responsable de la gastroentérite, sténose hypertrophique du pylore assez spécifique au NN)
* Particularité : une seule maladie
* Symptômes différents dans la verbalisation et manifestations. Exemple : un enfant présente une otite (inflammation du tympan) peut se manifester avec des douleurs abdominales. Très fréquent ; l’inflammation entraine une adénolymphite mésentérique donnant des douleurs parfois très importantes.

Examen du nourrisson

* Faire preuve de beaucoup de **patience**, notamment avec problème de l’entourage
* Qualité de l’accueil et rassurer l’enfant
* **Interrogatoire de l’entourage et lecture du carnet de santé**. C’est la base. Regarder atcd, croissance, alimentation, vaccination …
* Passer à la phase d’inspection, pesée et mensurations
* **Il faut procéder à un examen clinique complet**, sinon on peut facilement passer à côté du problème !

Définir la gravité

|  |  |
| --- | --- |
| BENIN | GRAVE |
| A reconnaitre en premier ! on conclut que tous ce qui n’est pas bénin, est donc grave* Enfant vif, remuant, se défend à l’examen
* Cri vigoureux, pleurs, intermittents
* Enfant sage, souriante, suit du regard, attentif
* Enfant endormi car il n’a pas dormi la nuit précédente
 | * Enfant apathique, ne réagissant pas ou peu à l’examen
* Gémit, ne crie pas +++ ou cri plaintif ou pleurs inconsolables
* Ne suit pas du regard
* Somnolence pathologique

Ici, les parents peuvent être d’une grande aide. Il faut être plus minutieux |

Ne pas hésiter a examiner l’enfant à plusieurs moments car certaines pathologies se manifestent en crises.

Le cri du nourrisson

* Exprimant un besoin physiologique ++ : faim soif colère fatigue
* Exprimant une pathologie courante
* Exprimant une pathologie grave  (invagination intestinale aigue +++)
1. **Vomissements et régurgitations du NN et du nourrisson**
* **Vomissement** : rejet par la bouche, avec effort, de tout ou partie du contenu gastrique
* **Régurgitation** : rejet par la bouche, sans effort, de tout ou partie du contenu gastrique
	+ Symptôme très fréquent chez le nourrisson
	+ Le plus souvent alimentaire (lait)

**Reflux gastro-oesophagien**

* Fréquent chez le nouveau-né et le nourrisson
* Favorisé par l'anatomie
* Favorisé par la physiologie mais pathologique si:
	+ Trop fréquent
	+ Trop sévère
	+ A l'origine de symptômes
		- Symptomatologie: variable (+/-sévère)

**Une question importante :**

Ne pas se poser : ~~Pourquoi les nourrissons régurgitent-ils ?~~ Mais **comment font certains nourrissons pour ne pas régurgiter ?**

**Le RGO : Physiopathologie**

**Le jeune nourrisson et le RGO : état des lieux**

* 120 ml 1 kilo absorbés en 10 minutes en 4 à 6 fois
	+ Adulte : 40ml/kg/jours
* Liquide
* Décubitus dorsal prolongé
* Immaturité du systéme anti-reflux (?)

**Que devrait faire un adulte pour l'imiter ?**

* Boire 8 litres par jour
* Absorbés en 10 minutes en 4 à 6 fois

**Facteurs favorisant le RGO chez le nourrisson**

* Faible longueur de l'oesophage abdominal
* Ouverture de l'angle de His
* Immaturité transitoire du sphincter inférieur de l'œsophage -> «relaxations inappropriées»
* Retard de la vidange gastrique et capacité gastrique plus réduite que chez l'adulte.
	+ lngesta du nourrisson· 100-120 ml/kg/j
	+ lngesta de l'adulte 40 ml/kg/j
* Capacités de « stockage » faibles :
	+ Œsophage adulte: 30 cm, 180 mL
	+ Œsophage NN : 9 cm, 6mL

**Forme à expression digestive : diagnostic uniquement clinique**

* Régurgitations :
	+ Dès les 1 ers jours de la vie, sans intervalle libre
	+ Alimentaires (lait)
	+ Post-prandiales précoces (< 30 mn après repas)
	+ Facilitées par les changements de position
* Examen clinique normal
* Croissance staturo-pondérale le + souvent normale (courbes de croissance)

Toux chronique

Asthme, wheezing

Apnées, Bradycardies

Manifestation supraoesophagienne du RGO

Irritation ORL chronique

Otites, sinusites

Erosions dentaire

1. **RGO**
* Fréquent chez le NN et le nourrisson
* Favorisé par l’anatomie, la continence du SOI est moins efficace
* Favorisé par la physiologie mais pathologique si

Symptomatologie : variable (± sévère)

* + Trop fréquent (> 50x/jour)
	+ Trop sévère
	+ A l’origine de symptômes

Le jeune nourrisson et le RGO : état des lieux

* 120 ml/kilo absorbés en 10 mins en 4 à 6 fois
* Alimentation essentiellement liquide
* Décubitus dorsal prolongé
* Immaturité du système d’anti-reflux

Facteurs favorisant le RGO chez le nourrisson

* Faible longueur de l’œsophage abdominal
* Ouverture de l’angle de His (selon l’angle)
* Surtout immaturité transitoire du SOI 🡪 relaxations inappropriées +++
* Retard de la vidage gastrique et capacité gastrique + réduite que chez l’adulte
* Capacités de stockage faible

Diagnostic uniquement clinique

Les régurgitations  apparaissent

* Dès les 1ers jours de la vie, sans intervalle libre
* Alimentaires
* Post-prandiales précoces (<30 mins)
* Facilitées par les changements de position

L’examen clinique est normal, ainsi que la courbe de croissance

Manifestations supraoesophagiennes du reflux

* Toux chronique
* Apnées, bradycardies, malaises (si remontée du contenu gastrique redescend dans la trachée)
* Asthme, sifflement
* Otites, sinusites pour les plus grands
* Erosions dentaires (l’acidité abime l’émail)
* Irritation ORL chronique (laryngite du reflux, remontée du contenu gastrique par la trompe d’Eustache)

Syndrome de Sandifer

Hyperextension caractéristique du cou + asymétrie facile + anomalie du remodelage du crane. Souvent à l’époque, maintenant plus souvent. Due to RGO + ?

Dg différentiel : signe de Grisel, d’origine ORL

Diagnostic paraclinique

Notions d’enfants à risque

* Prématurité (terme <37 semaines)
* RCIU (poids et taille <3ème percentile pour le terme)
* Encéphalopathie
* **pHmétrie oesophagienne.** Mesure de l’acidité. Enregistrement durant 24h. La sonde arrive qlq cm au dessus du SOI

4 < pH oesophagien normale <7. En dessus de 4 = reflux acide.

**Oesophagite peptique : ppale complication du** RGO (mais rare)

A évoquer dvt au moins un des symptômes suivants

* Régurgitations ou vomissements (sanglantes)
* Douleurs en rapport avec el repas (pyrosis chez le gd enfant, favorisé par antéflexion)
* Hypotrophie pondérale
* Pâleur cutanéo-muqueuse 🡪 anémie par carence en fer (Hb <11g/dl)

Complication de l’oesophagite 🡪 l’œsophage se fibrose = **sténose**

Chez l’adulte, ca se cancérise

1. **Sténose hypertrophique du pylore**

**Strictement pédiatrique**

Le passage se fait difficilement, voire impossible. Les enfants se trouvent en occlusion très haute

* Touche surtout les **garçons** (x4/fille)
* Vomissement survenant après un intervalle libre de 2 à 4 semaines. Post prandiaux tardifs (>30 mins) et faciles, en jet, lait caillé.

Autres signes associés

* Appétit conservé ++, presque affamés.
* Constipation
* Ralentissement de la prise de poids ou amaigrissement.
* Déhydratation et dénutrit.

Examen clinique

* Ondulations péristaltiques au niveau de HCG, vers la ligne médiane, visibles sous la peau !
* Olive pylorique dans HCD mieux palpée en décubitus ventral après un repas ou un vomissement

Dg positif 🡪 **Echo abdominale ++**

**Seul ttt est l’arrêt de l’alimentation** car les vomissements sont générés par l’absence de digestion alors que l’enfant continue à manger.

On lui pose un accès et une perfusion pour l’hydrater

Finalement on procéde à l’intervention chirurgicale : pylorotomie extra-muqueuse. L’enfant est réalimenté dans les heures qui suivent et sortie très rapide

Biologie

Signe caractéristique : **alcalose hypochlorémique hypokaliémique**

Nbreuses autres étiologies

Les vomissements ne sont pas toujours secondaires à une pathologie digestive (+++)

* ORL
* HTA
* Hypertension intracranienne
* Insuffisance surrénale
* Cardiopathie
1. **Constipation**
* Origine **le plus souvent fonctionnelle**
* Plusieurs critères : un seul suffit pour établir le dg
1. **Nbre de selles**
	* + <2/jour chez l’enfant au sein
		+ <1/jour chez l’enfant au biberon
		+ <3/semaine après 3 ans
2. **Difficultés d’émission des selles** (dures +++)
3. **Douleurs à la défécation** (fissure anale, anite ++)

Constipation chronique de l’enfant

Etablissement rapide d’un **cercle vicieux**

Douleurs à la défécation

Induration des selles

Trauma matinal

Fécalome

Distention

Encoprésie

Rétention

Réflexe

Il faut contrer l’induration des selles, cela permettra de casser le cercle vicieux

Complication redoutée : **fissure anale**

Chez l’enfant comme chez l’adulte

La fissure anale apparait à 6h, 11h et 12h. Si elle survient autre part, cela peut dire MICI (Crohn) ou sévices.

* Douleurs vives à l’exonération des selles
* Anorrhagie, filets de sang sur les selles ou papier toilette
* Chez l’adulte on observe un anisme : contraction douloureuse, chez l’enfant ce réflexe n’existe pas.

Diarrhées aigues du nourrisson

Gravité : déshydratation, malnutrition

Diarrhée par **gastroentérite**

* Ppale cause de déshydratation en France : environ 50 DC/an chez l’enfant
* Cause la + souvent virale : *Rotavirus*

Interrogatoire ++ pour déterminer la gravité

Examen complet en insistant sur les signes de déshydratation 🡪 le poids est un élément essentiel, comparé au dernier poids connu, il permet de différencier

* Mineure <5%
* Modérée 5 à 10%
* Grave > 10%

Quelques pièges : œdèmes, pesée avt/après selles

Signes de déshydratation extracellulaires :

* Pli cutanée paresseux ou persistants + temps de recoloration cutanée
* Signes oculaires : yeux creux (enfoncés dans les orbites), cernés (apathique)
* Dépression des fontanelles

Intracellulaire

* Soif
* Sécheresse des muqueuses
* Baisse du niveau de conscience (svr)

Signes hémodynamiques

* Hypotension
* Pouls filant
* Marbrures
* Allongement du TRC
* Oligoanurie

DIARRHEE – CONSTIPATION

# I. Diarrhée

* Augmentation d’un des constituants des selles.
* Emission / 24heure > 3 selles molles ou liquides.

## 1. Interrogatoire

* Caractéristiques des selles.
* Horaire.
* Durée d’évolution.
* Facteurs déclenchants. Attention facteurs déclenchants de la diarrhée et non de la selle.
* Antécédents médicaux et chirurgicaux.

### Caractéristiques des selles

* Moulées.
* Pâteuses ou molles (souvent collantes).
* Liquides.
* Homogènes.
* Hétérogènes (une phase liquide et une phase solide).

### Constituant des selles

* Fécales – hydro-électrolytiques :
* Sang rouge (rectorragie) – noir (méléna).
* Glaires.
* Graisses (selles grasses). Selles grisâtre avec des nodules graisseux.
* Aliments non digérés (lientérie).
* Afécales :
* Emission de sang (hématochésie).
* Emission de glaires.

### Volume des selles

* Emission fréquentes de petits volumes.
* Emission selles volumineuses.

### Horaire des selles

* Diurne uniquement.
* Diurne + nocturne.
* Matinales.
* Postprandiales.
* Les selles fonctionnelles sont plutôt matinales et postprandiales et ne sont jamais nocturne.

## 2. Signes associés

* Douleurs abdominales (colique) :
* Précédant les selles.
* Calmées par l’exonération.
* Syndrome rectal :
* Epreinte (précède l’exonération). Douleur de crampe ressentie dans le bassin.
* Ténesme (pendant/après l’exonération).
* Incontinence anale.
* Fièvre.
* Déshydratation.
* Amaigrissement.
* Syndrome carentiel (exemple : vitamine K liposoluble).

## 3. Diarrhée aigue

* Diarrhée qui dure moins de 3 à 6 semaines.
* D’origine généralement : infectieuse ou médicamenteuse.
* Début brutal.
* Les selles :
* De 3 à 10 selles/jours ou plus.
* Hydro-électrolytique : fécales – liquides.
* Glaires – sang – pus –afécales.
* Souvent associées à des douleurs abdominales.
* Syndrome dysentérique avec syndrome rectal (quasi-impossibilité du patient de se retenir).

### Diarrhée : <24h - non fébrile - associée à vomissements

* Intolérance alimentaire.
* Toxines staphylocoque doré.
* Résolution spontanée.
* Aucune gravité.

### Diarrhée <10jours

* Toxinfection alimentaire (TIA) + vomissements :
* Famille / collectivité.
* Slamonella enteritidis / typhy murium.
* Diagnostic par coproculture.
* Généralement sans gravité.

### Diarrhée des voyageurs

* Retour d’un pays tropical, appelé aussi turista.
* Liée à :
* E.Coli enteropathogène.
* Amibiase.
* Diagnostic par :
* Coproculture.
* Parasitologie des selles.

### Diarrhée infectieuse

* Virales.
* Bactéries enterotoxinogènes : diarrhée sécrétoire (entérotoxine – entéro-adhésion).
* Bactéries entéro-invasives :
* Campylobacter jejuni.
* Shigella.
* Salmonella.
* E. Coli.

A l’origine d’une diarrhée lésionnelle (fébrile et sanglante).

### Diarrhée causée par des médicaments

* Biguanides (antidiabétiques).
* Colchicine (goutte).
* Anti-inflammatoires non stéroïdiens (car toxiques pour la muqueuse digestive : ulcères de l’estomac et ulcères de l’intestin qui sont eux à l’origine de diarrhée).
* Digitaliques.
* Théophylline.

### Diarrhée causée par des antibiotiques

* Souvent modérée.
* Si fièvre et altération de l’état général (douleurs, amaigrissement, déshydratation), il s’agit d’une colite pseudo-menbraneuse. Elle est due à un germe (clostridium difficile) qui résiste à l’antibiotique et donc prolifère dans l’intestin où il est à l’origine de lésions.
* Diagnostic par :
* Coloscopie.
* Coproculture : clostridium difficile.
* Toxines.

### Présentation clinique des diarrhée aigues

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Diarrhée sécrétoire(Entérotoxine, adhésion) | Diarrhée lésionnelle(invasion, cytotoxine) |
| Site de l’infection | Grêle proximal | Iléo-côlon |
| Durée d’incubation | Quelques heures | Quelques jours |
| Aspect des selles | Aqueux | Glairo-sanglante |
| Volume | Abondant | Modéré |
| Déshydratation | Importante | Modérée |
| Douleurs abdominales | Modérées | Intenses, épreintes, ténesme |
| Manifestations systémiques | Rares | Fréquentes |
| Principaux germes | Vibrion cholériqueECET | CampylobacterSalmonellaShigellaECEH |

## 4. Diarrhée chronique

* Diarrhée qui dure plus de 6 semaines.
* Interrogatoire :
* Caractéristiques de la diarrhée.
* Antécédents.
* Signes associés.
* Examen clinique :
* Retentissement de la diarrhée.
* Signes associés.
* Examens biologiques simples :
* NF, VS, TP.
* Calcémie – glycémie.
* Cholestérol.
* Electrophorèse des protides.
* Examen parasitologique des selles.

### Eléments d’orientation de l’examen clinique

* Eléments d’orientation :
* Selles nocturnes.
* Caractères moteurs de la diarrhée.
* Selles grasses.
* Pus, sang dans les selles.
* Diarrhée très abondante.
* Type évoqué :
* Diarrhée organique.
* Diarrhée motrice.
* Malabsorption – maldigestion (exemple : des graisses).
* Diarrhée lésionnelles.
* Diarrhée sécrétoires. Pas d’anomalies visibles sur le type digestif, juste hyper-sécrétion des cellules intestinales.

### Caractères généraux des diarrhées chroniques

|  |  |
| --- | --- |
| Type de la diarrhée, mécanisme | Fréquence |
| Motrice | Accélération du transit (+++) |
| Malabsorption | Malabsorption entérocytaire (+)Maldigestion (+) |
| Sécrétoire | Sécrétion intestinale (hydro-électrolytique) (-) |
| Osmotique | Appel d’eau par hyper-osmolarité intraluminale |
| Exsudative | Fuite de lymphe (-)Fuite de plasma (++) |
| Volumogénique | Hypersécrétion gastrique et pancréatique (-) |

### Diarrhée lésionnelle exsudative

* Eléments d’orientation :
* Selles :
	+ Fécales.
	+ Glaires – pus – sang.
	+ Nocturnes.
* Cliniques :
	+ Antécédents.
	+ +- Syndrome rectal.
	+ Fièvre.
	+ Amaigrissement.
	+ Douleurs abdominales +- localisées.
* Biologie :
	+ Anémie.
	+ Syndrome inflammatoire.
* Exploration morphologique :
* Rectosigmoïdoscopie.
* Iléoscopie.
* +- transit du grêle.
* Causes :
* Tumeurs : cancers recto-coliques – tumeurs villeuses.
* Maladies inflammatoires chronique intestinales.
* Colite ischémique.
* Intestin radique.
* Médicaments (AINS).

### Diarrhée par malabsorption

* Eléments d’orientation :
* Selles :
	+ Grasses.
	+ Volumineuses.
* Clinique :
	+ Antécédents (Pancréatite chronique - chirurgie).
	+ Amaigrissement.
	+ Signes de carence vitaminiques.
* Diagnostic biologique :
* Stigmates biologiques :
* Anémie : fer, folate, B12.
* Calcémie (vitamine D).
* TP (vitamine K).
* Albuminémie.
* Cholestérolémie.
* Test dynamiques :
* Graisses fécales > 6g/24h.
* Xylosémie < 250mg/L à 2heures.
* Test de Schilling avec facteur intrinsèque < 10%.
* Examens complémentaires :
* Biopsie duodénales.
* Transit du grêle.
* Echo – scanner.
* Causes :
* Pancréatite chronique (PCC).
* Conséquences résection du grêle (chirurgicalement).
* Maladie cœliaque.
* Pullulation microbienne.

### Diarrhée motrice

* Eléments d’orientation :
* Selles :
	+ Matinales, postprandiales.
	+ Lientérie.
	+ Efficacité des ralentisseurs.
* Clinique :
	+ Antécédents (vagotomie, diabète).
	+ Signes associés.
	+ + amaigrissements.
* Biologie :
	+ Standard normale.
	+ Cholestérol.
* Examens complémentaires :
* Echographie abdominale.
* Transit du grêle.
* Echo-thyroïdienne.
* Bio selon l’orientation : TSH, SHIA, sérotonine, calcitonine.
* Diagnostic :
* Endocrine :
	+ Cancer médullaire thyroïde.
	+ Hyperthyroïdie.
	+ Carcinoïde.
* Neurologie : neuropathies viscérales (vagotomie – diabète).
* Fistules gastro ou duodéno-coliques.
* +++ 80% idiopathique : troubles fonctionnels intestinaux.

### Diarrhée sécrétoire

* Eléments d’orientation :
* Selles :
* Abondantes +++.
* Nombre > 6-8/jours.
* Hydriques +++
* Cliniques : amaigrissement et déshydratation.
* Recherche de prise de laxatifs.
* Examens :
* Echo-scanner.
* VIP.
* Séro-HIV.
* Copro-parasito des selles.
* Coloscopie + biopsie.
* Causes :
* Endocrine VIPOME.
* Parasitose (immunodéprimé).
* Colite microscopique.

### Diarrhée osmotique

* Eléments d’orientation :
* Selles :
	+ Liquides + fécales.
	+ Supression de la diarrhée par jeûne.
* Clinique :
	+ Prise médicamenteuses.
	+ Flatulence – douleurs.
* Interrogatoire :
	+ Prise médicamenteuse.
	+ Epreuve d’exclusion (laitage).
* Causes :
* Lactulose – manitol – sorbitol – magnésium.
* Déficit en lactase.

### Diarrhée chronique – autres causes

* Diarrhée volumogéniques gastrinome.
* Entéropathies exsudatives :
* Lymphangiectasies.
* Lésions digestives.
* Malabsorption des sels biliaires.
* Diarrhée idiopathique : intestin irritable.

# II. Constipation

* Emission de moins de 3 selles par semaine et efforts de poussée.
* Et/ou émission de selles dures, petites.
* Et/ou sensation d’évacuation incomplète.
* Prévalence difficile à apprécier.
* Plainte fonctionnelle fréquente pas toujours justifiée.
* Fécalome rectal = traduction clinique la plus sévère.

## 1. Clinique – stratégie diagnostic

* Nombre quotidien de selles – consistance – incontinence – suintements.
* Ancienneté et évolution des troubles.
* Signes associés :
* Douleurs.
* Pesanteur périnéale.
* Altération de l’état général.
* Rectorragies.
* Prolapsus extériosé.
* Recherche de manœuvres digitales.
* Antécédents obstétricaux : chirurgie pelvipérinéale.
* Habitudes hygiéno-diététiques.
* Prises médicamenteuse.
* Contexte psychologique.

## 2. Examen clinique

* Souvent pauvre.
* Recherche de troubles fonctionnels intestinaux.
* Recherche de signes de constipation terminale.
* Examen proctologique :
* Inspection marge anale.
* Toucher ano-rectal (tonus, douleur, sang, tumeur, fécalome, prostate).
* Anuscopie, rectoscopie.

## 3. Constipation de transit

* Diminution amplitude ou intensité des contractions coliques.
* Zone de frein anormale au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.
* Etude du temps de transit colique ou segmentaire par marqueurs radio-opaques. On fait ingérer 5 marqueurs tous les jours pendant 7jours.
* Pas d’effet de l’âge sur la motricité colique.

## 4. Constipation terminale

* Dysfonctionnement ano-rectal.
* Diminution tonus de repos du sphincter anal (témoin du fonctionnement du sphincter interne lisse).
* Diminution force de contraction volontaire (témoin du fonctionnement du sphincter externe strié).

## 5. Facteurs favorisants

* Obstacles mécaniques :
* Tumeurs.
* Sténose sigmoïdienne diverticulaire.
* Causes endocriniennes :
* Complications dégénératives diabète ID.
* Hypothyroïdie.
* Causes neurologiques. Exemple du parkinson : diminution transit colique (sigmoïde) mais pression anale et capacité rectale non modifiée.
* Médicaments :
* Antalgiques classe II ou III.
* Anti-cholinergiques.
* Antiépileptiques.
* Antidépresseurs.
* Neuroleptiques.
* Antiparkinsoniens.

## 6. Fécalome

* Fréquente chez le sujet âgé.

### Symptomatologie souvent atypique

* Constipation rebelle.
* Syndrome rectal (ténesme, douleurs anales ou abdomino-pelviennes).
* Fausses diarrhée – fausse incontinence.
* Syndrome occlusif, aigu ou progressif.
* Troubles urinaires (dysurie, incontinence, rétention).
* Troubles neuropsychologiques (agitation-confusion).

### Diagnostic

* Facile :
* Si accessible au toucher rectal (TR).
* Si palpable sous paroi.
* Mis en évidence sur ASP.
* Toujours vérifier la vacuité du rectum avant prescription de ralentisseurs.

### Facteurs favorisants

* Alitement - perte de mobilité.
* Accessibilité difficile des toilettes.
* Troubles de la progression colique.
* Dyschésie.
* Médicaments (QS).
* Affections favorisantes (QS).

Diarrhée chronique : **selles + molles et + fréquentes depuis au moins 1 mois**

Recherche d’un **Sd de malabsorption intestinale**

* Selles volumineuses, grasses, « bouse de vache »
* Ballonnement abdominal
* Pâleur cutanéo-muqueuse
* Infléchissement de la croissance pondérale puis staturale
* Troubles de l’humeur
* Fonte des muscles du pannicule adipeux

**Maladie coeliaque**

* Allergie au gluten (dans le blé, seigle et orge)
* Enteropathie dysimmune : fabrication d’Ac contre le gluten
* Chez des sujets génétiquement à risque. Terrain HLA particulier
* Villosités intestinales plates entrainant une absorption intestinale anormale
* Typiquement, ballonnement du ventre (gigantesque), tristesse de l’humeur, « fesse triste » (repli de peau) et amyotrophie
* Inflexion de la courbe de croissance. Il faut débuter un régime sans gluten
* Cause de diarrhée chronique fréquente
* Entéropathie "dysimmune"
* Causée par une sensibilité permanente au gluten
* *Blé, seigle, orge, "avoine"*
	+ *L’avoine peut être contaminé par le gluten*
* Chez des sujets génétiquement à risque



Symptomatologie

* Trouble de l’humeur
* Ballonnement abdominal
* Amyotrophie
* Inflechissement de la courbe de croissance
* Raie des fesses plissée 🡪 « fesses triste »

Guérison par arrêt d’apport de gluten

1. **Douleurs abdominales chroniques de l’enfant**

Définition : **> 3 épisodes douloureux suffisamment importants pour perturber l’activité normale de l’enfant (jeux, école) pendant une période > 3 mois**

* Chez les plus grands : 10-15% des enfants d’âge scolaire
* 90% d’étiologie fonctionnelle
* A différencier des phobies scolaires !

Arguments en faveur d’une étiologie organique

* 3-4 ans
* ATCD familiaux : ulcère, MICI
* Douleurs extrêmement bien localisés : épigastriques ou en fosse iliaque droite
* Recrudescence nocturne, entrainant le réveil
* Perte de poids ++
* Signes associés : diarrhée, brulures mictionnelles, fièvre, aphtes
* Anémie, syndrome inflammatoire

**Arguments en faveur d'une étiologie anorganique**

* Caractère isolé des douleurs abdominales
* Localisation péri-ombilicale
* Circonstances favorisantes : école, maison…
* Attention à la phobie scolaire

**Hémorragies digestives de l'enfant**

* Différentes de celles de l'adulte
* Plus rares, moins graves le + souvent
* Causes différentes selon l'âge
* Se rapprochent de celles de l'adulte, parleurs signes, certaines des causes, certains des traitements, les explorations

**1ère question : y a-t-il urgence vitale ?**

* Question 1ère pour tout malade
* Diagnostic d'HD souvent évident
* Signes inquiétants: pâleur, agitation, angoisse, sueurs, tachycardie, hausse du TRC, baisse de la TA (tardive et grave)
* Numération formule sanguine est demandée en urgence : Anémie aigue
* Souvent fausse en situation de saignement aigu (retard de 3 heures de l'apparition de l'anémie).

**2ème question : s'agit-il d'une hémorragie ?**

* Ex: colorations des vomissements ou des selles par les aliments et les médicaments, dont le fer et le charbon
* Recherche de sang digestif par les tests usuels peut confirmer l'hémorragie digestive en cas de doute (TR (à éviter+++), sonde gastrique (fibro))
* Attention au Münchhausen !

**3ère question : s'agit-il d'une hémorragie digestive ?**

* L'hémoptysie : pathologie respiratoire, sang aéré émis lors d'efforts de toux et accompagné de sputum et non de suc gastrique ou d'aliments.
* L'épistaxis dégluti : diagnostic plausible, difficile à faire chez le jeune enfant en cas d'écoulement postérieur méconnu.
* Le nouveau-né : déglutition de sang lors accouchement hémorragique ou venant de crevasses du mamelon lorsque la mère allaite (conditions de naissance, interrogatoire ou examen de la mère, test de Apt permettant de différencier le sang maternel de celui du nouveau-né).

**4ère question : approche clinique du diagnostic étiologique**

* Examen clinique complet
* L'hématémèse de sang rouge ou prédigéré -+ saignement oesogastro-duodénal
* Ou sang rouge sur et après des selles normales évoque une origine anale ou rectale basse : fissure, hyperplasie nodulaire lymphoïde, polype juvénile
* Du sang rouge mêlé aux selles évoque une origine colique, un diverticule de Meckel saignant abondamment, parfois une origine haute si l'hémorragie est abondante, ou chez le nouveau-né chez qui le transit accéléré peut permettre au sang d'arriver non digéré dans le rectum.
* L'émission simultanée de sang rouge et noir évoque avant tout un diverticule de Meckel ou une hémorragie d'origine oeso-gastroduodénale abondante
* Du sang noir évoque une ongme haute ou un diverticule de Meckel ayant cessé de saigner

**Selon l'âge et les signes d'accompagnement : hémorragies d'origine haute**

* Chez le nouveau-né, l'oeso-gastrite néonatale, +/- associée à une duodénite ou une sigmoïdite.
* Chez le nourrisson, l'œsophagite +++
* Chez l'enfant polyhandicapé, les œsophagites
* Vomissements répétés précédant l'hématémèse 🡪 syndrome de Mallory-Weiss (antiémétique pour guérison)
* Prise médicamenteuse gastro-toxique (privilégier le paracétamol !)
* Une pathologie hépatique 🡪 hypertension portale
* ATCD familiaux d'ulcère gastro-duodénal, HP?
* Douleur Abdominale Récurrente + méléna +/- rectorragies abondantes, le diagnostic de diverticule de Meckel

**Selon l'âge et les signes d'accompagnement : hémorragies d'origine basse**

* Chez le nouveau-né, les hémorragies d'origine haute, +/- importantes 🡪 rectorragie
* Fissures anales, colites infectieuses, virales ou bactériennes
* Chez le prématuré, l'entérocolite ulcéronécrosante
* La colite au lait de vache (saignement abondant)
* De 2 à 8 ans, fissures, un polype.
* > 7-8 ans, les maladies inflammatoires du TD.
* À tout âge, ulcérations thermométriques et la constipation (sang rouge sur le papier et la cuvette) évoque des fissures anales
* Association à des douleurs abdominales, des arthralgies, une éruption purpurique +/néphropathie

**Purpura rhummatoide**

* Douleur abdominal (hypermotricité 🡺 invagination intestinal 🡺 possible ischémie 🡺 guérit seul mais à surveiller)
* Arthralgie
* Purpura aux membres inférieurs
* Néphropathie

**Evaluation état nutritionnel**

* Courbe de croissance P/T : cassure, IMC (poids/taille²), périmètre crânien, périmètre thoracique
* Diminution du panicule adipeux
* Amyotrophie
* Pâleur, troubles de phanères
* Tristesse, apathie

**Analyse du régime**

* Date d'introduction des aliments
	+ Intolérance aux protéines de lait de vache
	+ Maladie coeliaque
* Qualité du régime
	+ Colopathie fonctionnelle
	+ Intolérance au lactose, gluten
* Conséquences alimentaires de la diarrhée sur le régime.

**Orientation diagnostique en fonction de l'âge**

* Nouveau-né : Allergie Possible au Lait de Vache, déficits congénitaux
* Nourrisson: APLV, maladie coeliaque, colon irritable
* Enfant : intolérance au lactose, colopathie fonctionnelle
* Adolescent : Maladies inflammatoires de l'intestin
* Tout âge : mucoviscidose

**Dénutrition- malnutrition**

Le kwashiorkor:

* Affecte nourrissons des pays à faible niveau de vie,
* principalement lors de leur sevrage.
* Défaut **qualitatif** dans l'apport protéique
* utilisation de protéines à faible qualité nutritionnelle
* malnutrition protéique 🡪 oedèmes +++

Le marasme:

* Affecte nourrissons des pays à faible niveau de vie, principalement lors de leur sevrage.
* Défaut **quantitatif** (et **qualitatif**) protéine-énergétique

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwashiorkor** | **Marasme** |
| Déficience protéique | Déficience calorique |
| Muscles et graisses – atteintes | Fontes musculo-graisseuse |
| Œdèmes, signes cutanéo-muqueux | Psychisme peu affecté |
| Anorexie | Appétit conservé |
| Atteinte métabolisme hépatique | Atteinte métabolisme musculaire |
| Albumine, urée en baisse  | Albumine, Urée correctes |
|  | Hypoglycémie +/- |
| Espace extracellulaire augmenté | Espaces liquidiens respectés |
| Atteinte immunité cellulaire et humorale | Immunité peu touchée |
| Diarrhée habituelle |

|  |  |
| --- | --- |
| MarasmeDéficience caloriqueFontes musculo-graisseusePsychisme peu affectéAppétit conservéAtteinte métabol musculaireAlbumine, urée correctesHypoglycémie +/-Espace liquidiens respectésImmunité peu touchée  | KwashiorkorDéficience protéiqueMuscles et graisses –atteintesOedèmes, signes cutanéo muqueuxAnorexieAtteinte métabol hépatiqueUrée, et albumine diminutionAugmentation espaces extracellulaireAtteinte immunité cellulaire et humorale  |

**Hépatopathie de l’enfant**

**Le foie normal : Palpation**

* Lobe droit palpable sur la ligne médioclaviculaire (Horizontalisation/croissance)
	+ Nouveau-né: 2- 3 cm
	+ Nourrisson : 1-2 cm
	+ Normalement non palpable > 3 ans
* Consistance souple,
* Indolore, mobile avec la respiration
* Surface & bord régulier
* Foie non palpable au-delà du xiphoïde (lobe G)

**Le foie normal : Percussion**

* Hauteur du foie
	+ Percussion limite supérieure (5° espace IC 🡪 ligne mamelonnaire)
	+ Palpation limite inférieure, débord à droite du xiphoïde mais **jamais** à gauche
* Mesure clinique :
	+ 4,5-5 cm à 1 s.
	+ 12 ans 7-8 cm (G) et 6-6,5 cm (F)
* La taille du foie augmente linéairement avec l'âge le poids et la taille

**Fausse hépatomégalie**

* Bascule en avant
	+ Diaphragme et/ou organes intrathoraciques
	+ Masse rétropéritonéale,
	+ abcès périhilaire, kyste du cholédoque
	+ Naturelle : on peut réintégrer le foie sans forcer et pas de débord /ligne médiane
* Anomalie orthopédique : pectus excavatus (thorax et sternum rentré)
* Variante anatomique : lobe de Riedel

**Hépatomégalie : Diagnostic clinique**

* Débord sous-costal
	+ 3,5 cm chez le Nné
	+ 2 cm chez l'enfant
	+ Au-delà de la ligne médiane
* Débord gauche > ligne médiane
* Percussion ++++: abdomen distendu

**Hépatomégalie : Mécanismes**

* Inflammation
* Surcharge
* Infiltration
* Congestion
* Obstruction

**Hépatomégalies "bénignes"**

* Viroses bronchiques, ORL, gastroentérite...
* Fièvres éruptives
* Septicémie Néonatales
* Stéatose de dénutrition

**Grands syndromes cliniques**

* Foie vasculaire
* Foie cholestatique
* Foie tumoral
* Foie de surcharge
* Foie inflammatoire
* Foie fibreux
* Foie hématologique

**Signes d'hépatopathies chroniques chez l'enfant**

* Malnutrition - retard de croissance
* Ictère cholestatique
* Hippocratisme digital
* Angiomes stellaires
* Erythrose palma-plantaire
* Ascite
* Œdèmes périphériques

**Foie cholestatique**

* Présentation clinique
	+ Foie ferme 1 foie douloureux
	+ Ictère conjonctival, Prurit
	+ Signes de carence en vitamine ADEK
* Principales causes
	+ AVB, cholangite sclérosante
	+ Cholestase intra-hépatiques
	+ Lithiase biliaire, kyste du cholédoque
* Orientation diagnostique
	+ Bilan hépatique / Acides biliaires sériques
	+ Echographie et biopsie hépatique

**Conclusion**

****

**Ictère du nourrisson**

* Coloration jaune des téguments et des muqueuses
* Contrairement à l'adulte, l'ictére du nouveau-né est, dans l'immense majorité des cas, à bilirubine indirecte.
* Avec un risque potentiel constant d'encéphalopathie bilirubinique = ictére nucléaire

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ictère physiologique | Indirecte | Hyperbilirubinémie | Indirecte | Ictère pathologique |
| Origine pré-hépatique | Hémolyse physiologique | Hémolyse pathologique (immuno type Rhésus/ABO, constitutionnel)Résorption sanguine / polyglobulieInfection urinaire |
| Origine hépatique | Immaturité hépatique | Métabolique : Mère diabétique, asphyxie périnatale, allaitement au sein, hypothyroïdie, obstruction digestive, Synd. de Crigler Najjar |
| Mixte | Synd. de bile épaisseSynd de Dubin-Johnson/ Synd. de RotorSepticémie à pyogène |
| Directe | Cholestase : Nutrition parentérale prolongée, mucoviscidose, déficit en alpha 1 antitrypsine, gastrectomie, tyrosinose |
| Origine post-hépatique | Recyclage entéro-hépato-bili | Atrésie des VBEHKyste du cholédocque |





**Symptômes possible**

* Hépatomégalie
* Ascite (circulation collatéral due à HTP)
* Angiome stellaire
* Hippocratisme digital

**ANNALES DE SEMIOLOGIE DIGESTIVE ET SEMIO DIG PEDIATRIQUE**

**QCM1 :**

La cytolyse hépatique correspond à l’augmentation de :

1. L’ASAT
2. Phosphatases alcalines
3. Gamma-GT
4. ALAT
5. Aucune des propositions

**QCM2 :**

La pancréatite aigüe :

1. Correspond à une inflammation de la glande pancréatique
2. Peut être d’origine biliaire
3. Peut nécessiter une hospitalisation en réanimation dans les formes graves
4. Est diagnotiquée par une élévation de l’amylase à 3 fois la valeur normale
5. Provoque une douleur épigastrique transfixiante

**QCM 3 :**

La cholécystite aigüe ne s’accompagne pas d’un(e ) :

1. Fièvre
2. Douleur supérieure à 6h
3. Hyperleucocytose
4. Ictère
5. Signe de Murphy

**QCM 4 :**

Dans la pancréatite aigüe, le score de Balthazar :

1. Permet de prédire la gravité de la poussée
2. Est basé sur le bilan biologique initial
3. Est basé sur un examen d’imagerie
4. Doit être calculé dès l’admission du patient aux urgences
5. Est de grade A lorsque le pancréas est normal

**QCM 5 :**

Dans l’angiocholite, la séquence classique des symptômes est :

1. Douleur- ictère- fièvre
2. Prurit-ictère-fièvre
3. Douleur-fièvre- ictère
4. Fièvre- douleur- ictère
5. Aucune de ces propositions

**QCM 6 :**

Laquelle de ces propositions n’est pas un facteur de risque de cancer du pancréas :

1. L’alcool
2. Tabac
3. Antécédent familial de cancer pancréatique
4. Pancréatite chronique calcifiante
5. Obésité

**QCM 7 :**

Une dysphagie :

1. Est une douleur provoquée par la déglutition
2. Est une sensation de blocage alimentaire lors de l’alimentation
3. Peut s’accompagner d’une perte de poids majeure
4. Doit systématiquement faire rechercher un cancer oesophagien
5. Peut si elle est totale, entrainer une dysménorrhée

**QCM 8 :**

Une hernie inguinale non compliquée :

1. Est toujours réductible
2. N’est pas impulsive à la toux
3. Est indolore
4. Son collet se situe au dessus de la ligne de Malgaigne
5. Peut être responsable d’une occlusion

**QCM 9 :**

Une éventration

1. Peut survenir sur une paroi non traumatisée (chirurgie, AVP..)
2. Correspond à l’extériorisation des viscères à la peau
3. Peut se compliquer d’une occlusion intestinale aigüe
4. Survient + facilement en post opératoire chez les patients dénutris et/ou obèses
5. Peut contenir plus de 50% des viscères

**QCM 10 :**

Une hernie crurale

1. Son collet se situe au dessus de la ligne de Malgaigne
2. Est en dedans de l’artère épigastrique
3. Se situe en dedans de la veine fémorale
4. Survient plus souvent chez la femme que chez l’homme
5. Peut entrainer une occlusion intestinale

**QCM 11 :**

Le pyrosis :

1. Peut s’accompagner de régurgitations
2. Correspond à une sensation de brulure rétro sternale ascendante
3. Peut mimer une pathologie cardiaque à type d’infarctus du myocarde
4. Est un signe relativement spécifique du reflux gastro-oesophagien
5. Est facilité par le décubitus

**QCM 12 :**

Une hernie inguinale directe

1. Correspond à une faiblesse musculaire et déforme le fascia transversalis
2. Suit le cordon spermatique depuis l’orifice inguinal profond
3. Est en dedans des vaisseaux épigastriques
4. Lorsqu’elle survient doit faire systématiquement des facteurs de risque d’hyperpression abdominale
5. Doit faire impérativement rechercher une diverticulose sigmoïdienne

**DIG PEDIATRIQUE**

**QCM 1** : la sténose hypertrophique du pylore

1. Survient + fréquemment chez la fille
2. Les vomissements sont faciles, en jets, survenant en postprandial immédiat
3. Les vomissements surviennent le + souvent à 1 mois de vie
4. L’examen clinique retrouve des ondulations péristaltiques allant de l’hypochondre gauche vers la ligne médiane
5. Le transit baryté est l’examen de choix pour poser le diagnostic

**QCM 2** : le reflux gastro-oesophagien

1. Peut se manifester par des régurgitations qui sont un rejet par la bouche, sans effort, de tout ou une partie du contenu gastrique
2. Est favorisé par une immaturité transitoire du sphincter inférieur de l’œsophage (SSO)
3. Est nécessairement billieux
4. Ne s’exprime que par des manifestations digestives
5. Peut être compliqué d’hématémèse

**QCM 3** : la constipation

1. Plusieurs critères (nombre de selles/j, douleurs à la défecation, difficultés d’émission des selles) sont nécessaires pour établir le diagnostic
2. Est définie par le nb de selles < 3/semaines après l’âge de 3 ans
3. Est définie par un nombre de selles < 2/j chez l’enfant au sein
4. Est le plus souvent d’origine fonctionelle
5. Les signes associés comme les vomissements, le retentissement sur la croissance sont évocateurs des complications

**QCM 4** : la diarrhée aigue

1. Correspond à une perte fécale d’eau et d’électrolytes
2. Est définie selon l’OMS par l’émission d’au mois 3 selles molles ou liquides pendant au moins 24 h
3. Peut entrainer une déshydratation sévère si elle entraine une perte de poids supérieure à 5%
4. La présence de rectorragies constitue un signe de gravité
5. S’accompagne toujours d’une hyperthermie > 38,5°

**QCM 5 :** les signes de déshydration extra-cellulaire sont

1. Une TA limite basse
2. Une fontanelle déprimée
3. Un train fébrile
4. La présence d’un pli cutané
5. La perte de poids

**QCM 6** : les signes de déshydration intra-cellulaires sont :

1. La soif
2. Une fontanelle déprimée
3. Une sécheresse des muqueuses
4. La perte de poids
5. Une baisse du niveau de conscience

**QCM 7** : devant tout ictère chez un enfant, il convient de rechercher

1. Une hépatomégalie
2. Des troubles de la conscience
3. Une hémolyse
4. Des troubles de la coagulation
5. Une décoloration des selles

**Examen Clinique du Nouveau-né**

**Evaluation de 2 façons** : Au cours de la 1ère minute de vie :

* + **Incomplet** Juste comment enfant s’adapte **+++ Cardio/Respiratoire**
* Au cours de son séjour à la Maternité :
	+ **Examen systématique** → **Complet +++**
1. Evaluation en salle de naissance, 1ère minute de vie

Rapide !

 → **Evaluation toute les 30secondes** :

* Ventilation Si ça va pas :
* Fréquence Cardiaque > à 100 b.mn → Mise en place Mesure corrective

**Cotation répété du Score d’Apgar** (mis en place par Virginia Apgar)

* A réaliser à : **1mn, 5mn et 10mn de Vie**

* Prenant en compte :
	+ **Ventilation**
	+ **Coloration**
	+ **Fréquence Cardiaque**
	+ **Tonus**
	+ **Réactivité**
* Le But : Dire si il y aura des conséquences au long terme = **Marqueur Pronostic Neuro**



1. Examen clinique au cours du séjour en Matérnité

**Examen systématique** :

* A consigner sur le carnet de Santé

Précis +++ **Poids**

* **Examen cutané**
* **Examen morphologique**
* **Appareil Cardio-vasculaire**
* **Appareil Digestif**
* **Appareil Respiratoire**
* **Examen Neurologique**
* **Organes génitaux externes**
* **Orthopédique**
1. Poids de naissance

Poids normal

* Définit en fonction du Terme
	+ Il faut donc se rapporter à une courbe ou un tableau
* Permet de définir des nouveau-nés
	+ Hypotrophes
		- = Poids < 10ème percentile
		- Souvent diagnostic anténatal de RCIU
	+ Macrosomes
		- = Poids > 10ème percentile

**Dépistages des Nouveau-nés**

* **Hypotrophes**
	+ Causes : Tabagisme, CMV, vasculaire etc …
	+ Risques : Hypoglycémie +++, Hypothermie …
* **Macrosomes**
	+ Causes : Diabètes …
	+ Risques : Hypoglycémie, fracture de la clavicule (pdt l’accouchement) …
1. Examens cutanés

 Distingué ce qui est grave ou non !

1. Bénin :
* Angiomes (fqt ! 5-10% des enfants)
* Angiome plan
* Erythème Toxique
	+ Ressemble à piqure d’ortie
	+ Commence / un point blanc → disparait en 10 jours (avec ou sans crème)
* Acné du Nourrisson
	+ Disparait tout seul
1. Grave
* Nævus Congénitaux :
	+ Risque de dégénérescence → Besoin suivi dermato
1. Examen Morphologique
2. Yeux

On examine :

* Position :
* Il y a normalement de la place pour un œil entre 2 yeux = Espace constant
* Malformation présente dans plein de syndrome
* Ouverture Palpébrale
* Blepharophimosis
* Lueur Pupillaire
* Cataracte

Méthode d’examen :

* **Lampe**
	+ **Poursuite oculaire**, **réflexe photomoteur**
	+ Attention pour la Poursuite oculaire
		- Les Bébés on ↓ de contraste → donc on test avec un truc contrasté
		- Et on le fait 5-10secondes car gros effort de concentration pour le bébé

Et du coup il détourne son attention

* **Yeux rouges au Flash**
	+ Le rouge = imprégnation de la rétine
1. Bouche

On recherche :

* **Fente Palatine**
* **Frein Sublingual**
* **Dent néonatale**

Méthode :

* Visualisation du Palais
	+ En recherchant d’une des **réflexes des Points cardinaux**
		- **Stimulation du Menton**
* Palpation
	+ En faisant **téter le doigt**
* Recherche d’un Frein court (fqt +++)
	+ **Empêche allaitement maternel ou gène +++**
	+ On coupe Rapidement
* Recherche d’une dent Néonatale (rare)
	+ Le Risque :
		- Ça va tomber et risque que aille dans voie aérienne
		- En général on l’enlève
1. Les Oreilles
* Forme
* Implantation
	+ Basse ?
* Orifice conduit auditif externe

* Anomalie cutané en regard
	+ Ex : Chondromes pré-tragiens

 = reliquat embryonnaire, pas grave !

 Mais ↗ x2 risque malformation néonatale associée → Mais on ne fera rien de spé

1. Membres
* 3 segments / mb
* Mobilité
* Pli Palmaire
* ****Doigts → nb, implantation, longueur
1. Choanes

Dépistage de l’Atrésie des Choanes

* Sonde n°8 ou n°7 (mieux)
* **Perpendiculairement au visage**

Mais **on le fait – car ça fait mal** !

**On préfère :**

* **Quand le bébé prend le sein** (bouche fermée)
* **Occlusion alternée des narines**
* **Si ne reprend pas sa respiration entre temps = Ø d’Atrésie**

Si Atrésie → Adresser à un ORL

1. Examen Cardio-Vasculaire
* Coloration de la Peau
* Auscultation Cardiaque

Le Canal Artériel :

* Se ferme au cours des 1ère heures de vie
* = Souffle physiologique

 En sous clavier gauche



**Les Normes**

* Fréquence Cardiaque : ~140 bpm
	+ **90 - 180 bpm** : selon activité du bébé
	+ Quand on l’examine, on prend **2-3mn après qu’il est pris son biberon**.
* Temps de Recoloration cutanée (TRC) : < à 3secondes
	+ Rmq :

→ Enfant en choc septique avec Purpura fulminant : Vasodilatation / les Toxines → Volémie se retrouve dans les capillaire → Hypovolémie → Hypotension et **TRC ↓ à presque instantané**

* + **Donc Pas Trop long ni trop court !**
* Tension Artérielle
	+ TA moyenne = 40 mmHg = ~7.3
	+ Prématuré :
		- J0 = Terme de naissance
		- J1 = Terme + 2mmHg
		- J2 = Terme + 4mmHg
		- Jusque 40mmHg

**Recherche des Pouls Fémoraux et Huméraux**

* Patho fréquente : Sténose de l’aorte thoracique
* Conséquence :
	+ **Hypertension avant la sténose**
	+ **Hypotension après la sténose** : ↘ perfusion rein, TD, Mb < … etc
* Gradient TA MB > vs Mb < est supérieur à 20 mmHg
* S’opère !
	+ On pose une prothèse là où il y a le rétrécissement



**En Pratique** :

* Difficile de prendre le Pouls !
	+ En général on n’est pas sur → donc on prend une tension !
1. Appareil Digestif

Inspection :

* Ex : Anomalie de fermeture de la paroi
	+ Omphalocèle (se voit souvent en Anténatal)



Dépistage Atrésie Œsophage (1 à 500 sur 2000 naissance)

* (30 à 50 M Diagnostic Anténatal : le reste après la naissance)
* **Risque de complications aigues** lié à la présence d’une fistule
* A la naissance :
	+ Sonde n°10 (noire) RIGIDE !
		- Sinon peut s’enrouler !

et on ne fera pas le diagnostic

* + < à 20-25cm (distance bouche-oreille-estomac)
	+ Visualiser la sonde au travers de la paroi quand arrive dans l’estomac
	+ **Si doute** :
		- **Injecter de l’air** !



**Palpation de l’Abdomen** :

* Hépato-splénomégalie
* Masse Abdominale
* Orifice Herniaire :
	+ Chez le Garçon : on y pense ++
	+ Chez les Filles : on y pense ± → Regarder les grandes lèvres !

Bruit Hydro Aérique

* Vérifier si présent !
1. Appareil Respiratoire

Fréquence Respiratoire :

* Nn à terme : 40/mn
* Prématuré : 60/mn

SpO2

* **A adapter au cours des premières minutes de vie**

Mais il y a des enfants qui vont + vte !

 Ex : Naissance / voie basse + rapide

 que par césarienne

* + 2min : 60% : car en in utéro : déjà 60 de SAT
	+ 3 min : 70%
	+ 4min : 80%
	+ 5min : 85%
	+ 10min : 90%

Signe de Lutte = Indice de Silverman



Attention :

* Pr le Geignement respiratoire
	+ Besoin de l’écouter

 Car ne s’entend pas

 comme ça !



1. Examen neurologique
2. Crâne
* Forme Générale
	+ Craniosténose ? (si oui : on ça recrée les fentes, sinon ça va bloquer la ↗ du cerveau !)
* Fontanelles
	+ **Bregmatique ouverte = perméable** (*1 à 2cm*) → car va grandir !
	+ **Lambdatique fermée**
* Sutures
	+ **Suivre**
	+ **Mobiles** (craniosténose ?)
	+ **Ø de chevauchement ou disjonction**
1. Réflexe Archaïques :

**Présent à la naissance, disparaissent après 3mois**

1. Grasping = Réflexe de préhension

Pour tous les primates : les petits s’accrochent à leur mère :

* **Quand on met un doigt ou un objet dans sa paume, le nouveau-né referme solidement sa main**.
* Si on le fait simultanément dans ses deux paumes, le bébé s'agrippe aux doigts avec **tant de force qu'on peut le soulever un peu.**

Marche aussi avec les pieds

* Mais on n’arrive pas à prendre les choses !
1. Marche Automatique

**On soutient le nourrisson en position verticale**

* **ses pieds prenant appui sur la table d'examen**
* **ses jambes vont esquisser un mouvement de marche**.
1. Moro

On n’aime pas le faire …

**L'enfant placé sur le dos est soulevé par les mains de quelques centimètres, membres supérieurs en extension.
Le réflexe apparaît quand il retombe sur la table d'examen et se décompose en quatre parties**

* Peur
* [Abduction](http://fr.wikipedia.org/wiki/Abduction_%28terme_m%C3%A9dical%29) des bras
* [Adduction](http://fr.wikipedia.org/wiki/Adduction) des bras
* [Cris](http://fr.wikipedia.org/wiki/Cri_%28voix%29).

L'absence d'une de ces réactions (excepté le cri) ou une asymétrie dans les mouvements est anormale

1. Points Cardinaux

**La stimulation tactile de la joue entraîne une rotation de la tête vers le côté stimulé et le bébé ouvre la bouche pour téter.**

1. Réflexe spinal de Galant

On le fait moins …

**Lorsque le bébé est allongé sur le ventre ou le côté et qu’on stimule un côté de sa colonne sans la toucher**

* **cela provoque une flexion de tout le corps vers le côté stimulé.**
* **Il peut y avoir extension de la jambe opposée.**

(Permet au fœtus de se positionner tête en bas pour naître et est actif pendant la naissance en alternant les flexions d’un côté à l’autre pour s’avancer dans le canal de la naissance)

1. Succion

On le voit sucer le sein ou biberon = Ok

Sinon **→ on met un doigt dans la bouche** (mais on se lave les mains et attention au SHA …)

1. Tonus passif
2. Position fœtal = Fléchisseurs

Dû à sa position in utéro : Flexion +++

* Donc : **action Extenseur ↓** :
	+ Va ↗ au fur et à mesure

Différence avec le prématuré :

* Au contraire : va pas avoir activité fléchisseur, bras ballant etc …
1. **Angle Poplité**

**Le bébé est en décubitus dorsal.**

* **Il faut fixer les deux genoux de part et d'autre de l'abdomen**
* **Puis ouvrir les jambes sur les cuisses.**
* Angle de 90 chez le nouveau-né**.**

**Prématuré** de 28 semaines → on arrive à mettre **les talons aux oreilles** !

1. **Angle Pied-Jambe**

**Dorsi-Flexion du pied**

* **La jambe est maintenue en extension**
* **Pied fléchis sur la jambe**
* Angle 0 à 20 chez le nouveau-né à terme
1. Tonus Actif : Signe du Foulard :

Etendre l'avant**-bras du nouveau-né qui est spontanément en flexion**

* **Evaluer le retour en flexion de celui-ci**
1. **Manœuvre du Tiré-assis**

L'enfant en décubitus dorsal est saisi par les poignets ou mieux par les épaules :

* est soulevé pour décoller la tête du plan d'examen puis l’amener en position assise.
* Une légère pression préalable des poignets ou des épaules renforce le tonus de base.
* Normalement, la tête se place dans l'axe du thorax soulevé pendant toute la manœuvre
* Puis chute en avant en fin de course ; au minimum
* on voit les sterno-cléido-mastoïdiens se contracter, et la tête suivre un court instant le mouvement vers l'avant.

Lors du déplacement inverse, les muscles extenseurs du cou sont étudiés sur l'enfant

* En position assise
* Menton contre sternum
* Maintenu par les bras et les épaules
* Un mouvement vers l'arrière est imposé au tronc :
	+ lentement, mais spontanément, l'enfant redresse la tête
	+ il la maintient verticale un bref instant
	+ Puis elle reste dans l’axe du tronc jusqu’au retour en décubitus dorsal.
1. Organes Génitaux Externe

**Masculin ou Féminin** ?

* Parfois : on n’arrive pas à le dire ! (↓ fqt : 1/1000 → 1 ou 2 cas / ans)
1. Fille
* Aspect des grandes lèvres
	+ Hernie de l’ovaire ?
* Hrydrocolpos ?
* Antéposition Anale ?
* Leucorrhées ? → Pas pathologique ! Rassurer les parents !
	+ **= Sang ou perte blanche** → car pendant la vie foétale : imprégnation hormonale +++
	+ Donc on stoppe cet apport → donne semblant de règle
1. Garçon
* Aspect du scrotum
* Testicules en places ?
	+ Attention : s’il à froid → les testicules remontent
* Taille de la verge
* Orifice inguinaux libre ?
* Jet mictionnel (élimine des valves postérieures de l’urètre)
	+ Quand présent : bloque urine dans la vessie → ↗ de volume uretère et jusque le rein !
* Hypospades :
	+ Bilan endocrinien
	+ **↗ actuelle de l’incidence**
		- Certain polluant agissent ± comme des hormones
1. Orthopédique
2. Hanches
* ATCD familiaux +++
* Position du fœtus pendant la grossesse (siège)
* **Examen Clinique** :
	+ Recherche de craquement ou Ressaut
		- Manœuvre de Barlow : bloque basin → Fémur sort ?
		- Manœuvre d’Ortolani : ouvre les jambes → Craquement ?
1. Clavicules
* Macrosomie
* Touche de Piano
	+ On fait une Radio si on a un doute
	+ Mais se répare tout seul ! et très bien ! (la seule complication = nerf)
1. Pieds
* Position
* Caractère réductible
	+ parfois dû à la position in utéro

 → va se remettre en place !

1. Mains
* Syndactylie
	+ Faire attention ++ au nombre de doigts
	+ A leur implantation
1. Conclusion :
* Examen Morphologique minutieux
* Examen spécifique pour chaque appareil
* Spécificité de l’examen neurologique
	+ **Tonus passif**
	+ **Tonus actif**
	+ **Réflexe Archaïque**
* Rapidité de l’examen en salle de naissance :
	+ **Toutes les 30 secondes** :
		- FC ?
		- Respiration
	+ **Score d’Apgar à 1, 5 et 10 mn de vie**