

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA

FACULTE DE MEDECINE ANNABA

UNITE 4 :APPAREIL DIGESTIF ET ORGANES HEMATOPOETIQUES

Année universitaire 2021/2022

Dr CHETTAB Frida

Les signes fonctionnels digestifs partie 1: troubles de l'appétit, dysphagie et vomissements

Plan

☐ *Troubles de l'appétit*

1. Définir les troubles de l'appétit (anorexie, polyphagie)

☐ *Dysphagie*

1. Définir la dysphagie et ses mécanismes de survenue
2. Différencier une dysphagie organique d'une dysphagie fonctionnelle
3. Préciser les caractéristiques de la dysphagie
4. Connaître les étiologies

☐ *Vomissements*

1. Définir les vomissements et préciser leur caractère sémiologique
2. Connaître les étiologies des vomissements

I- LES TROUBLES DE

1. L' anorexie:

A- Définition

-C'est la perte ou la diminution de l'appétit.

-L'anorexie au sens courant est involontaire.

-lorsqu'elle est associée à un amaigrissement et une asthénie, elle doit faire rechercher un cancer, une infection lente ou une cause psychiatrique comme la dépression.

-Ce terme sans précision ne doit pas être confondu avec l'anorexie mentale qui est une lutte contre la faim avec diminution des apports volontaires

Elle peut être:

Globale : intéressant tous les aliments,

Elective : ne portant que sur certains aliments;

Exemple : anorexie intéressant la viande

B. Les étiologies:

✓ Pathologies digestives :

- Ulcère gastro-duodéal
- Cancer digestif
- Hépatite virale (phase prodromique)

✓ Pathologies extra-digestives :

- Une origine psychique
- Une maladie infectieuse; exemple : la tuberculose

2-Polyphagie

A-Définition

C'est une augmentation de l'appétit

B. Les étiologies:

- Le diabète sucré où elle est associée à une polydipsie (augmentation de la soif entraînant l'absorption de quantité importante de boisson).
- Certaines obésités : suralimentation entrant dans le cadre d'habitudes familiales.

II- LA DYSPHAGIE

A-Définition

-Sensation de gêne à la déglutition

-Cette gêne survient pendant le passage du bol alimentaire dans l'œsophage et le cardia .

-Cette sensation est souvent vécue comme un blocage ou un accrochage des aliments

B- Etude sémiologique

- Terrain
- siège (thoracique et retro-sternal, basse)
- évolution (permanente, capricieuse) et date de début
- aliments concernés (liquide ,solide ,mixte)
- Les signes accompagnateurs : régurgitation, DL œsophagienne, hypersialorrhée

. Mécanismes:

1. Elle peut être d'origine pharyngée (en cas d'angine)
2. Elle est le plus souvent d'origine œsophagienne :
 - Soit mécanique par anomalie organique de l'œsophage : cancer ou sténose, ou bien due à une compression de l'œsophage par un organe de voisinage (tumeur médiastinale ou cancer de la thyroïde).

La dysphagie est alors permanente et d'intensité progressive.

- Soit fonctionnelle par anomalie de la contractilité de la musculature œsophagienne :
 - Spasme siégeant au niveau du tiers inférieur de l'œsophage ou au niveau du cardia s'accompagnant d'un relâchement de la musculature sus-jacente avec dilatation de l'œsophage définissant le méga-œsophage. La dysphagie est alors intermittente et capricieuse

C- Etiologies **ANNEXE 1**

1. Causes mécaniques : dysphagie le plus souvent progressive, permanente.
 - ✓ Les compressions extrinsèques :
 - Anomalie cervicale : cancer volumineux de la thyroïde.
 - Anomalie thoracique qui sera visible à l'examen radiologique du thorax : cœur (exemple grosse oreillette gauche d'un RM), gros vaisseaux (anévrisme de l'aorte), tumeur du médiastin.
 - ✓ Le cancer de l'œsophage et le cancer du cardia.
 - ✓ Les rétrécissements cicatriciels qui sont une séquelle après ingestion de caustique

✓ La hernie hiatale compliquée d'œsophagite peptique.

✓ Diverticule œsophagiens : diverticule de Zenker

✓ Anneau de schatzki

2. Causes fonctionnelles : dominées par les dyskinésies œsophagiennes et les spasmes de l'œsophage chez les sujets neurotoniques et le méga-œsophage idiopathique.

✓ Elles réalisent une dysphagie le plus souvent intermittente et capricieuse

III- VOMISSEMENT

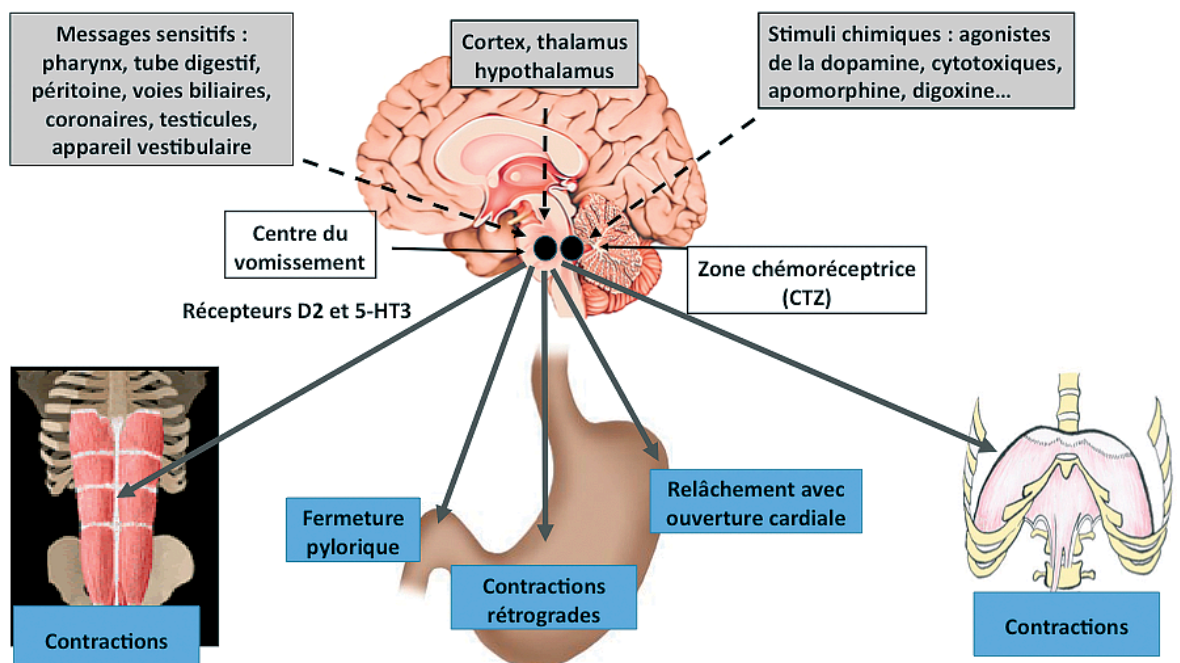
A-Définition

- le rejet brusque par la bouche d'une partie ou de la totalité du contenu gastrique. Il est souvent précédé, accompagné ou remplacé par des nausées.
- Nausée: envie imminente de vomir. Elle s'accompagne de manifestation vagale
- Il s'agit d'un symptôme fonctionnel dénué de spécificité qui peut accompagner des maladies digestives et des maladies extra-digestives

B-Physiopathologie

- Les éléments importants de la coordination des mécanismes conduisant aux vomissements sont :

- le centre du vomissement, situé dans la substance réticulée du tronc cérébral qui coordonne les phénomènes moteurs du vomissement
- les stimulations nerveuses afférentes au centre du vomissement provenant :
 - de la zone chémoréceptrice située dans le plancher du 4e ventricule , sensible aux stimuli chimiques,
 - du cortex cérébral (ex : pensée, odeurs, émotions),
 - de l'appareil vestibulaire (ex : mal des transports, syndrome de Ménière),
 - des nerfs vague et sympathique provenant du tube digestif, du pharynx ;
- **les efférences motrices** conduisant aux vomissements eux même



C- Etude sémiologique:

1. Interrogatoire:

✓ Circonstances d'apparition : repas, prise de médicament, femme en état d'aménorrhée (vomissement du premier trimestre de la grossesse), vomissements en jet (sans efforts), vomissements provoqués par le patient .

✓ L'horaire du vomissement :

- Matinale chez le sujet à jeun : grossesse, éthylisme.

- Post-prandiale précoce : lié souvent à un trouble fonctionnel.

-Post-prandiale tardive : souvent en rapport avec une cause organique

✓ Le nombre et l'abondance :

-Vomissement aigu épisodique : le plus souvent unique ou peu nombreux et peu abondant, symptomatique d'une affection aiguë.

-Vomissement chronique : le plus souvent multiple, quotidien plus ou moins abondant, symptomatique d'une affection chronique digestive ou neurologique.

✓ Les signes d'accompagnement: douleurs, troubles du transit, céphalées, vertiges, etc...

✓ La nature du vomissement : le contenu gastrique rejeté peut être de nature

- Alimentaire :

○ Précoce : aliments peu fragmentés;

- Tardif : aliments digérés qui ont été ingérés 1 à 2 jours auparavant : vomissements de stase qui témoignent d'un obstacle à l'évacuation gastrique; exemple : sténose du pylore.

- Aqueux :

La pituite est le rejet par la bouche, le matin à jeun, d'un liquide filant, aqueux, alcalin, symptomatique d'une gastrite le plus souvent éthylique.

-Bilieux :

Le rejet de bile peut survenir normalement à la fin d'un vomissement alimentaire;

Un vomissement bilieux d'emblée doit faire suspecter un obstacle sous-vatérien.

-Hématiques :

Hématémèses : vomissement de sang plus ou moins digéré souvent accompagné de débris alimentaires.

- Fécaloïde :

rejet de matières fécales, se voit au cours des occlusions intestinales aiguës très avancées.

- Corps étrangers : parasite; ascaris.

2. Examen clinique:

- ✓ L'examen clinique doit être complet, il permettra:
- ✓ D'apprécier le retentissement des vomissements sur l'état général du malade : signes de dénutrition avec amaigrissement important et des signes de déshydratation surtout extracellulaire

- ✓ De rechercher une étiologie surtout digestive, neurologique ou gynécologique chez la femme (examen de l'abdomen, neurologique, labyrinthique, cardiaque, existence d'une fièvre.....)

D-Etiologies

- ✓ Les urgences abdominales et pelviennes:

- Occlusion intestinale (grêle +++ ou colon+)
- Infection aiguë intra-abdominale : appendicite, cholécystite aiguë, péritonite
- Pancréatite aiguë
- GEU, torsion d'annexe

- ✓ Les causes digestives :

- Les affections digestives aiguës:

- Gastrite aiguë éthylique
- Gastro-entérite aiguë virale, bactérienne ou parasitaire associant souvent fièvre, diarrhée sévère, rarement syndrome dysentérique.

- ✓ Les causes neurologiques :

Hypertension intracrânienne : encéphalite, tumeurs, hydrocéphalie.

Méningite aiguë.

Migraines (avec vomissements volontiers en fin de périodes migraineuses).

- ✓ Les causes endocriniennes et métaboliques :

Acidocétose diabétique

Insuffisance cortico-surrénalienne aiguë

Hypercalcémie

Insuffisance rénale

Crise d'hyperthyroïdie aiguë

Les états d'hyperhydratation cellulaire

✓ La grossesse :

Notamment au début

✓ Les causes médicamenteuses:

- Les digitaliques (dosage de la digoxinémie) +++ cause fréquente
- Les opiacés
- La levodopa
- Les antibiotiques
- La chimiothérapie anticancéreuse

Les vomissements psychogènes

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA

FACULTE DE MEDECINE ANNABA

UNITE 4 :APPAREIL DIGESTIF ET ORGANES HEMATOPOETIQUES

Année universitaire 2021/2022

Dr CHETTAB Frida

Les signes fonctionnels digestifs partie 2: troubles du transit

☐ -Diarrhée

- 1-Définir la diarrhée et ses mécanismes physiopathologiques
- 2- Préciser les caractéristiques sémiologiques de la diarrhée
- 3-Diagnostic différentiel d'une diarrhée
- 4-Définir le syndrome dysentrique
- 5-Préciser les caractères communs d'une diarrhée aigue
- 6- citer les causes infectieuses d'une diarrhée aigue
- 7-Définir la diarrhée chronique
- 8- citer les principales étiologies de la diarrhée chronique

☐ Constipation

- 1-Définir la constipation
- 2-Préciser les caractéristiques sémiologiques de la constipation
- 3-Citer les principales étiologies

I- Les diarrhées :

- A. Définition :

C'est l'émission des selles trop abondantes (supérieurs à 300g /24h) et/ou trop fréquentes (nombre supérieur à 3 selles/24h) et/ou liquides ou très molles.

L'OMS définit la diarrhée comme l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour, ou à une fréquence anormale pour l'individu

B. Diagnostic différentiel :

Fausse diarrhée des constipés : qui survient après quelques jours de constipation. C'est une selle de constipation diluée dans un liquide d'hypersécrétion provenant de la muqueuse irritée par la stase.

C. Etude sémiologique :

1. Interrogatoire :

Il va préciser les caractères suivants de la diarrhée :

- La date de début :

- Récent (quelques heures ou quelques jours) : diarrhée aigue,
- Ancien : plusieurs semaines ou mois : évoquant une diarrhée chronique.

- Le nombre de selles par 24 heures.

- L'horaire : matinal, post- prandiale, nocturne. L'impériosité : caractère urgent ou non obligeant le sujet à interrompre son activité

- L'aspect : le médecin doit voir les selles du malade :

- Couleur et consistance :
 - Pâteuse avec parfois présence de graisse qui confère aux selles un aspect luisant ;
 - Liquide, moulée ou molle
 - Présence d'éléments anormaux : sang, pus, glaires enrobant la selle ou l'accompagnant
 - Selles noires : méléna

- Evolution :

- Aigue : début brutal, durée quelques heures à quelques jours
- Chronique : durée prolongée plusieurs semaines à plusieurs mois, parfois épisodes de diarrhée séparés par des phases de transit normal.

- Signes accompagnateurs : douleurs abdominales, nausée ou vomissement.

- facteurs déclenchant ou améliorants :

- Influence du repas, du jeune.

- Efficacité des traitements déjà prescrit, en particulier les ralentisseurs du transit.
- Prise antérieure de laxatifs.
- Notion de voyage en zone tropicale, prise médicamenteuse, aliments souillés, aliments mal cuits (viandes ect.)

2. Examen clinique :

✓ Retentissement sur l'état général :

- Diarrhée aiguë : déshydratation, syndrome septicémique
- Diarrhée chroniques
 - Dénutrition, amaigrissement
 - Signes de malabsorption clinique :
 - Œdèmes des membres inférieurs : hypo protidémie
 - Syndrome hémorragique cutané muqueux des hématomes ou une tendance au saignement spontané (carence en vitamine K)
 - Des crampes, une tétanie (hypocalcémie et donc carence en Vitamine D)
 - Des troubles des phanères : (cheveux fins, cassants) carence en vitamines hydrosolubles (groupe B, PP)
 - Un syndrome anémique : dyspnée, pâleur cutanée, muqueuse (carence en fer et en Vitamines B12).

✓ Rechercher la cause :

- Examen abdominal soigneux : masse, hépatomégalie, splénomégalie
- Toucher rectal : masse rectal
- Autres appareils : aires ganglionnaires, thyroïde

D. Les différents types de diarrhée et leurs étiologies :

1- Les diarrhées aiguës :

a/ caractères communs :

- Mode de début brutal et dure habituellement quelques jours, rarement plus de 10 ;
- Présence habituelle d'un facteur déclenchant : alimentaire, infectieux, médicamenteux ou toxique ;

- Aspect : selles liquides ;

Risque de déshydratation surtout chez le vieillard et le nourrisson

b/ Présentations cliniques :

- ✓ La diarrhée cholériforme qui est une diarrhée hydrique avec déshydratation et vomissements mais sans fièvre.
- ✓ La diarrhée dysentérique est une diarrhée glairo-sanglante avec parfois du sang ou du pus sans matières fécale qui peut être accompagnée par des épreintes (douleurs coliques avec fausse envie d'aller à la selle) et des ténésmes (sensation de tension douloureuse intra-anale). Les signes généraux sont importants (fièvre, frissons et asthénie).

c/ Les étiologies :

✓ Les diarrhées infectieuses :

- Infectieuses +++ :
 - Bactériennes :
 - * Les toxi-infections alimentaires : atteinte collective après les repas, douleurs abdominales, fièvre, résolutives en 72 heures
 - * La fièvre typhoïde : Au deuxième septénaire
 - * Le choléra, la yersiniose, la shigellose
 - Virales
 - Parasitaires
- Médicamenteuse (colchicine, antibiotiques, chimiothérapie...)
- Ischémiques, allergiques,

2- Les diarrhées chroniques :

Les différents types de diarrhée chronique :

✓ Diarrhée motrices :

La diarrhée est la conséquence d'une augmentation de la vitesse du transit intestinal.

- Caractéristiques sémiologiques :

- Selles matinales, « réveille-matin », postprandiales immédiates émises en plusieurs fois de façon rapprochée
- Peu abondantes
- Impérieuses
- L'efficacité des retentissements sur l'état remarquable
- Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

- Causes :

- Le plus souvent troubles fonctionnels intestinaux ou syndrome de l'intestin irritable,
- Endocrinienne : hyperthyroïdie, syndrome carcinoïde, cancers médullaires
- Neurologique : post-vagotomie, neuropathie diabétique
- Syndrome du grêle court, fistule gastro-colique

✓ Diarrhée par mal absorption :

- Caractéristiques sémiologiques :

- Début progressif
- L'aspect des selles est « stéatorrhéique » : en bouse de vache, selles grasses, luisantes, collantes à la cuvette, pâteuses, laissant des « taches d'huile » sur le papier.
- Amaigrissement avec une conservation de l'appétit, asthénie, parfois anasarque (syndrome œdémateux généralisé)
- Syndrome carenciel global ou spécifique :
 - Vitamine A : héméralopie nocturne (difficulté à voir la nuit)
 - Vitamine K : hématomes ou saignements spontanés
 - Vitamine D : syndrome ostéo-malacique
 - Vitamine B12 ou en folate : anémie, syndrome neurologique en rapport
 - Fer : anémie.

- Etiologie :

- Maldigestion :

- Insuffisance pancréatique exocrine
- Cholestase
- Colonisation bactérienne du grêle.

- Malabsorption :

- Maladie cœliaque

- Maladie de crohn
- Maladies parasitaires duodénales
- Entérite radique.

✓ Diarrhée sécrétoires :

Liées à un agent pathologique stimulant la sécrétion de l'intestin de façon anormalement important ses capacités de réabsorption.

- Caractères sémiologiques :

- Les selles sont souvent très abondantes (500 à 1000 g/j) uniquement afécales, liquide.
- La diarrhée persiste avec le jeûne.
- Les risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie) sont importants.

- Causes :

- Hypersécrétion d'hormones (VIP) d'origine pancréatique (vipome), syndrome de ZOLLINGER ELLISON (gastrinome)
- Une prise de médicament (veinotoniques).

✓ Diarrhées osmotiques :

La diarrhée est due à la présence dans la lumière digestive d'un élément non absorbable à fort pouvoir osmotique. Afin de maintenir l'iso-osmolarité, il y a appel d'eau du milieu intérieur vers la lumière digestive et donc augmentation de la quantité de l'eau dans les selles.

- Caractéristique sémiologiques :

- Selles d'abondance variable, proportionnelle à la quantité présente d'élément osmotique
- Selles liquide, sans horaire particulier.
- La diarrhée cède lors du jeûne, puisqu'il n'y a alors plus d'élément osmotique.

- Causes :

- Le plus souvent, intolérance au lactose.
- le meilleur exemple est la diarrhée engendrée par la prise en quantité excessive de laxatifs de type osmotique : lactulose, consommation excessive de chewing gum)

✓ Diarrhée exsudatives :

Consécutives à une fuite de lymphes et de plasma

- Caractéristiques sémiologiques :

Diarrhée chronique avec œdème des membres inférieurs

- Causes :

- Les entérocolites inflammatoires

- Les tumeurs étendues coliques ou intestinales

- Les lymphangiectasies intestinales (dilatation des lymphatiques de WALDMAN) ou secondaires (compression par des adénopathies).

II - La constipation :

A. Définition :

Elle est définie par l'association d'un ralentissement du transit et d'une déshydratation des selles.

Cliniquement, elle se traduit par des défécations rares (moins de 3 défécations par semaines) avec une sensation d'exonération difficile.

B. Diagnostic différentiel :

La constipation doit être différenciée de :

-Selles quotidiennes trop dures

-Sensation d'exonération ou d'évacuation incomplète.

-Occlusion intestinale : urgence chirurgicale, définie par une interruption totale du transit intestinal.

Elle se manifeste par l'association de 3 symptômes d'intensité variable et de chronologie parfois décalée : douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières ainsi que des gaz.

C. Mécanismes physiopathologiques :

Deux mécanismes physiopathologiques prédominent mais peuvent être associés :

✓ Un trouble de la progression sur l'ensemble du colon par inhibition de la motricité globale, c'est une constipation de progression.

✓ Un trouble de l'évacuation au niveau du sigmoïde ou de la sphère ano-rectale, c'est une constipation terminale (dyschésie).

D. Etude sémiologique :

1. l'interrogatoire :

Il précisera :

✓ Le caractère des selles :

- Fréquence
- Consistance : (échelle de Bristol) **ANNEXE 2**
 - Scybales (petits fragment compacts de matières fécales déshydratées)
 - Fausses diarrhée du constipée : selle dure dans le rectum créant un bouchon dure qui quant il va céder va libérer des selles liquides qui s'était accumulé au-dessus.

✓ Mode de début et évolution :

- Constipation aigue récente (cause organique/ cancer colorectal)
- Constipation ancienne et chronique (cause motrice ou fonctionnelle)

✓ Facteurs déclenchants : prise de nouveaux médicaments, modification des habitudes alimentaires (diminution des apports hydriques), alitement.

✓ Antécédents chirurgicaux et obstétricaux comme des épisiotomies et des accouchements répétés par voie basse (dyshésie).

✓ Symptômes associés :

- Vomissement / météorisme devant faire éliminer un syndrome occlusif
- Emission de selles anormales avec glaires et /ou sang (rectorragies) devant faire rechercher une cause organique (colite, tumeur)

2. L'examen clinique :

✓ L'examen abdominal :

- L'inspection et la percussion à la recherche d'une distension ou d'un tympanisme
- La palpation à la recherche d'une masse tumorale

- L'auscultation : augmentation des bruits hydro-aériques (doute sur un obstacle) ou une diminution (occlusion).

✓ L'examen proctologique :

- Inspection de la marge anale
- Toucher rectal : rechercher la présence de selles, voire de fécalome, défini par la présence de matières fécales déshydratées, accumulées dans le rectum, impossible à expulser mais aussi une masse rectale ou des troubles de la statique pelvienne.

✓ L'examen général :

- Neurologique (maladie de parkinson)
- Endocrinien.

E. Les étiologies : la constipation peut être :

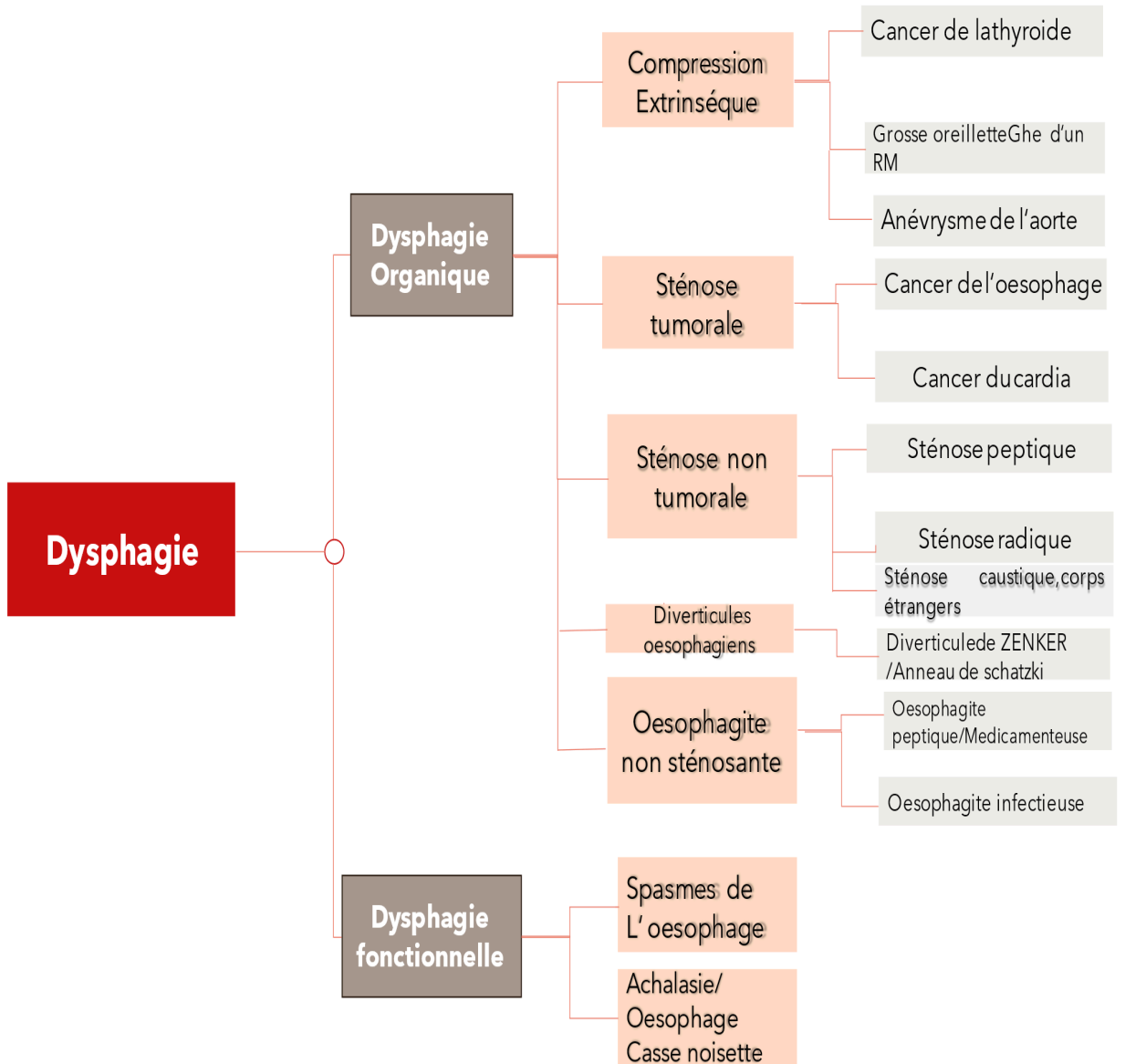
✓ Primitive ou « constipation maladie »

✓ Secondaire : symptôme d'une maladie :

- Extra digestive :
 - Maladie endocriniennes (diabète, hypothyroïdie, hyperparathyroïdie).
 - Maladies neurologiques (maladie de parkinson)
 - Troubles hydro-électrolytiques (hypokaliémie, hypercalcémie)
 - Médicaments (opiacés, antidépresseurs, anti cholinergiques)
- Digestive ou locale :
 - Obstruction : cancer du colon / rectum, sténose colique bénigne, sténose anale
 - Anomalies de la motricité colique : maladie de Hirschprung
 - troubles de la statique pelvienne (dyschésie) (cystocèle, rectocèle, ...)

NB : La maladie de Hirschprung : c'est une maladie génétique rare. On a une absence de cellules ganglionnaires dans les plexus myentériques du rectum et du sigmoïde avec perte du reflux recto-anal inhibiteur.

III



Annexe 1

L'échelle de Bristol

Constipation

Type 1 :



Petites croûtes dures et détachées, ressemblant à des noix sèches. Difficiles à évacuer.

Type 2 :



En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.

Type 3 :



Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface.

Type 4 :



Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce.

De plus en plus vers la diarrhée

Type 5 :



Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).

Type 6 :



Morceaux détrempés, en lambeaux, selles détrempées.

Type 7 :



Pas de morceaux solides, entièrement liquide.

Adapté du concept fait par le professeur DCA Candy et Emma Davey basé sur l'échelle de Bristol.

Annexe 2