

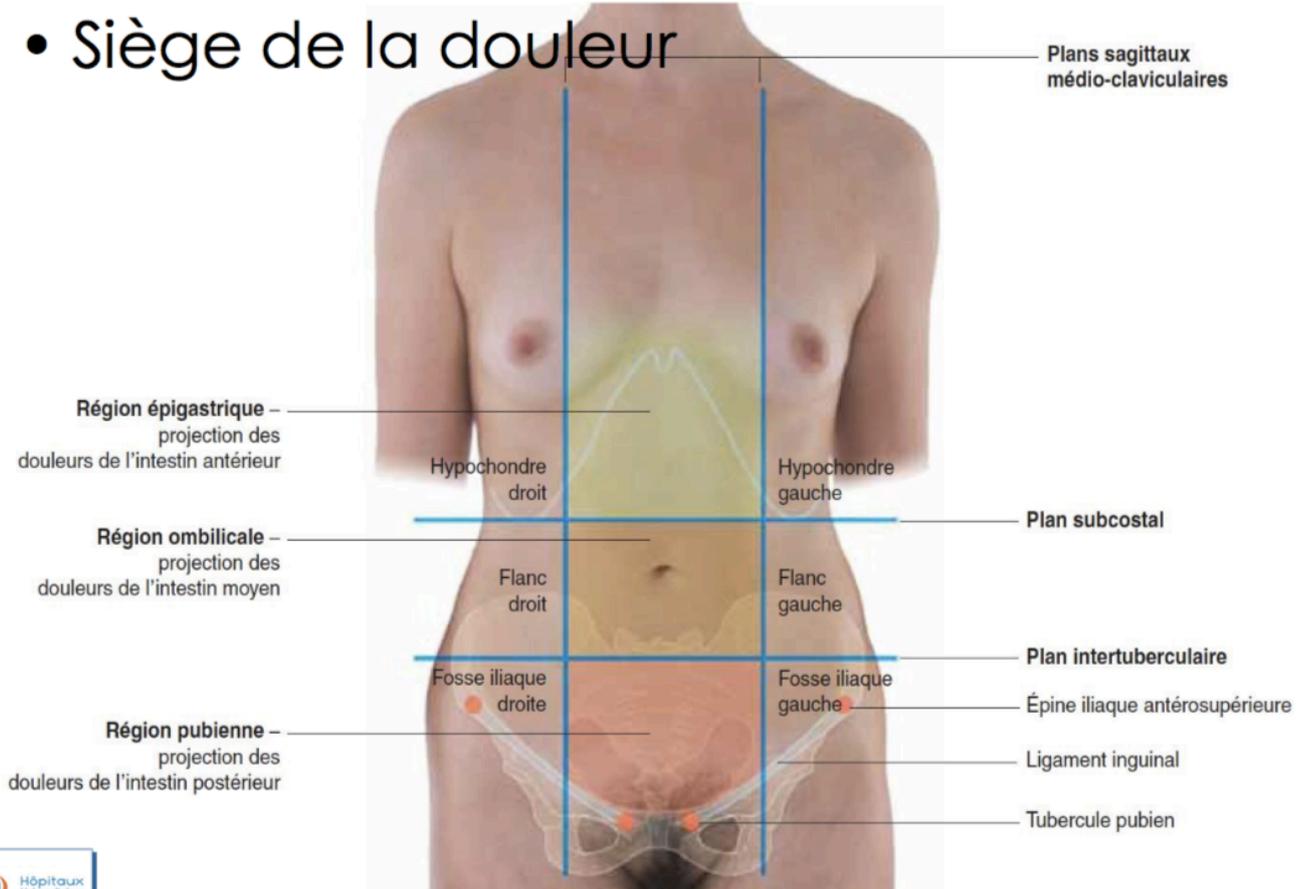
## Sémiologie chirurgicale

### A - Interrogatoire

- Examen clinique en chirurgie digestive :
  - Permet le diagnostic dans **80-90% des cas**
  - Indispensable
  - Pas d'examen complémentaire :
    - Hernie étranglée, éventration
    - Péritonite avec choc septique
    - Pancréatite aigüe
    - Abscess de la marge
  - Oriente les examens à demander
    - Pathologie lithiasique -> échographie
    - Occlusion -> TDM abdominale
  - Le + précis pour certaines pathologies : cancer du bas rectum (TR ++)
- Interrogatoire ++++ : le + utile, **détails sur la douleur abdominale**, demander **profession** (exposition à des toxiques )
  - ATCD médicaux, chirurgicaux, obstétricaux : ordre chronologique, âge du malade lors de ces maladies, transfusions, traitements
  - **Familiaux** : ictère, polykystose, diabète sucré, polypes coliques, cancers (**principal FDR de CCR**)
  - Prise de **toxique**
  - Type de symptômes digestifs
  - Perte de poids/AEG +++
  - Grossesse(s), dispositif intra-utérin (stérilet)
  - Médicaments :
    - **AINS** : gastrite aux AINS ? perforation ulcéreuse ?
    - **Anticoagulants** : hématome ?
  - **Diabète**
  - **Immunodépression** (chimiothérapie, corticothérapie, VIH)
  - **Alcoolisme**
  - **Terrain vasculaire** : risque de pathologie vasculaire digestive, IDM inférieur révélé par des douleurs épigastriques
- Inspection +++
- Palpation +++ (percussion, orifice inguinaux)
- Touchers pelviens ++
- Auscultation +/-

**B - Douleur**

• **Siège de la douleur**



Hypocondre droit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Douleurs d'origine biliaire</b> : colique hépatique, cholécystite aiguë, angiocholite</li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine hépatique</b> : foie cardiaque, thrombose porte, syndrome de Budd-Chiari, abcès hépatique</li> <li>▪ <b>Autres</b> : ulcère gastro-duodéal perforé, appendicite aiguë sous-hépatique, pancréatite aiguë</li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine non hépato-gastro-entérologique</b> : pneumopathie de la base droite, embolie pulmonaire, pyélonéphrite, abcès sous-phrénique droit</li> </ul>
Epigastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ulcère gastro-duodéal perforé</b> (douleurs de l'ulcère non compliqué sont plutôt chroniques)</li> <li>▪ <b>Gastrite aiguë</b></li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine biliaire</b> (la douleur biliaire est souvent de siège épigastrique) : colique hépatique, cholécystite aiguë, angiocholite</li> <li>▪ <b>Pancréatite aiguë</b></li> <li>▪ <b>Fissuration d'un anévrisme</b> de l'aorte abdominale</li> <li>▪ <b>Infarctus du myocarde inférieur, angor, péricardite</b></li> <li>▪ <b>Douleur colique</b> (TFI)</li> </ul>
Hypocondre gauche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Pancréatite aiguë</b></li> <li>▪ <b>Ulcère gastro-duodéal perforé, gastrite</b></li> <li>▪ <b>Infarctus splénique, abcès splénique</b></li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine non hépato-gastro-entérologique</b> : pneumopathie de la base gauche, embolie pulmonaire, pyélonéphrite, abcès sous-phrénique gauche</li> </ul>

Fosse iliaque droite	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Appendicite aiguë ++</b></li> <li>▪ Diverticule de Meckel infecté/inflammatoire</li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine gynécologique</b> : GEU, torsion de kyste ovarien, salpingite</li> <li>▪ <b>Colique néphrétique droite</b></li> <li>▪ Ulcère gastro-duodénal perforé</li> <li>▪ Fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale</li> <li>▪ Douleur colique (TFI), sigmoïdite en cas de grande boucle avec un mégadolichocolon</li> <li>▪ Iléite terminale, maladie de Crohn</li> </ul>
Fosse iliaque gauche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Sigmoïdite diverticulaire</b> (= tableau d'appendicite à gauche)</li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine gynécologique</b> : GEU, torsion de kyste ovarien, salpingite</li> <li>▪ <b>Colique néphrétique</b></li> <li>▪ Fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale</li> <li>▪ Douleur colique (TFI)</li> </ul>
Pelvis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Douleurs d'origine gynécologique</b> : GEU, torsion de kyste ovarien, salpingite</li> <li>▪ <b>Douleurs d'origine urologique</b> : colique néphrétique, rétention aiguë d'urines (= globe vésical)</li> <li>▪ Sigmoïdite diverticulaire</li> <li>▪ Douleur colique (TFI)</li> </ul>
Lombes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Douleurs d'origine urologique</b> : colique néphrétique, pyélonéphrite</li> <li>▪ <b>Appendicite aiguë rétro-caecale (psoïtis ++)</b></li> <li>▪ <b>Abcès/hématome rétropéritonéaux (psoas ++)</b></li> <li>▪ Fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale</li> <li>▪ Douleurs d'origine rhumatologique</li> </ul>
Diffuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Péritonite</b></li> <li>▪ <b>Occlusion</b></li> <li>▪ <b>Ischémie et infarctus mésentériques</b></li> </ul>

- Irradiation :
  - Douleur épigastrique irradiant vers l'**omoplate et épaule droite** => **colique hépatique**
  - Douleur épigastrique à irradiation **postérieure, transfixiante** => **douleur pancréatique**
  - Douleur lombaire à irradiation **inguinale** et vers les **OGE** => **colique néphrétique**
- Installation : douleur abdominale d'installation très brutale évoque une **perforation d'organe creux**

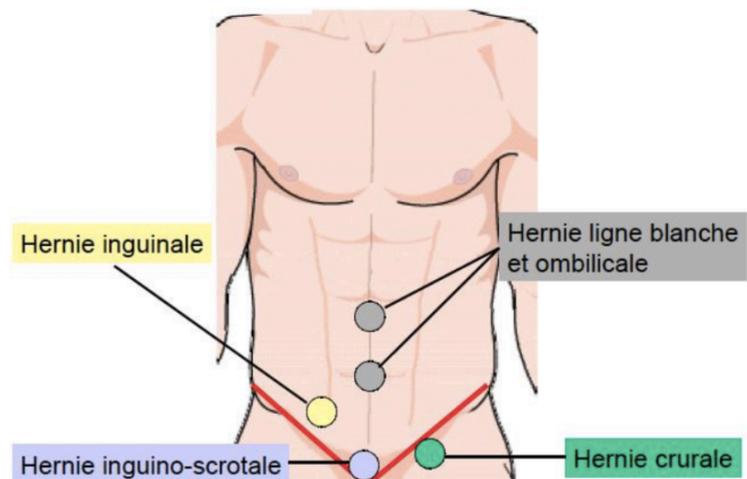
Facteurs apaisants	Facteurs aggravants
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentation, anti-acides =&gt; <b>douleur ulcéreuse</b></li> <li>▪ Vomissements =&gt; <b>occlusion</b></li> <li>▪ Emission de gaz et de selles =&gt; <b>douleur cholique</b></li> <li>▪ Antéflexion du tronc =&gt; <b>douleur pancréatique</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspiration profonde ? =&gt; <b>douleur biliaire</b></li> <li>▪ Aspirine, AINS ? =&gt; <b>douleur ulcéreuse</b></li> </ul>

- Signes associés :
  - **Vomissements** ? => colique hépatique, pancréatite, occlusion (vomissements fécaloïdes), colique néphrétique...
  - **Arrêt des matières et des gaz** ? => occlusion
  - **Signes fonctionnels urinaires** ? => infection urinaire avec atteinte du parenchyme rénal, inflammation du péritoine vésical par contiguïté d'un foyer intra-abdominal (sigmoïdite)...
  - **Signes gynécologiques** ? (méno-métrorragies, leucorrhées, pertes « sales »...) => infection de l'appareil génital (salpingite +/- pyosalpinx), nécrobiose de fibrome, torsion d'annexe...
- Fièvre ou hypothermie, frissons : recherche de **signes de choc** :
  - Marbrures, hypotension artérielle, tachycardie, oligurie, troubles de conscience, polypnée

- Un état de choc : hémorragique (GEU +++), hypovolémique (déshydratation sur 3<sup>ème</sup> secteur vecteur, péritonite, occlusion, infarctus mésentérique)
- Examen cutané-muqueux :
  - **Ictère** ? = angiocholite
  - **Pâleur** ? => GEU, hémopéritoine
- Examen de l'abdomen :
  - **Cicatrice** abdominale +++
  - Mouvements respiratoires de l'abdomen :
    - Ondes péristaltiques dans l'occlusion
    - Disparition des mouvements respiratoires abdominaux dans la péritonite

### C - Palpation, percussion et TR

- Malade en décubitus dorsal
  - Dêvêtu, tête un peu surélevée, sur un lit résistant
  - MI légèrement fléchis, MS allongés le long du corps
  - Commencer par la zone non douloureuse
  - Mais chaudes
  - Superficielle puis profonde
  - Relation avec la respiration
- **Défense** :
  - **Contraction involontaire de paroi**
  - Qui s'oppose à la palpation profonde
  - Peut être **partiellement vaincue** par la palpation douce
  - Aggravée par une palpation brusque
- **Contracture** :
  - Rigidité pariétale
  - Réflexe (contraction involontaire)
  - **Douloureuse**, permanente et **invincible** de la paroi
- *A l'état normal, on peut percevoir* :
  - Le bord antérieur du **foie** dans hypochondre droit
  - **Caecum** dans la fosse iliaque droite
  - **Côlon gauche** dans le flanc gauche qui roule sous la main
  - **Rein droit** ptosé chez le sujet maigre
  - **Aorte** et ses battements
- Percussion :
  - Etat normal : **tympanisme** (gaz digestif)
  - Anses dilatées : hypersonorité
  - Tumeur solide : matité
  - Matité hypogastrique : vessie pleine, globe vésical, utérus hypertrophié
  - Matité déclive : ascite (concave en haut, mobile avec les mouvements du malade)
  - Matité localisée : masse
  - Tympanisme pré-hépatique : interposition d'une anse digestive, pneumopéritoine
- Bruits hydro-aériques de l'intestin :
  - Caractéristiques du péristaltisme, auscultation patiente, **un son toutes les 5-10s au moins**



la

- **Silence** : iléus paralytique, ischémie mésentérique
- **Toucher rectal** :
  - Position du patient : décubitus dorsal (poings sous les fesses, genoux sur abdomen) ou décubitus latéral (cuisses fléchies)
  - Inspection de la marge anale : hémorroïdes, abcès de la marge, sinus pilonidal
  - Lésion ? Tonus sphinctérien ? Sang ? Fécalome ? Douleur du cul-de-sac de Douglas ? Prostate ? Inspection du doigtier (sang, glaire, pus)
  - Douleur provoquée => épanchement dans le cul-de-sac de Douglas
  - Fécalome
  - Masse au niveau du cul-de-sac de Douglas => carcinose, tumeur
  - Prostate
  - Continence
  - **Cancer du rectum** :
    - Présence de sang sur le doigtier
    - Mobilité de la lésion
    - Circonférentielle
    - Localisation (face ant ou post du rectum)
    - **Distance du pole inférieur** de la tumeur au sphincter externe
    - **Tonicité** du sphincter anal
    - Chez femme : toucher bidigital (envahissement du vagin ?)

## D - Syndromes

<b>Douleur biliaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : hypochondre droit (1/3), épigastre (2/3)</li> <li>▪ <u>Irradiation</u> : épaule et omoplate droites, en ceinture</li> <li>▪ <u>Type</u> : crampe, intensité croissante</li> <li>▪ <u>Facteurs aggravants</u> : douleur aggravée par inspiration profonde -&gt; entraîne une inhibition respiratoire</li> <li>▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : vomissements. Si angiocholite : fièvre et ictère sont présents</li> <li>▪ <u>Examen physique</u> : signe de Murphy (douleur exquise avec inhibition respiratoire à la palpation de l'hypochondre droit)</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Douleur</th> <th>Fièvre</th> <th>Ictère</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lithiase vésiculaire asymptomatique</td> <td>Non</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Colique hépatique</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Cholécystite</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Angiocholite</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Migration lithiasique</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Lithiase voie biliaire principale symptomatique</td> <td>+/-</td> <td>Non</td> <td>+/-</td> </tr> </tbody> </table>		Douleur	Fièvre	Ictère	Lithiase vésiculaire asymptomatique	Non	Non	Non	Colique hépatique	Oui	Non	Non	Cholécystite	Oui	Oui	Non	Angiocholite	Oui	Oui	Oui	Migration lithiasique	Oui	Non	Non	Lithiase voie biliaire principale symptomatique	+/-	Non	+/-
	Douleur	Fièvre	Ictère																										
Lithiase vésiculaire asymptomatique	Non	Non	Non																										
Colique hépatique	Oui	Non	Non																										
Cholécystite	Oui	Oui	Non																										
Angiocholite	Oui	Oui	Oui																										
Migration lithiasique	Oui	Non	Non																										
Lithiase voie biliaire principale symptomatique	+/-	Non	+/-																										
<b>Ulcère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : épigastre</li> <li>▪ <u>Horaire</u> : post-prandial tardif, avec périodicité</li> <li>▪ <u>Type</u> : crampe, torsion</li> <li>▪ <u>Facteurs calmants</u> : douleur calmée par alimentation et anti-acides</li> <li>▪ <u>Facteurs aggravants</u> : aspirine et AINS</li> </ul>																												
<b>Douleur pancréatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : épigastre</li> <li>▪ <u>Irradiation</u> : dorsale (douleur transfixiante)</li> <li>▪ <u>Mode d'installation</u> : brutal</li> <li>▪ <u>Type</u> : crampe</li> <li>▪ <u>Facteurs calmants</u> : antéflexion du tronc</li> </ul>																												

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Facteurs aggravants</u> : alimentation</li> <li>▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : vomissements</li> <li>▪ Rechercher une intoxication alcoolique</li> </ul>
<b>Douleur colique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : fosses iliaques droite et gauche, ou épigastrique (signe une douleur provenant du colon transverse). Douleur colique peut être aussi « en cadre » et peut migrer</li> <li>▪ <u>Facteurs calmants</u> : émission de gaz et de selles</li> <li>▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : ballonnements, troubles du transit</li> </ul>
<b>Colique néphrétique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : lombaire</li> <li>▪ <u>Irradiation</u> : inguinale et vers OGE</li> <li>▪ <u>Mode d'installation</u> : brutal</li> <li>▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : signes fonctionnels urinaires, hématurie macroscopique, vomissements</li> <li>▪ <u>Examen physique</u> : patient agité, sans position antalgique, douleur lombaire avec contact lombaire</li> </ul>
<b>Diverticulite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Siège</u> : fosse iliaque gauche</li> <li>▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : fièvre 38-39°C, symptômes digestifs (transit normal 50%, ou diarrhée, constipation, nausées, vomissements), +/- signes fonctionnels urinaires (pollakiurie, dysurie, voire hématurie) sans infection urinaire</li> <li>▪ Douleur, défense</li> <li>▪ Perception d'une masse doit faire évoquer une complication (abcès) ou un cancer</li> <li>▪ <u>Complications</u> : fistule colo-vésicale (&gt;50% des fistules) survient chez homme et chez femme hystérectomisée : infections urinaires polymicrobiens récidivantes avec germes digestifs, pneumaturie, fécalurie, pollakiurie</li> </ul>
<b>Pathologies vasculaires</b>	
<b>Angor digestif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 60 ans, terrain vasculaire</li> <li>▪ <u>Triade diagnostique</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs abdominales post-prandiales (15-20min après repas, type de crampes, épigastriques ou péri-ombilicales, disparaissant en qq heures)</li> <li>- Amaigrissement (2aire à la douleur =&gt; fractionnement des repas, réduction des apports)</li> <li>- Stéatorrhée (par atrophie villositaire intestinale)</li> </ul> </li> <li>▪ Sitophobie : peur de s'alimenter en raison des douleurs</li> <li>▪ Douleur calmée par trinitrine</li> </ul>
<b>Colite ischémique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Colite ischémique transitoire</b> : triade douleur abdominale en FIG (crampes, diarrhée, selles impérieuses, rectorragies), fébricule, tachycardie, iléus. Peut évoluer vers sténose</li> <li>▪ <b>Nécrose colique</b> : forme la + grave. Douleurs abdominales violentes, état de choc, rectorragies fréquentes, défense en FIG, abdomen météorisé, disparition des BHA</li> </ul>
<b>Pancréatite aigüe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>FDR</u> : consommation alcoolique, lithiase biliaire</li> <li>▪ <u>Douleur pancréatique</u> : épigastrique, en barre, transfixiante, irradiant dans le dos</li> <li>▪ <u>Position antalgique</u> : en chien de fusil</li> <li>▪ <u>Diagnostic complet</u> : douleur + lipasémie à 3N</li> </ul>
<b>Pancréatite chronique</b>	<p>Devant des douleurs chez un patient ayant une pancréatite chronique, on évoquera :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Douleurs chroniques liées à la pancréatite chronique sans poussée aigües</li> <li>▪ Poussée de pancréatite aigüe</li> <li>▪ Psuedo-kyste</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Complication mécanique : compression de la voie biliaire principale ou du duodénum</li> <li>▪ Cancer du pancréas si la douleur réapparaît à la phase tardive de la maladie</li> </ul>																																
<b>Occlusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ATCD médicaux</u> : constipation, maladie inflammatoire de l'intestin, pathologie hémorroïdaire, terrain vasculaire, diverticule du colon...</li> <li>▪ <u>ATCD chirurgicaux</u> : laparotomie ++, néoplasie colique</li> <li>▪ <u>Prise médicamenteuse</u> : ralentisseurs du transit, anticoagulant, aspirine, neuroleptiques</li> <li>▪ <u>Triade</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Arrêt des matières et des gaz</b> +++++</li> <li>- <b>Douleur abdominale</b> : intense, se majorant avec le temps, peu Se à la toux/inspiration profonde, péri-ombilicale/diffuse, pas d'irradiation. Attention si majoration e FID =&gt; souffrance caecale</li> <li>- <b>Vomissements</b> : soulagent les douleurs</li> </ul> </li> <li>▪ Recherche de cicatrice abdominale +++</li> <li>▪ Météorisme abdominal 75% (+ fréquent pour les occlusions du colon)</li> <li>▪ +/- Visualisation des ondulations péristaltiques du tube digestif</li> <li>▪ <u>Palpation</u> : palper orifices herniaires (hernies étranglées ?), recherche de douleur élective ou défense, globe urinaire ?</li> <li>▪ Pas de contracture</li> <li>▪ <u>Percussion</u> : tympanisme. Si matité en hypogastre =&gt; globe urinaire ++</li> <li>▪ 3 mécanismes d'occlusion :</li> </ul> <table border="1" data-bbox="411 981 1497 1406"> <thead> <tr> <th></th> <th>Strangulation</th> <th>Obstruction</th> <th>Fonctionnelle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Douleur</b></td> <td>Aiguë, brutale, constante</td> <td>Progressive, spasmes</td> <td>Très progressive ou Liée à la cause de l'iléus</td> </tr> <tr> <td><b>Arrêt du transit</b></td> <td>Rapide</td> <td>Progressif mais précoce si colon, plus tardif si grêle</td> <td>Rapide</td> </tr> <tr> <td><b>Vomissements</b></td> <td>Précoces Clairs</td> <td>Tardifs si coliques Plus précoces si grêle Abondants, fécaloïdes</td> <td>Inconstants Clairs</td> </tr> <tr> <td><b>Météorisme</b></td> <td colspan="2">Absent si jéjunum Important si iléon Monstrueux si colon</td> <td>Rare dans l'iléus réflexe Important dans l'Ogilvie</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="387 1415 1505 1904"> <thead> <tr> <th></th> <th>Obstruction</th> <th>Strangulation</th> <th>Fonctionnelle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Grêle</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeur</li> <li>▪ Crohn</li> <li>▪ Corps étranger</li> <li>▪ Iléus biliaire</li> <li>▪ Carcinose</li> <li>▪ Compression extrinsèque</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bride</b> +++++</li> <li>▪ Adhérence</li> <li>▪ Hernie</li> <li>▪ Invagination</li> <li>▪ Meckel</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toute pathologie</li> <li>▪ Post-op</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Colon</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cancer du colon</b> ++</li> <li>▪ Fécalome</li> <li>▪ Diverticulite</li> <li>▪ Corps étrangers</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volvulus</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ogilvie</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Strangulation	Obstruction	Fonctionnelle	<b>Douleur</b>	Aiguë, brutale, constante	Progressive, spasmes	Très progressive ou Liée à la cause de l'iléus	<b>Arrêt du transit</b>	Rapide	Progressif mais précoce si colon, plus tardif si grêle	Rapide	<b>Vomissements</b>	Précoces Clairs	Tardifs si coliques Plus précoces si grêle Abondants, fécaloïdes	Inconstants Clairs	<b>Météorisme</b>	Absent si jéjunum Important si iléon Monstrueux si colon		Rare dans l'iléus réflexe Important dans l'Ogilvie		Obstruction	Strangulation	Fonctionnelle	<b>Grêle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeur</li> <li>▪ Crohn</li> <li>▪ Corps étranger</li> <li>▪ Iléus biliaire</li> <li>▪ Carcinose</li> <li>▪ Compression extrinsèque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bride</b> +++++</li> <li>▪ Adhérence</li> <li>▪ Hernie</li> <li>▪ Invagination</li> <li>▪ Meckel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toute pathologie</li> <li>▪ Post-op</li> </ul>	<b>Colon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cancer du colon</b> ++</li> <li>▪ Fécalome</li> <li>▪ Diverticulite</li> <li>▪ Corps étrangers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volvulus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ogilvie</li> </ul>
	Strangulation	Obstruction	Fonctionnelle																														
<b>Douleur</b>	Aiguë, brutale, constante	Progressive, spasmes	Très progressive ou Liée à la cause de l'iléus																														
<b>Arrêt du transit</b>	Rapide	Progressif mais précoce si colon, plus tardif si grêle	Rapide																														
<b>Vomissements</b>	Précoces Clairs	Tardifs si coliques Plus précoces si grêle Abondants, fécaloïdes	Inconstants Clairs																														
<b>Météorisme</b>	Absent si jéjunum Important si iléon Monstrueux si colon		Rare dans l'iléus réflexe Important dans l'Ogilvie																														
	Obstruction	Strangulation	Fonctionnelle																														
<b>Grêle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeur</li> <li>▪ Crohn</li> <li>▪ Corps étranger</li> <li>▪ Iléus biliaire</li> <li>▪ Carcinose</li> <li>▪ Compression extrinsèque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bride</b> +++++</li> <li>▪ Adhérence</li> <li>▪ Hernie</li> <li>▪ Invagination</li> <li>▪ Meckel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toute pathologie</li> <li>▪ Post-op</li> </ul>																														
<b>Colon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cancer du colon</b> ++</li> <li>▪ Fécalome</li> <li>▪ Diverticulite</li> <li>▪ Corps étrangers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volvulus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ogilvie</li> </ul>																														
<b>Appendicite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>ATCD</u> : appendicite ?</li> <li>▪ A tous les âges +++</li> <li>▪ <u>Douleur</u> : FID (parfois a débuté au niveau de épigastre puis a migré), début brutal, pas irradiations, s'accroît lors 24 premières heures</li> <li>▪ Signes digestifs : vomissements, nausées, diarrhée. Transit normal 50% des</li> </ul>																																

	<p>cas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>Etat général</u> : conservé, fièvre 37,5-38,5°C, tachycardie, langue saburrale 30%</li><li>▪ <u>Palpation</u> : défense ++, signe de Blumberg (douleur lors décompression brutale de FID), signe de Rovsing (douleur lors décompression de FIG)</li><li>▪ Défense du flanc =&gt; appendicite latéro-caecale</li><li>▪ Touchers pelviens : douleur latéro-rectale droite</li><li>▪ <u>Diagnostics différentiels</u> : <b>adénolymphite mésentérique</b> (+++, ATCD rhinopharyngite, 39°C, absence de défense, leucocytose variable dans le temps), invagination intestinale aigue, infections urinaires, pathologies gynécologiques, gastro-entérite, diverticule de Meckel, diverticulite,...</li></ul>
--	---

▪ **Signes d'alarme devant faire évoquer un cancer :**

- Age > 50ans
  - ATCD familiaux de cancer colorectal ou de polypes
  - Rectorragies
  - AEG avec amaigrissement
  - Symptômes d'apparition récente ou récemment modifiés
  - Fièvre
  - Anémie
- Devant une consommation **d'alcool**, évoquer : cirrhose, cancer ORL, cancer œsophage
- Devant consommation de **tabac** : pathologie digestive vasculaire, cancer ORL, maladie de Crohn, pancréatite aigüe