

# Examen abdominal

---

GUILLAUME JORDAN, ALBAN SADIKU, GABIN HORISBERGER

---

## Table des matières

<b>Introduction</b>	02
<b>Contexte</b>	02
<b>Examen clinique</b>	02
1. Inspection	03
2. Auscultation	05
3. Percussion	05
4. Palpation	07
5. Examen spécifique des organes	09
6. Examen des orifices herniaires et palpation des zones inguinales	11
7. Examen anal et rectal	12
<b>Carte de synthèse</b>	13

## PROFILES

Ce document a pour objectif de soutenir l'apprentissage des étudiants en présentant et explicitant les outils nécessaires à la réalisation d'un examen abdominal, compétence clinique à acquérir en vue du diplôme fédéral et de l'assistantat, et définie selon les Entrustable Professional Activities (EPA) | PROFILES auquel nous vous référons.

Attention, effectuer un examen exhaustif n'est pas toujours possible en clinique. Selon les informations obtenues du patient, il est attendu de votre part de réaliser les éléments pertinents de l'examen.

## INTRODUCTION

Une des causes fréquente de consultation aux urgences est la douleur abdominale. Un symptôme digestif peut être la conséquence d'une étiologie digestive ou non-digestive. L'examen abdominal devra être complété par d'autres examens permettant d'exclure une origine non digestive. Devant une douleur abdominale, il faut inclure dans son diagnostic différentiel les systèmes digestif, cardiaque, pulmonaire, uro-génitale, vasculaire, etc.

## CONTEXTE

Avant de commencer l'examen, il est essentiel de s'assurer que l'environnement est adapté. **On se présente au patient** avant de débiter l'examen, on lui demande son accord et on lui fournit des explications sur le déroulement. Mettre le patient à l'aise est une priorité et permet aussi de renforcer l'alliance thérapeutique. L'examen clinique en est d'autant plus facilité.

Les règles d'hygiène prescrivent **une désinfection** des mains en entrant et en sortant de la pièce, avant et après contact avec le patient et après contact avec l'environnement du patient. Elles prescrivent également le port de gants lors de contact avec des liquides biologiques.

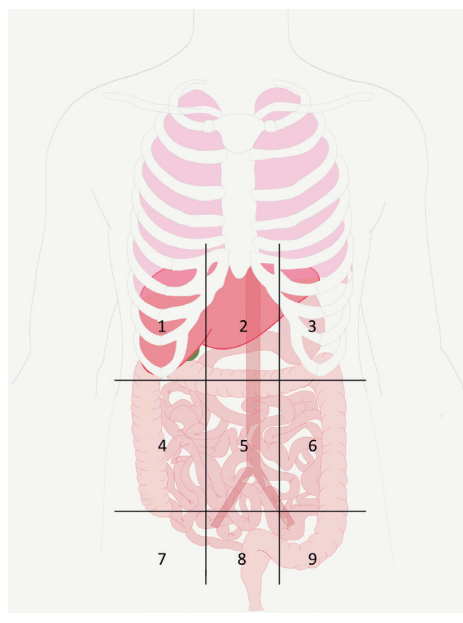
Pour l'examen abdominal, on demande au patient d'**enlever le haut** et de **défaire les deux premiers boutons du pantalon** en lui expliquant qu'il est essentiel d'avoir accès à son abdomen entier, incluant les zones inguinales. Le patient peut garder ses sous-vêtements. Dans l'idéal, la vessie du patient devrait être vide pour son confort lors de la palpation.

On l'installe confortablement sur le dos (décubitus dorsal) sur la table d'examen, les jambes décroisées, les bras le long du corps avec un coussin sous la tête et sous les genoux. On se place systématiquement à la droite du patient par convention.

## EXAMEN CLINIQUE

On commence toujours par l'**inspection** du patient. Ensuite viennent dans cet ordre l'**auscultation**, la **percussion**, la **palpation**, l'**examen spécifique des organes**, l'**examen**

**FIG 1** Les 9 cadrans abdominaux



<b>FIG 2</b> <b>Tableau des diagnostics différentiels par cadran abdominal</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcère gastrique</li> <li>• Cholélithiase et cholécystite</li> <li>• Cholangite</li> <li>• Cholédocholithiase</li> <li>• Ulcère duodénal</li> <li>• Thrombose de la veine porte</li> <li>• Hépatite (ex: virale aiguë)</li> <li>• Pneumonie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infarctus du myocarde</li> <li>• Embolie pulmonaire</li> <li>• Ulcère gastrique</li> <li>• Pancréatite aiguë</li> <li>• Ulcère duodénal</li> <li>• Reflux gastro-œsophagien</li> <li>• Dissection aortique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcère gastrique</li> <li>• Pancréatite aiguë</li> <li>• Infarctus splénique</li> <li>• Gastrite</li> <li>• Pneumonie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Néphrolithiase</li> <li>• Pyélonéphrite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcère gastrique</li> <li>• Pancréatite aiguë</li> <li>• Diverticulite</li> <li>• Aortite, rupture d'anévrisme</li> <li>• Appendicite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Néphrolithiase</li> <li>• Pyélonéphrite</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appendicite</li> <li>• Diverticulite</li> <li>• Torsion ovarienne</li> <li>• Kystes ovariens</li> <li>• Grossesse extra-utérine</li> <li>• Néphrolithiase</li> <li>• Coxarthrose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostatite</li> <li>• Torsion testiculaire</li> <li>• Infection urinaire</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Maladie inflammatoire pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diverticulite</li> <li>• Torsion ovarienne</li> <li>• Kystes ovariens</li> <li>• Grossesse extra-utérine</li> <li>• Néphrolithiase</li> <li>• Coxarthrose</li> </ul>

**des orifices herniaires, la palpation des zones inguinales et l'examen anal et rectal.** L'ordre dans lequel cela se fait est particulièrement important à certaines étapes, les raisons en sont expliquées ci-après.

Généralement, on divise l'abdomen en quatre quadrants définis par deux lignes qui se coupent perpendiculairement au niveau de l'ombilic. Ce sont les quadrants supérieur droit, supérieur gauche, inférieur droit et inférieur gauche. Un deuxième système consiste à diviser l'abdomen en neuf parties: l'épigastre, la région ombilicale, l'hypogastre ou la région sus-pubienne, les hypochondres droit et gauche, les flancs droit et gauche et les fosses iliaques droite et gauche.

Il est important de diviser l'abdomen en plusieurs parties, car cela permet un examen plus systématique, un diagnostic différentiel plus précis et une description plus aisée.

### 1. Inspection

On observe **l'état général du patient**. Par exemple, il est agité, léthargique, présente des

constantes vitales perturbées, de fortes douleurs abdominales, des facteurs de risque cardiovasculaire, des signes de péritonisme, etc., on pensera à des pathologies plus urgentes telles qu'une ischémie mésentérique, une grossesse extra-utérine, une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale ou encore une perforation digestive. Le patient est maigre, présente des amyotrophies importantes, des œdèmes et un ventre globuleux. On pense à une dénutrition.

Un patient peut être décontracté comme un autre pourrait présenter des douleurs difficilement supportables et aurait donc tendance à se recroqueviller sur lui-même. La douleur se lira aussi sur son faciès. Par exemple, si un patient présente une position dite en chien de fusil, on pensera à une pancréatite.

On observe ensuite **l'allure de l'abdomen**. Est-il plat, scaphoïde (concave) ou globuleux? Observe-t-on une asymétrie, des cicatrices, des lésions cutanées? Peut-on voir une voussure localisée?

- Avec un abdomen globuleux, on pense à un épanchement ou un météorisme.

- Une voussure localisée fait penser à une hernie (ombilicale, épigastrique, cicatricielle, inguinale, fémorale, etc.), par exemple.

On observe des mouvements:

- respiratoires: Une respiration plus superficielle nous fait penser à des douleurs abdominales.
- péristaltiques: péristaltisme des anses
- pulsatiles: pulsations de l'aorte de l'abdomen

On observe des cicatrices. Il faut décrire les cicatrices à l'aide de la topographie. Parmi les cicatrices les plus courantes, nous pouvons retrouver:

- Dans le cadre d'une chirurgie exploratrice, les incisions médianes ou paramédianes peuvent s'étendre sur toute ou une partie de la ligne blanche
- les incisions obliques au niveau du point de McBurney pour l'appendicectomie

- les incisions horizontales sus-pubiennes (aussi nommés de «Pfannenstiel») pour les interventions gynéco-obstétricales (césarienne, grossesse extra-utérine, etc.)
- les incisions subcostales droites pour la chirurgie biliaire (cholécystectomie, etc.)

Il existe bien évidemment d'autres types d'incisions (on doit rechercher les incisions liées à la chirurgie laparoscopique mini-invasive) qui n'ont pas été susmentionnées.

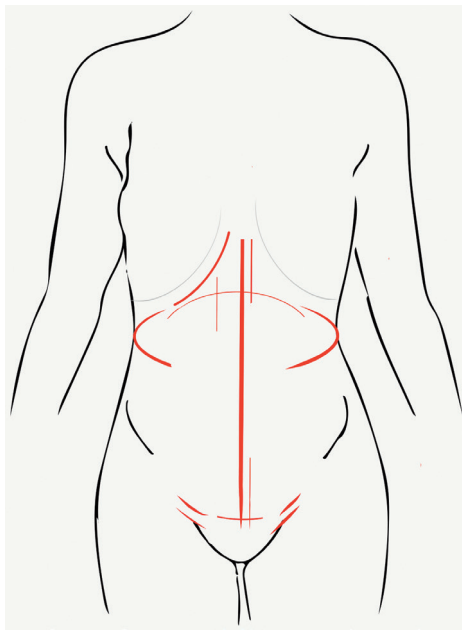
On observe des lésions cutanées. Un hématome péri-ombilical ou des flancs, fait penser à un saignement rétropéritonéal. On suspecte une pancréatite, une rupture aortique, une grossesse extra-utérine, une coagulopathie, etc.

On observe des veines dilatées. On pense à des caput medusae ou à une obstruction de la veine cave inférieure. Les caput medusae traduisent une hypertension portale dans laquelle le flux sanguin sera dévié vers des anastomoses porto-systémiques, par exemple les veines rectales (hémorroïdes), les veines œsophagiennes (varices œsophagiennes) et les veines para-ombilicales (caput medusae). On observe un pattern typique partant depuis l'ombilic en tête de méduse. L'insuffisance cardiaque (post-hépatique), la thrombose des veines hépatiques (post-hépatique) ou de la veine porte (pré-hépatique), la cirrhose et la schistosomiase (hépatique) sont les principales causes d'hypertension portale.

On observe des angiomes stellaires. Ces derniers sont des lésions vasculaires en forme d'étoiles avec un centre qui se ramifie par de multiples branches capillaires. Ils sont typiquement localisés au tronc et sont une manifestation d'un hyperoestrogénisme. Ils disparaissent ou s'éclaircissent à la vitro-pression. Ils sont quasiment toujours situés sur le territoire de la veine cave supérieure.

Ils sont présents en cas de cirrhose dans le cadre d'un métabolisme hépatique déficient, lors d'une grossesse, etc.

**FIG 3** Cicatrices abdominales



On observe des vergetures. Elles traduisent un étirement de la peau. Celles-ci peuvent être secondaires à une prise ou perte de poids, la croissance, une grossesse ou plus rarement un hypercorticisme (elles sont alors classiquement de couleur pourpre). Le cortisol induit une atrophie du réseau élastique facilitant l'étirement de la peau.

On observe un ictère à la peau et aux sclères. Elle traduit une hyperbilirubinémie d'origine hémolytique, hépatique ou cholestatique. Il peut s'agir d'une malaria, d'une drépanocytose, d'un syndrome de Gilbert, d'une cirrhose, d'une hépatite, d'une cholédocholithe, etc.

On observe une gynécomastie, manifestation d'un hyperoestrogénisme.

On observe les extrémités. Un érythème palmaire, une atrophie musculaire des quatre membres, un astérix et une main de Dupuytren peuvent renforcer une suspicion de cirrhose.

## 2. Auscultation

Elle doit toujours précéder la percussion et la palpation afin d'éviter de modifier la fréquence des bruits abdominaux (la pression peut stimuler les mouvements péristaltiques).

S'il a mal, on demandera au patient de montrer la zone douloureuse. On écoute, percute et palpe à cet endroit en dernier. On écoute les **bruits intestinaux dans les 4 quadrants** avec la membrane du stéthoscope. On décrit ensuite les bruits en termes de qualité et quantité.

Les bruits normaux sont des cliquetis et des gargouillis. On en trouve entre 5-34/minute. On peut également entendre des borboryles, bruits intenses et prolongés d'un péristaltisme exagéré. L'absence de bruits intestinaux évoque un iléus paralytique, paralysie du péristaltisme sur inflammation. Cette pa-

ralysie est observée en post-chirurgie abdominale, lors d'une pancréatite, d'une péritonite, d'une hypokaliémie, etc. Il peut évoluer en obstruction intestinale. On entend un cliquetis métallique, évoquant un iléus obstructif, péristaltisme contre obstacle: occlusion, compression externe ou strangulation intestinale. L'obstacle peut être la conséquence d'un fécalome, d'une tumeur, d'adhérences, de brides, etc.

Des bruits augmentés peuvent signifier un transit accéléré, comme en cas de diarrhée ou d'inflammation.

Après les bruits intestinaux, **on écoute l'aorte abdominale, les artères iliaques et les artères rénales** à la recherche d'un souffle. Pour l'aorte abdominale, on place la membrane du stéthoscope à gauche de la ligne médiane définie par le processus xyphoïde et l'ombilic. Pour les artères iliaques, on place au niveau para-ombilical inférieur droit et gauche. Pour les artères rénales, on place des deux côtés de la ligne xypho-ombilical, au niveau du tiers supérieur.

Un souffle aortique fait suspecter un anévrisme de l'aorte abdominale, une dissection aortique, une aortite secondaire à **la syphilis ou à la salmonellose, une sténose sur plaque athéromateuse, etc. En présence d'un souffle iliaque on pense à une artériopathie oblitérante des membres inférieurs**, un syndrome de Leriche, etc. Un souffle des artères rénales peut être associé à une hypertension réfractaire.

## 3. Percussion

La percussion se pratique avec un doigt percutant perpendiculairement un autre posé sur la surface du corps du patient, ici au niveau de l'abdomen. Différents bruits peuvent être distingués et sont à interpréter. On distingue 2 sons différents: le tympanisme (sonorité de l'air dans les anses digestives) et la matité (sonorité du foie). On percute l'abdomen dans les

	<b>FIG 4</b>	<b>Percussion</b>	
--	--------------	-------------------	--



différents quadrants afin d'évaluer la répartition des différents bruits.

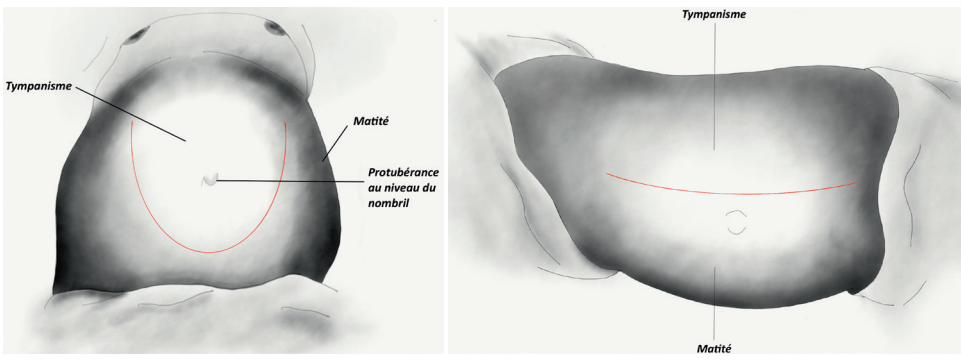
On entend une matité. On pense à un organe solide sous-jacent, du liquide, de la matière fécale ou une masse sous-jacente. La palpation nous donne des informations complémentaires. Pour discriminer un possible épanchement liquidien couramment appelé ascite, on effectue des tests spécifiques. Il existe plusieurs origines à l'ascite. La plus fréquente est l'hypertension portale rencontrée le plus souvent lors de cirrhose, mais qui peut survenir aussi dans des cas d'insuffisance cardiaque ou de thrombose de la veine porte. Dans ces cas le gradient d'albumine entre le sang et l'ascite est égal ou supérieur à 11 g/L. Une origine exsudative (gradient

inférieur à 11 g/L) se rencontre par exemple lors d'une hypoalbuminémie, sur une carcinose péritonéale, sur une pancréatite ou sur une tuberculose. Les principales causes d'hypoalbuminémie sont l'insuffisance hépatique, le syndrome néphrotique, la dénutrition et des entéropathies. Une ascite peut également être d'origine hémorragie dans la carcinose péritonéale, d'origine infectieuse sur une perforation digestive, ou encore d'origine chyleuse dans une atteinte du système lymphatique.

En cas d'ascite, on observe un changement de répartition des tympanismes et matités selon la position du patient. En décubitus dorsal, les matités (ascite) se trouveront sur les flancs et le tympanisme (gaz) sera central. En décubitus latéral, la matité sera sur la moitié inférieure de l'abdomen alors que le tympanisme sera sur la moitié supérieure de l'abdomen. On le décrit comme une matité déclinive mobile.

Il existe un autre signe clinique, le signe du flot, confirmant l'ascite. Il s'effectue à deux. On vérifie que l'onde de choc que l'on imprime depuis un flanc de l'abdomen se transmet bien jusqu'au flanc opposé. En pratique, un médecin place ses deux mains sur les flancs droit et gauche, une main servira à donner une petite tape et l'autre à ressentir la transmission de l'onde de choc. L'autre médecin place

	<b>FIG 5</b>	<b>Sonorité de l'ascite</b>	
--	--------------	-----------------------------	--



<b>FIG 6</b>	<b>Signe du flot</b>
--------------	----------------------



la partie ulnaire de ses mains sur la ligne médiane de l'abdomen tout en appuyant dessus afin de limiter la transmission de l'impulsion par le tissu adipeux sous-cutané.

#### 4. Palpation

On distingue la palpation superficielle et la palpation profonde. En cas de résistance, on essaie de détendre le patient. On peut lui demander de respirer par la bouche, mâchoire tombante. Le muscle grand droit de l'abdomen est plus détendu en expiration.

On débute par la palpation superficielle qui se fait à une main, gardée horizontale. On palpe les neuf quadrants légèrement, en allant peu en profondeur, et plus finement en cas de douleur pour mieux la localiser. Cette palpation permet de détendre et de rassurer le patient pour le préparer à la palpation profonde. On identifie aussi des structures superficielles, des masses, des zones sensibles ou douloureuses. En parallèle de la palpation, il faut observer le visage du patient exprimant une gêne, une douleur.

Puis on poursuit par la palpation profonde qui se fait à deux mains, une sur l'autre. Il est important de préciser que chaque main a un rôle différent. La main qui est au-dessus sert à appuyer afin de descendre en profondeur dans l'abdomen. La main qui se situe au-dessous sert à palper les structures à l'aide de la

<b>FIG 7</b>	<b>Palpation superficielle</b>
--------------	--------------------------------



<b>FIG 8</b>	<b>Palpation profonde</b>
--------------	---------------------------



pulpe des doigts. On explore ainsi plus profondément les quadrants, à la recherche d'une masse, d'une douleur, etc.

On trouve une masse, on décrit:

- Sa localisation (quadrant, région)
- Sa taille
- Si elle est isolée ou multiple
- Son contour (absence, présence de délimitation)
- Sa symétrie
- Sa coloration
- Sa mobilité (libre, fixé au plan profond)
- Sa surface (lisse ou irrégulière)
- Sa consistance (dur, mou, fluctuant car il y a du liquide à l'intérieur)
- Sa sensibilité douloureuse
- Sa pulsatilité (thrill)



On palpe une masse sus-pubienne, ronde, tendue et mate à la percussion. On pense au globe vésical. Les étiologies auxquelles il faut penser sont les pathologies prostatiques, l'utilisation d'anticholinergiques, le syndrome de la queue-de-cheval, etc.

On objective une douleur. On cherche **une défense** et/ou **une détente**. Une défense est une contraction involontaire des abdominaux à la pression douloureuse. Il est important de bien vérifier que la défense soit involontaire et non une contraction volontaire du patient à la suite de la palpation. Une défense est présente d'emblée, la contracture persiste. Une contraction volontaire apparaît lorsqu'on appuie profondément sur l'abdomen, le patient aura le réflexe de se contracter pour éviter la douleur. En raison d'un déficit musculaire abdominal chez les personnes âgées, la contraction est plus difficile à réaliser et potentiellement absente. Chez les jeunes, à l'inverse, leur fort tonus musculaire peut être confondu avec une contraction de type défense.

Une détente est une douleur évoquée lors d'une décompression brusque. On demande au patient si la décompression est plus douloureuse que la pression. La douleur provoquée peut être à distance de la zone palpée.

La défense et la détente sont des signes de péritonisme. Une inflammation péritonéale, ou péritonite, est un signe d'abdomen aigu souvent dû à une cause bactérienne. Une péritonite peut être primaire, péritonite bactérienne spontanée qui complique une cirrhose ascitique ou alors secondaire, perforation gastro-intestinale, infections gynécologiques, etc.

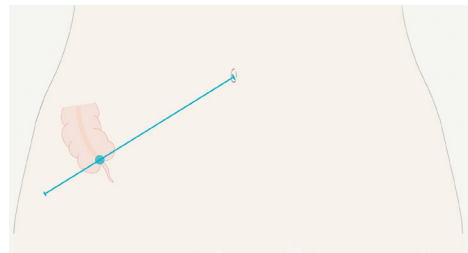
Une péritonite peut se présenter par une douleur abdominale diffuse avec défense et/ou détente, des nausées et vomissements, de la fièvre si infection bactérienne, possiblement une douleur référée à l'épaule. Généralement, le patient est prostré, il fléchit ses cuisses afin de diminuer la tension sur l'abdomen, évite

tout mouvement brusque qui pourrait mettre la paroi abdominale sous tension.

On trouve une douleur péri-ombilicale ou en fosse iliaque droite. On pense à une appendicite. Pour confirmer ce diagnostic, il existe des tests spécifiques:

- **Sensibilité douloureuse locale au point de McBurney** (au tiers de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure). Attention chez la femme enceinte où la croissance fœtale, et donc utérine, peut faire remonter l'appendice au niveau de l'hypochondre droit. Il faut donc faire attention au diagnostic d'appendicite chez la femme enceinte.
- **Signe du psoas**: on place la main sur le genou droit du patient en lui demandant de soulever la cuisse contre résistance. Une douleur évoque un appendice inflammatoire rétrocaecal.

<b>FIG 9</b>	<b>Point de McBurney</b>
--------------	--------------------------



<b>FIG 10</b>	<b>Signe du psoas</b>
---------------	-----------------------





<b>FIG 11</b>	<b>Signe de l'obturateur</b>
---------------	------------------------------



- **Signe de l'obturateur:** cuisse droite fléchie et jambe droite fléchie, on effectue une rotation interne de la hanche. Le muscle obturateur entrera en contact avec l'appendice enflammé et provoquera une douleur. C'est le même principe pour le signe du psoas.
- **Signe de Rovsing:** lors d'une appendicite, une palpation en fosse iliaque gauche peut induire une douleur en fosse iliaque droite. Les douleurs de la fosse iliaque gauche sont aussi évocatrices d'une atteinte de type diverticulite.

On trouve une douleur à l'hypochondre droit ou à l'épigastre. On pense à une cholécystite, il existe un test spécifique pour confirmer ce diagnostic:

- **Le signe de Murphy** se recherche en plaçant les doigts de la main droite sous le rebord costal droit (ou sous le rebord du foie dans le cas où celui-ci serait agrandi), à côté du muscle grand droit. On demande au patient d'inspirer profondément, on profite alors de l'inspiration pour essayer de positionner ses doigts sous le foie lorsque celui-ci descend (la vésicule biliaire est sous-hépatique). Puis le patient expire, on accompagne avec nos doigts toujours positionnés sous le foie. Puis on demande d'inspirer à nouveau et on observe sa réaction. Si une inflammation de la vésicule biliaire est présente, le fait de ré-inspirer va amener la vésicule contre nos doigts et le patient arrê-

<b>FIG 12</b>	<b>Palpation de l'aorte abdominale</b>
---------------	--



tera net son inspiration à cause de la douleur. Dans ce cas, on considère que le signe de Murphy est positif, évoquant une cholécystite.

Après palpation générale de l'abdomen, **on palpe l'aorte abdominale**. On appuie avec les deux mains fermement sur la partie supérieure de l'abdomen, légèrement à gauche de la ligne médiane. On peut percevoir les pulsations aortiques et apprécier la taille de l'aorte. Si on palpe une masse pulsatile, on pensera à un anévrisme.

## 5. Examen spécifique des organes

On procède à l'examen spécifique du foie. **On estime la taille du foie par la percussion** au niveau de la ligne médio-claviculaire droite (norme 6-12 cm) ou médio-sternale (norme 4-8 cm). On part de la sonorité du poumon et on percute en descendant pour trouver premièrement la limite supérieure qui est au niveau du passage de la sonorité pulmonaire à la matité du foie, et deuxièmement la limite inférieure qui est au niveau du passage de la matité du foie au tympanisme abdominal.

**On palpe le foie** sous le rebord costal droit. S'il est agrandi, il s'agira d'une hépatomégalie. Elle peut être la conséquence d'une cirrhose, d'un carcinome hépato-cellulaire, d'une hépatite, d'une néoplasie, de maladies métaboliques, etc.

Pour palper le foie, on place la main gauche derrière le dos du malade, parallèlement à la 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> côte, et la main droite sur le côté droit de l'abdomen en dehors du muscle grand droit. On appuie vers l'intérieur et vers la tête du patient. On demande au patient d'inspirer profondément. On peut sentir le bord du foie descendre grâce à l'inspiration jusqu'à environ 3 cm sous le rebord costal sur la ligne médioclaviculaire. Un foie normal a un bord inférieur mou, régulier, net et une surface lisse.

Si le patient est obèse, il sera difficile d'avoir accès à son foie. On utilise la «technique du crochet» pour le palper. On place les deux mains du côté droit de l'abdomen, en dessous de la matité du foie, et on enfonce les doigts sous le rebord costal. On demande ensuite au patient d'inspirer.

**On percute la rate.** Si on entend un tympanisme ou une sonorité pulmonaire, la splénomégalie est peu probable. Lorsqu'on entend une matité, on suspecte une splénomégalie, mais on ne peut pas l'affirmer. On percute la partie inférieure gauche de la paroi thoracique, de la 6<sup>e</sup> côte (à la limite de la matité cardiaque) vers la ligne axillaire antérieure et le rebord costal gauche. Quand la rate grossit, c'est en avant, en bas et en dedans.

**On palpe la rate** en plaçant la main gauche sur et autour du patient, pour soulever et pousser vers l'avant la base thoracique gauche, et la main droite en dessous du rebord costal gauche, en appuyant en direction de la rate. Attention à ne pas placer la main droite trop proche du rebord costal, car

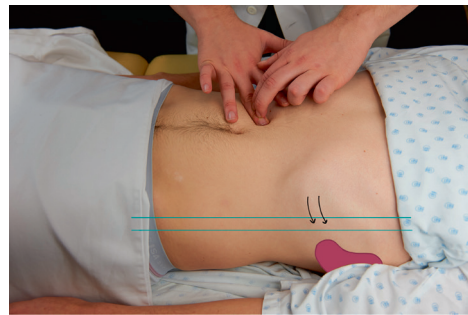
<b>FIG 13</b>	Palpation du foie	
---------------	-------------------	--



<b>FIG 14</b>	Technique du crochet	
---------------	----------------------	--



<b>FIG 15</b>	Topographie de la rate	
---------------	------------------------	--



<b>FIG 16</b>	Palpation de la rate	
---------------	----------------------	--



cela peut faire manquer une rate agrandie et cela restreint la mobilité de la main pour aller sous le rebord costal. Physiologiquement une rate n'est pas palpable, contrairement au foie.

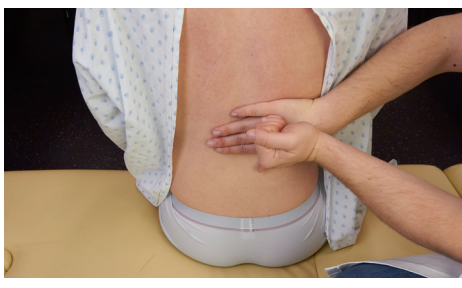
Les reins ne sont que très rarement palpables. Pour **palper le rein** droit on place la main gauche en dessous de la 12<sup>e</sup> côte et le long de celle-ci, les doigts atteignant l'angle costo-vertébral, on soulève afin de déplacer le rein en avant. La main droite appuie dans le quadrant supérieur droit, le long du grand droit. On fait de même pour le rein gauche. La perception du rein nous fait penser à une augmentation de volume. On suspecte une tumeur, une polykystose, une hydronéphrose, etc.

**On effectue une percussion des loges rénales.** Elle se fait lorsque le patient est assis,

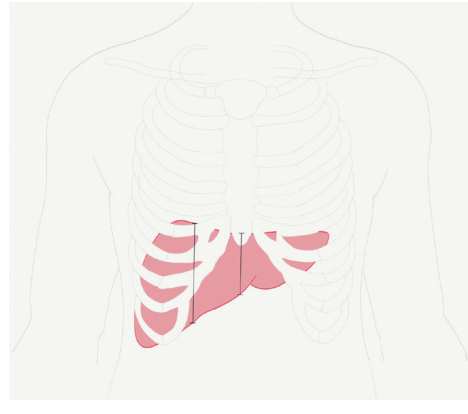
<b>FIG 17</b>	<b>Palpation des reins</b>
---------------	----------------------------



<b>FIG 18</b>	<b>Percussion des reins</b>
---------------	-----------------------------



<b>FIG 19</b>	<b>Percussion foie médio-claviculaire et médio-sternale</b>
---------------	---



dos nu. On pose une main sur l'angle costo-vertébral, et on la percute avec le poing. Cela met le rein en vibration et provoque une douleur en cas d'inflammation de l'organe (par exemple en cas de pyélonéphrite). La douleur provoquée peut aussi être d'origine musculosquelettique. On effectue cette manœuvre à la fin de l'examen pour ne pas faire bouger le patient inutilement.

Si le patient n'est pas mobilisable, on peut le prendre par les flancs et le secouer de gauche à droite à la recherche d'une douleur provoquée.

## 6. Examen des orifices herniaires et palpation des zones inguinales

On demande au patient de lever la tête pour provoquer une contraction abdominale. Cela peut **provoquer une hernie**, sortie à travers la paroi abdominale d'une partie du contenu de l'abdomen (graisse, intestins dans les cas les plus sévères). On observe une hernie ombilicale, cicatricielle, épigastrique, etc. Pour être plus sensible dans la recherche d'une hernie ombilicale on peut mettre le doigt dans l'ombilic au moment de la contraction.

**On palpe les zones inguinales** (avec des gants) à la recherche des poulx fémoraux, des hernies inguinales, des hernies fémorales et des adénopathies. La hernie inguinale est la plus fréquente chez l'homme, la fémorale chez la femme.

Concernant la hernie inguinale, on la sépare en deux types, la hernie directe et la hernie indirecte :

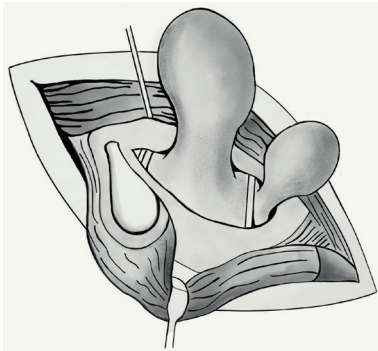
- La hernie directe est une **fausse** hernie inguinale, c'est simplement une protrusion d'un sac herniaire au niveau inguinal à travers la paroi abdominale sans aucun lien avec le canal inguinal.

- La hernie indirecte est la **vraie** hernie, c'est une protrusion de la masse herniaire à travers le canal inguinal. Chez l'homme, on peut aussi remonter, à l'aide avec un doigt, le canal inguinal et demander au patient de tousser afin de faire descendre et buter contre notre doigt la masse herniaire

Il existe une dernière entité qui est la hernie fémorale, celle-ci se situe inférieurement au canal inguinal.

Une hernie peut être réductible (spontanément ou manuellement) ou non, symptomatique ou non, strangulée ou non, ce qui change drastiquement la prise en charge et son degré d'urgence. Le sac herniaire est pourpre, violacé ou nécrosé, la hernie est très certainement strangulée.

<b>FIG 20</b>	<b>Hernie directe et indirecte</b>
---------------	------------------------------------



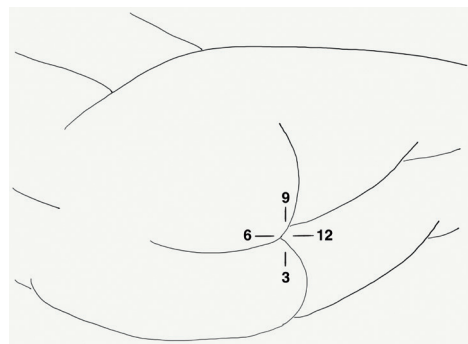
## 7. Examen anal et rectal

Un examen anal et rectal complète un examen abdominal. On installe le patient en décubitus latéral gauche, genoux contre la poitrine ou en décubitus dorsal, les jambes fléchies et les poings sous les fesses. On observe les sous-vêtements à la recherche de selles, sang, etc. **On observe la région périnéale et péri-anale.** Les observations doivent être décrites selon une horloge, midi orienté antérieurement.

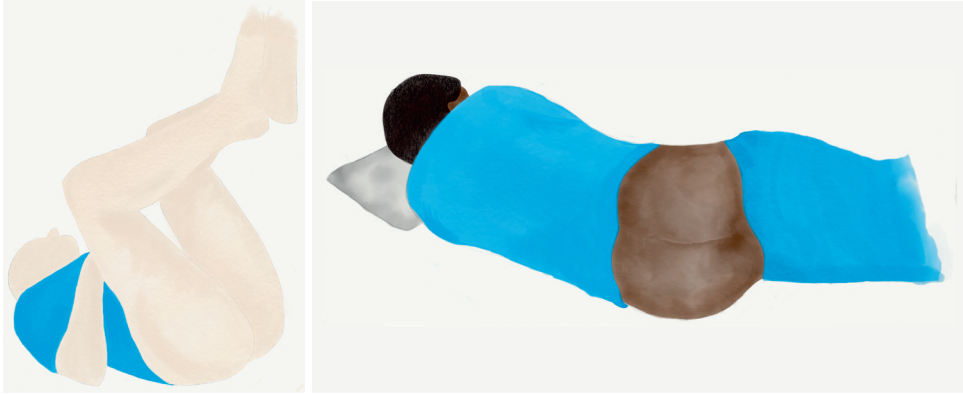
<b>FIG 21</b>	<b>Toucher inguinal chez l'homme</b>
---------------	--------------------------------------



<b>FIG 22</b>	<b>Cadrans périanaux</b>
---------------	--------------------------



<b>FIG 23</b>	<b>Positions pour le toucher rectal</b>
---------------	---



Peut-on voir une masse, un prolapsus, une fistulisation à la peau, des selles? Une masse doit être décrite. La peau est-elle colorée, tuméfiée, lésée?

En présence d'une masse, le diagnostic différentiel est celui d'un abcès fistulisé ou non, d'une marisque, d'une papille anale hypertrophique, d'une thrombose veineuse superficielle, d'une hémorroïde, d'un condylome, d'une tumeur, d'un kyste sacrococcygien, etc.

On poursuit par un toucher rectal. Il faut prévenir le patient et lui expliquer pourquoi on fait ce geste et son importance pour le diagnostic. Le patient reste dans la position initiale de l'examen périnéale. On enfle un gant, on dépose du gel sur l'anus du patient et son index. On introduit le doigt doucement en direction de l'ombilic, le plus loin possible.

On palpe d'abord antérieurement, la prostate chez l'homme, le cul-de-sac de Douglas chez la femme. Une masse douloureuse chez l'homme fait penser à une prostatite, une masse élastique et régulière à une hypertrophie bénigne de la prostate et un nodule dur irrégulier à une tumeur. Une douleur provoquée chez la femme fait suspecter une péritonite.

On palpe ensuite latéralement puis postérieurement en tournant le doigt à la recherche de douleurs, masses, irrégularités, fécalomes. On évalue la longueur et symétrie des sphincters. On demande au patient de serrer les fesses afin de vérifier le tonus du sphincter externe. En cas d'atonie on suspecte un syndrome de la queue-de-cheval.

On note la couleur des selles et la présence de sang au doigtier à la fin du toucher rectal. On peut compléter l'examen par l'anuscopie à la recherche de saignement ou de lésion de la muqueuse anale.

### CARTE DE SYNTHÈSE

Cette carte de synthèse reprend sous forme de liste à puces les outils nécessaires à la réalisation d'un examen abdominal. Elle vous servira comme support visuel rapide et intuitif en situation clinique comme rappel des outils à disposition et vous permettra de vous auto-évaluer.

Vous trouverez l'ensemble des cartes de synthèses que nous proposons sous la section relative de notre plateforme en ligne.



### Contributeurs

Nous tenons à remercier tous les partenaires impliqués dans la réalisation de ce document et plus particulièrement, leurs auteurs et illustrateurs ainsi que les partenaires de projet impliqués dans la relecture et la publication des documents.

La propriété intellectuelle revient à qui de droit.

© Association des Etudiantes en Médecine de Lausanne  
21.04.2021

### Ressources bibliographiques

Ce chapitre présente les ressources bibliographiques qui ont été utilisées en vue de la rédaction du document. La validité scientifique de l'information proposée a été soumise pour correction et validation à notre partenaire, la Revue Médicale Suisse.

- 1 Verte LS. [En ligne]. PROFILES | Home [cité le 16 novembre 2020]. Disponible: <https://www.profilesmed.ch/>
- 2 Bickley, L. S., Szilagyi, P. G., & Bates, B. (2009). Bates' guide to physical examination and history taking (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- 3 Philippe Furger. INVESTI-MÉD©. Editions D&F
- 4 Tran, C., Chen, Y. A., Shah, R., & Vaisman, A. (2011). The Toronto notes 2011: Comprehensive medical reference and review for the Medical Council of Canada Qualifying Exam Part 1 and the United States Medical Licensing Exam Step 2. Toronto: Toronto Notes for Medical Students, Inc.

### Références

Figure 1: Les 9 cadrans abdominaux	02
Figure 2: Tableau des diagnostics différentiels par cadran abdominal	03
Figure 3: Cicatrices abdominales	04
Figure 4: Percussion	06
Figure 5: Sonorité de l'ascite	06
Figure 6: Signe du flot	07
Figure 7: Palpation superficielle	07
Figure 8: Palpation profonde	07
Figure 9: Point de McBurney	08
Figure 10: Signe du psoas	08
Figure 11: Signe de l'obturateur	09
Figure 12: Palpation de l'aorte abdominale	09
Figure 13: Palpation du foie	10
Figure 14: Technique du crochet	10
Figure 15: Topographie de la rate	10
Figure 16: Palpation de la rate	10
Figure 17: Palpation des reins	11
Figure 18: Percussion des reins	11
Figure 19: Percussion foie médio-claviculaire et médio-sternale	11
Figure 20: Hernie directe et indirecte	12
Figure 21: Toucher inguinal chez l'homme	12
Figure 22: Cadrans périanaux	12
Figure 23: Positions pour le toucher rectal	13

## AUTEURS

### GUILLAUME JORDAN

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

### ALBAN SADIKU

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

### GABIN HORISBERGER

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

## ILLUSTRATIONS

### Dessin

#### JULIA BALDWIN

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

### Photographie

#### VALENTIN TAMMARO

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

## REVIEWING

### PROF. JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Ancien vice-doyen associé en charge de la formation postgrade et en médecine de premier recours de la Faculté de médecine de Genève - UNIGE, enseignant de la sémiologie clinique, de la médecine psychosociale, de l'éthique et des infections  
1205 Genève