

Abdomen

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

Troubles digestifs

- Douleurs abdominales, aiguës et chroniques
- Indigestion, nausées, vomissements, hématemèse, anorexie, satiété précoce
- Dysphagie et/ou odynophagie
- Modifications du fonctionnement intestinal
- Diarrhée, constipation
- Jaunisse (ou ictère)

Troubles urinaires et rénaux

- Douleur sus-pubienne
- Dysurie, miction impérieuse, pollakiurie
- Jet urinaire hésitant ou diminué chez les hommes
- Polyurie et nycturie
- Incontinence urinaire
- Hématurie
- Douleur rénale ou du flanc
- Colique néphrétique

MÉCANISMES ET SCHÉMAS DES DOULEURS ABDOMINALES

Familiarisez-vous avec trois grandes catégories de douleurs abdominales.

La *douleur viscérale*, qui survient quand des organes creux comme l'intestin ou les voies biliaires se contractent avec une force inhabituelle ou sont distendus ou étirés :

- peut être difficile à localiser
- a une qualité variable ; peut être à type de tiraillement, de brûlure, de crampe ou pénible
- quand elle est intense, peut s'accompagner de sueurs, pâleur, nausées et vomissements, et agitation

La *douleur pariétale*, due à l'inflammation du péritoine pariétal :

- permanente, sourde
- habituellement plus intense
- souvent localisée plus précisément au-dessus de la structure intéressée qu'une douleur viscérale

La *douleur projetée* (ou référée), qui survient dans des sites plus éloignés, innervés à peu près au même niveau de la moelle que l'organe atteint.

Une douleur provenant du thorax, du rachis ou du pelvis peut être projetée dans l'abdomen.

Douleur viscérale du quadrant supérieur droit (QSD) par distension du foie dans sa capsule, dans l'*hépatite alcoolique*

La douleur viscérale péri-ombilicale de l'*appendicite aiguë au début*, provenant de l'appendice inflammatoire, se transforme progressivement en une douleur pariétale du quadrant inférieur droit (QID), due à l'inflammation du péritoine pariétal adjacent

Une douleur d'origine duodénale ou pancréatique peut être projetée dans le dos ; une douleur des voies biliaires, à l'épaule droite ou à la partie postérieure droite du thorax

La douleur d'une *pleurésie* ou d'un *infarctus aigu du myocarde* peut être projetée à la partie supérieure de l'abdomen

TUBE DIGESTIF

Demandez aux patients de *décrire la douleur abdominale avec leurs propres mots*, notamment sa chronologie (aiguë ou chronique) ; puis demandez-leur de *désigner le siège de la douleur*.

Précisez des détails importants :

« Où la douleur commence-t-elle ? »

« Est-ce qu'elle irradie ou se déplace ? »

« À quoi ressemble la douleur ? »

« Quelle est son intensité ? »

« Combien sur une échelle de 1 à 10 ? »

« Qu'est-ce qui l'améliore ou l'aggrave ? »

Recherchez des *symptômes associés à la douleur*, tels que de la fièvre ou des frissons ; demandez leur séquence.

Douleur ou gêne abdominale haute. Recherchez une gêne abdominale haute chronique ou récidivante, ou *dyspepsie*. Les symptômes liés comprennent : météorisme, nausées, sensation de plénitude abdominale haute et pyrosis.

Précisez ce que votre patient entend par là. Ce peut être :

- un météorisme par excès de gaz, avec des éructations fréquentes, une distension abdominale ou des flatulences, émission de gaz par le rectum
- des *nausées et vomissements*
- une sensation désagréable de *plénitude abdominale* après des repas normaux, ou une *satiété précoce*, l'incapacité de finir un repas
- un *pyrosis*

Douleur ou gêne abdominale basse

Si elle est aiguë, la douleur est-elle vive et permanente ou intermittente et à type de crampe ?

Si elle est chronique, y a-t-il des modifications du fonctionnement intestinal ? Une alternance de diarrhée et de constipation ?

Pensez à la gastroparésie diabétique, aux médicaments anticholinergiques, à une obstruction antropylorique, au cancer de l'estomac. Une satiété précoce peut indiquer une *hépatite*

Évoque un *reflux gastro-œsophagien (RGO)*

Douleur du quadrant inférieur droit (QID), ou douleur migrant à partir de la région péri-ombilicale dans l'*appendicite* ; chez les femmes ayant une douleur du QID, autres causes possibles : *infection génitale haute, grossesse extra-utérine*. Douleur du quadrant inférieur gauche (QIG) dans la *diverticulite*

Cancer du côlon ; syndrome du côlon irritable

Autres troubles digestifs

- Anorexie
Maladie hépatique, grossesse, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale, insuffisance rénale chronique, anorexie mentale

- Dysphagie, ou difficulté à déglutir
Pour les aliments solides et les liquides : en général, des troubles de la motilité œsophagienne.
Pour les aliments solides seulement : penser à des maladies organiques telles que le diverticule de Zenker, l'anneau de Schatzki, une sténose, une néoplasie

- Odynophagie, ou douleur à la déglutition
Irradiation, ingestion de caustiques, infection à cytomégalovirus, *Herpes virus* ou VIH

- Diarrhée, aiguë (< 2 semaines) ou chronique
Infection aiguë (virus, salmonelle, shigelle, etc.) ; diarrhée chronique de la *maladie de Crohn*, de la rectocolite hémorragique (ou colite ulcéreuse) ; si diarrhée graisseuse (*stéatorrhée*), insuffisance pancréatique externe, malabsorption (voir tableau 11-1)

- Constipation
Médicaments, notamment anticholinergiques et opiacés ; cancer du côlon

- Méléna, ou selles noires, « goudron »
Saignement du tube digestif

- Jaunisse (ictère), par hyperbilirubinémie

La *jaunisse intrahépatique* peut être *hépatocellulaire*, par lésion des hépatocytes, ou *cholestatique*, par altération de l'excrétion secondaire à des lésions des hépatocytes ou des voies biliaires intrahépatiques.

La *jaunisse extrahépatique* est due à une obstruction des voies biliaires extrahépatiques, en général le canal cystique ou le cholédoque.

Demandez quelle est la *couleur des urines et des selles*.

Altération de l'excrétion de bilirubine conjuguée dans l'*hépatite virale*, la *cirrhose*, la *cirrhose biliaire primitive*, la cholestase induite par des médicaments

Urines foncées par passage urinaire de la bilirubine conjuguée en excès dans le sérum ; selles décolorées (mastic), acholiques, quand il existe un obstacle au passage de la bilirubine dans l'intestin

FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE HÉPATIQUE

- ✓ *Hépatite A* : voyages et repas dans des pays où l'hygiène sanitaire est médiocre, ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.
- ✓ *Hépatite B* : exposition, par piqûre ou contact muqueux, à des liquides corporels infectants, tels que le sang, le sérum, le sperme et la salive ; en particulier, relations sexuelles avec un partenaire infecté ou partage d'aiguilles pour l'injection de drogues.
- ✓ *Hépatite C* : injection intraveineuse de drogues illégales et transfusion sanguine.
- ✓ *Hépatite et cirrhose alcooliques* : interrogez soigneusement le patient sur sa consommation d'alcool.

(suite)

- ✓ *Lésions toxiques du foie* dues à des médicaments, des solvants industriels ou des polluants.
- ✓ *Obstruction des voies biliaires extrahépatiques* : due à une maladie de la vésicule biliaire ou à une intervention chirurgicale.
- ✓ *Maladies héréditaires* dans les antécédents familiaux.

VOIES URINAIRES

Recherchez une *douleur à la miction*, habituellement une sensation de brûlure, parfois dénommée *dysurie* (terme qui peut aussi désigner la difficulté à uriner).

Les autres symptômes associés comprennent :

- les *mictions impérieuses*, une envie anormalement intense et pressante d'uriner
- la *pollakiurie*, des mictions anormalement fréquentes
- la fièvre et les frissons ; la présence de sang dans l'urine (*hématurie*)
- les douleurs de l'abdomen, du flanc ou des lombes

Cystite (infection vésicale)

Pensez aussi à des calculs, des corps étrangers et des tumeurs de la vessie, et à une *prostatite aiguë*. Chez la femme, brûlure interne d'une *urétrite*, brûlure externe d'une *vulvovaginite*

Peuvent entraîner une *perte involontaire d'urines*

Douleur permanente, pénible de la *pyélonéphrite* ; *colique néphrétique* en cas d'obstruction de l'uretère par un calcul rénal

Chez les hommes, des « *hésitations* » au début de la miction, la nécessité de « *pousser* » pour uriner, un *jet urinaire de calibre et de force réduits*, une *miction goutte à goutte* pour finir d'uriner.

Évaluez toute :

- *polyurie*, augmentation importante de la diurèse des 24 heures
- *nycturie*, mictions fréquentes la nuit
- *incontinence urinaire*, perte involontaire d'urines :
 - en toussant, en éternuant, ou en soulevant quelque chose
 - lors d'une envie pressante d'uriner
 - sur une vessie pleine, qui ne se vide pas complètement

Prostatite, urétrite

Diabète sucré, diabète insipide

Obstruction vésicale

Voir tableau 11-2 :
« Incontinence urinaire », p. 249-250

Incontinence d'effort (tonus du sphincter urétral médiocre)

Mictions impérieuses
(hyperactivité du détrusor vésical)

Mictions par regorgement
(obstacle anatomique, altération de l'innervation de la vessie)

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage de l'abus d'alcool.
- Facteurs de risque des hépatites A, B et C.
- Dépistage du cancer du côlon.

Dépistage de l'abus d'alcool. L'évaluation de la *consommation d'alcool* est de la responsabilité du clinicien. Concentrez-vous sur la détection, les conseils et, dans les cas graves, les recommandations thérapeutiques. Utilisez le questionnaire CAGE pour dépister la dépendance à, ou l'abus d'alcool chez tous les adolescents et adultes, y compris les femmes enceintes (voir chapitre 3, p. 59). Des interventions brèves de *counseling* peuvent réduire la consommation d'alcool de 13 à 34 % en 6 à 12 mois.

Facteurs de risque des hépatites A, B et C. Les mesures de protection contre les *hépatites infectieuses* comprennent des conseils sur leur mode de transmission.

- **Hépatite A :** transmission féco-orale. La maladie débute environ 30 jours après la contamination. Le vaccin contre l'hépatite A est recommandé aux voyageurs en pays d'endémie, aux personnes qui manipulent les aliments, aux militaires, aux personnes qui s'occupent d'enfants, aux Indiens d'Amérique et aux Esquimaux, aux professionnels de la santé, de l'hygiène et des laboratoires, aux hommes homosexuels, et aux consommateurs de drogues injectables.
- **Hépatite B :** transmission par contact avec des liquides corporels infectés, tels que le sang, le sperme, la salive et les sécrétions vaginales. L'infection comporte un risque d'hépatite fulminante, d'infection chronique et, à distance, de cirrhose et de carcinome hépatique. Prodiguez des conseils et proposez une sérologie de dépistage aux patients à risque. Le vaccin contre l'hépatite B est

recommandé à tous les adultes jeunes non vaccinés jusqu'à présent, aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires sexuels, aux personnes à risque de maladies sexuellement transmises, aux voyageurs en pays d'endémie, aux personnes qui reçoivent des produits sanguins comme les hémodialysés, et aux professionnels de santé souvent exposés aux produits sanguins. Plusieurs de ces groupes doivent aussi subir le dépistage de l'infection à VIH, notamment les femmes enceintes à leur première consultation prénatale.

- *Hépatite C.* L'hépatite C, actuellement la plus fréquente des hépatites virales, est transmise par le sang et est liée à la toxicomanie par voie parentérale. Il n'y a pas de vaccin disponible.

Dépistage du cancer du côlon. En ce qui concerne le *cancer colorectal*, il faut rechercher des facteurs de risque, à savoir des antécédents familiaux de polypes du côlon, des antécédents de cancer ou d'adénome colorectal chez un parent au premier degré, des antécédents personnels de rectocolite hémorragique, de polypes adénomateux ou de diagnostic de cancer de l'endomètre, de l'ovaire ou du sein. Chez les hommes et les femmes à risque moyen, l'*American Cancer Society* recommande l'une des techniques suivantes à partir de l'âge de 50 ans :

- recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) une fois par an ;
- rectosigmoïdoscopie tous les 5 ans ;
- RSOS annuellement + rectosigmoïdoscopie tous les 5 ans ;
- lavement baryté, en double contraste, tous les 5 ans ;
- coloscopie tous les 10 ans.

Les taux de détection du cancer colorectal en fonction de la profondeur de l'introduction de l'endoscope sont approximativement de : 25 à 30 % à 20 cm, 50 à 55 % à 35 cm, 40 à 65 % à 40-50 cm. La coloscopie complète et le lavement en double contraste détectent 80 à 95 % des cancers colorectaux.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ABDOMEN

— Inspectez l'abdomen, à savoir :

- la peau
- l'ombilic
- les contours, pour la forme, la symétrie, une viscéromégalie ou des masses
- des ondes péristaltiques éventuelles
- des pulsations éventuelles

Cicatrices, vergetures, veines

Hernie, inflammation

Bombement des flancs, voussure sus-pubienne, hépatomégalie ou splénomégalie, tumeurs

Obstruction gastro-intestinale

Augmentées dans l'anévrisme aortique

Auscultez l'abdomen à la recherche de :

- bruits intestinaux
- souffles
- frottements

Péristaltisme augmenté ou diminué

Souffle d'une sténose de l'artère rénale

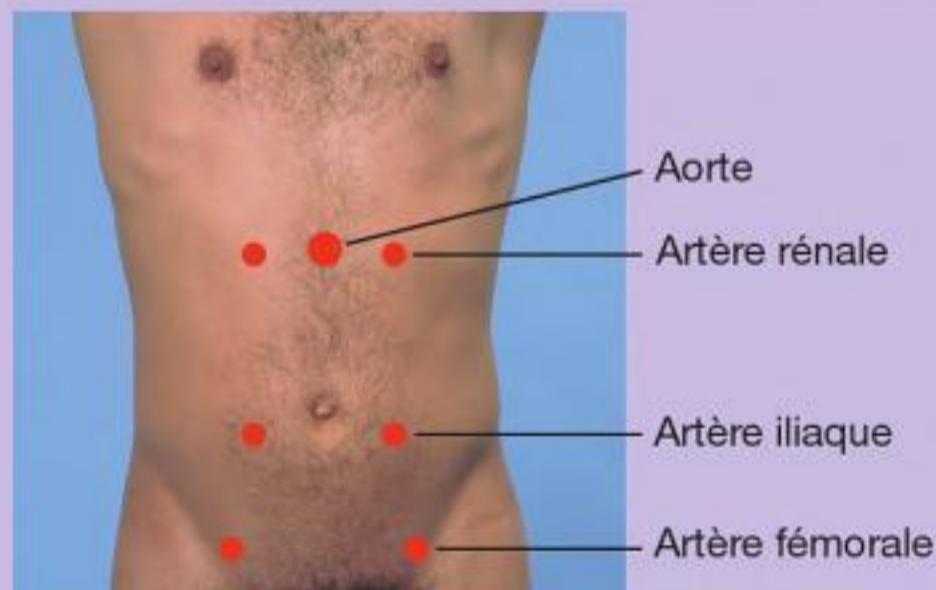
Tumeur hépatique, infarctus splénique

Percutez l'abdomen pour apprécier la répartition du tympanisme et de la matité.

Ascite, occlusion intestinale, utérus gravide, tumeur ovarienne

Souffles et bruits abdominaux

Modification	S'entendent dans
Augmentation des bruits intestinaux	Diarrhée Occlusion intestinale au début
Diminution puis disparition des bruits intestinaux	Iléus paralytique Péritonite
Bruits intestinaux métalliques aigus	Liquide dans l'intestin Gaz sous tension dans un intestin dilaté
Salves de bruits intestinaux aigus avec spasmes douloureux	Occlusion intestinale
Souffle hépatique	Cancer du foie Hépatite alcoolique
Souffles artériels	Occlusion partielle de l'aorte ou des artères rénales



Palpez les différents quadrants de l'abdomen :

- superficiellement, pour rechercher une défense, une douleur à la décompression, une douleur provoquée

Voir tableau 11-3

Une *contracture* de la paroi abdominale antérieure (*ventre de bois*) suggère une inflammation péritonéale.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



Une *défense* se produit lorsque le patient tressaille, grimace ou signale une douleur lors de la palpation

Douleur à la décompression brusque en cas d'inflammation péritonéale ; la douleur est plus forte lorsque vous retirez votre main que lorsque vous appuyez. Appuyez lentement sur une zone sensible, puis relâchez brusquement

Tumeurs, organes distendus

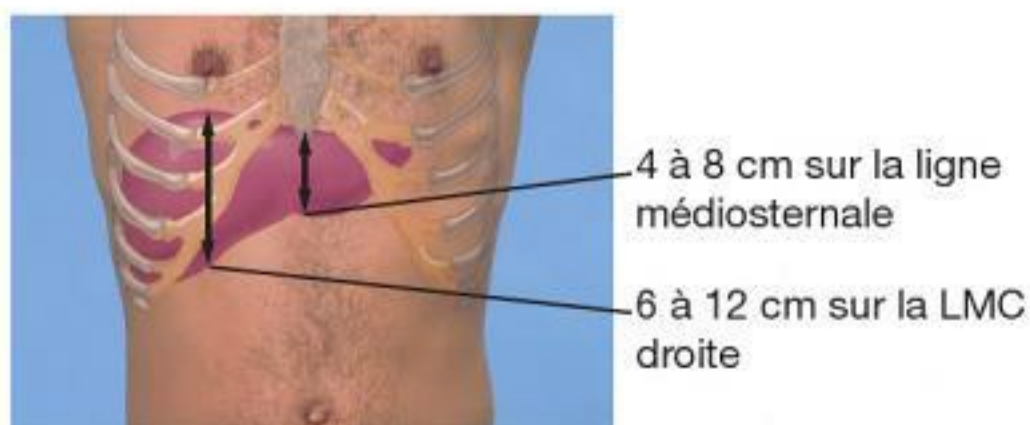
- profondément, pour rechercher des masses ou une douleur provoquée



FOIE

Percutez l'aire de matité hépatique sur la ligne médioclaviculaire (LMC).

Hépatomégalie



4 à 8 cm sur la ligne médiosternale

6 à 12 cm sur la LMC droite

HAUTEURS NORMALES DU FOIE

Palpez le bord inférieur du foie, si possible, pendant une inspiration.

Mesurez la distance qui le sépare du rebord costal sur la LMC.



Notez toute douleur provoquée ou masse.

Bord inférieur ferme de la cirrhose

Augmentée en cas d'hépatomégalie : on peut passer à côté (comme ci-dessous) si on commence à palper trop haut dans le QSD



Foie sensible de l'hépatite ou de l'insuffisance cardiaque congestive ; masses tumorales

RATE


Percutez la partie inférieure gauche de la paroi thoracique antérieure, en notant toute modification allant du tympanisme à la matité.

Essayez de **palper** la rate sur le patient :

Splénomégalie


TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- en décubitus dorsal
-  en décubitus latéral droit, avec les membres inférieurs fléchis aux hanches et aux genoux




REINS

 Essayez de **palper** les deux reins.



Augmentation de volume par des kystes, un cancer, une hydronéphrose

 Recherchez une douleur provoquée dans l'angle costo-vertébral (ACV).



Sensibilité dans une infection rénale

AORTE

○ — Palpez les pulsations de l'aorte. Chez les sujets âgés, estimez-en la largeur.



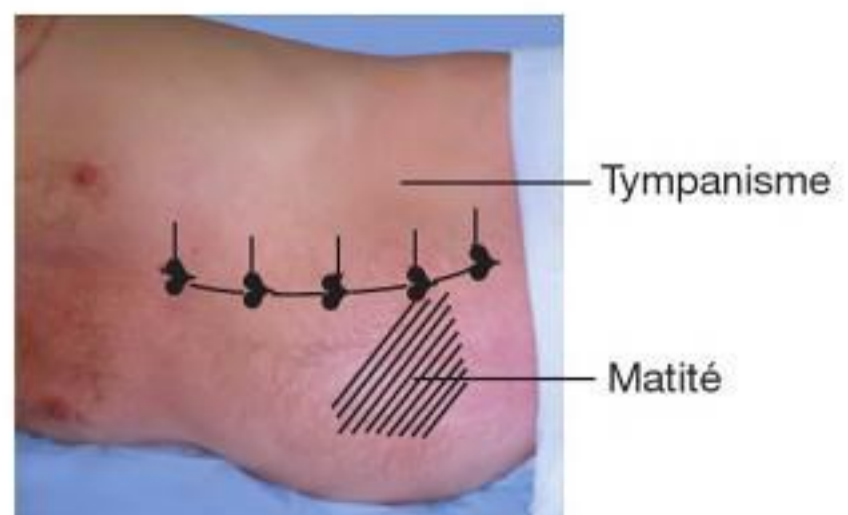
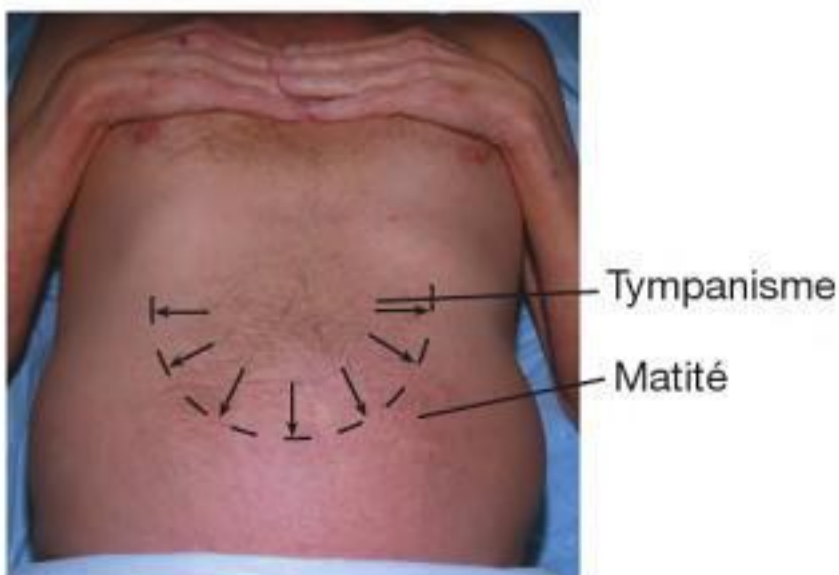
Masse para-ombilicale pulsatile et expansive, d'une largeur ≥ 3 cm dans l'anévrisme de l'aorte abdominale. À explorer en raison du risque de rupture

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

RECHERCHE D'UNE ASCITE

○ — / ○ — Percutez pour rechercher une matité déclive. Dessinez les zones de tympanisme et de matité sur le patient en décubitus dorsal puis latéral (voir ci-dessous).

Le liquide d'ascite se déplace habituellement du côté déclive, ce qui modifie la limite de la matité (voir ci-dessous)



TECHNIQUES D'EXAMEN

— Recherchez le *signe du flot*. Demandez au patient ou à un aide d'appuyer fortement le bord cubital de ses deux mains sur la ligne médiane de l'abdomen. Tapotez d'un côté et cherchez à percevoir une impulsion transmise de l'autre côté.

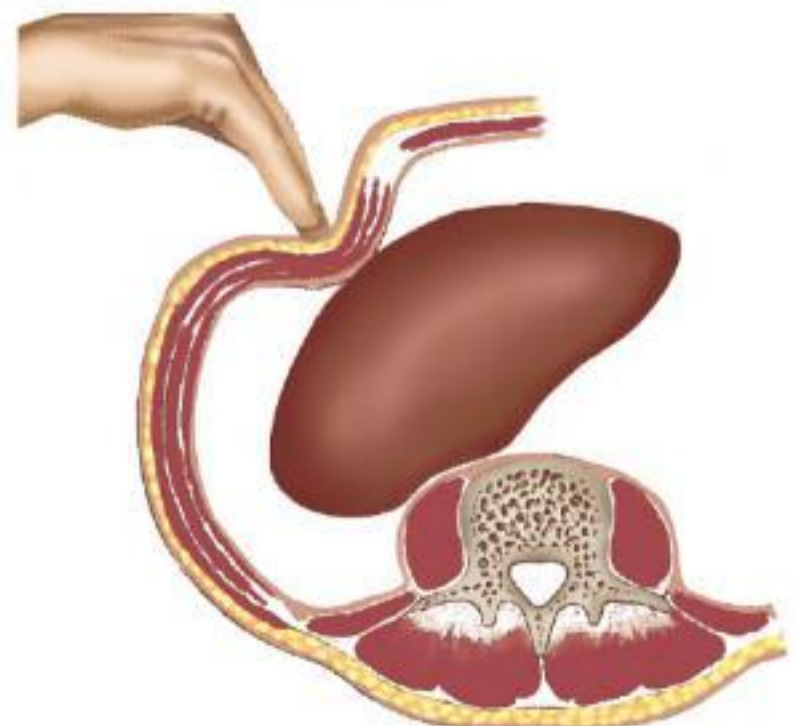


— Faites balloter un organe ou une masse dans un abdomen ascitique. Placez vos doigts étendus et raidis sur l'abdomen, imprimez un coup brusque en direction de la structure, et essayez de toucher sa surface.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un signe du flot positif suggère une ascite, mais ne la prouve pas

Votre main qui déplace rapidement le liquide est arrêtée quand elle touche la surface de la structure solide



RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE APPENDICITE

Demandez :

« Où la douleur est-elle apparue ? »

« Où siège-t-elle maintenant ? »

Demandez au patient de tousser :
« Où est-ce que ça fait mal ? »

Palpez à la recherche d'un point douloureux.

Palpez à la recherche d'une contracture musculaire.

Faites un toucher rectal et, chez la femme, un examen gynécologique (voir chapitres 14 et 15).

- *Signe de Rovsing* : appuyez profondément et uniformément dans le quadrant inférieur gauche. Puis retirez rapidement les doigts.
- *Signe du psoas* : placez votre main juste au-dessus du genou droit du patient. Demandez à celui-ci d'élever la cuisse malgré l'opposition de votre main. Ou encore, demandez au patient de se tourner sur le côté gauche. Puis étendez son membre inférieur droit à la hanche pour étirer le psoas.

Dans l'appendicite typique :

Près de l'ombilic

Dans le quadrant inférieur droit (QID) (c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite)

Dans le QID

Douleur provoquée dans le QID

Contracture du QID

Douleur localement, surtout si l'appendice est rétrocaecal

Une douleur dans le quadrant inférieur droit tandis qu'on appuie sur le côté gauche suggère une appendicite (signe de Rovsing positif)

Une douleur due à l'irritation du muscle psoas suggère un appendice enflammé (signe du psoas positif)

TECHNIQUES D'EXAMEN

- *Signe de l'obturateur* : fléchissez la cuisse droite du patient à la hanche, avec le genou plié, et portez la hanche en rotation interne, ce qui étire le muscle obturateur interne.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Une douleur hypogastrique droite constitue un signe de l'obturateur *positif*, et suggère une irritation du muscle obturateur par un appendice enflammé

RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE CHOLÉCYSTITE AIGÜE

Auscultez, percutez et palpez l'abdomen à la recherche d'une zone douloureuse.

Recherchez le *signe de Murphy*. Enfoncez les doigts « en crochet » sous le rebord costal droit, juste en dehors du muscle grand droit et demandez au patient d'inspirer profondément.

Bruits intestinaux conservés ou diminués ; tympanisme augmenté en cas d'iléus ; douleur provoquée du QSD (c'est-à-dire dans l'hypochondre droit)

Une douleur provoquée aiguë et l'arrêt brusque de l'inspiration constituent un signe de Murphy *positif*

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : abdomen

« L'abdomen est proéminent, avec des bruits intestinaux audibles. Il est souple et indolore ; pas de masses ni d'hépatosplénomégalie. La hauteur du foie est de 7 cm sur la LMC droite ; son bord inférieur est lisse, palpable à 1 cm en dessous du rebord costal droit. La rate et les reins ne sont pas perçus. Pas de douleur dans les ACV. »

Ou

« L'abdomen est plat. Pas de bruits intestinaux audibles. Il est ferme, dur comme du bois, sensible, avec une défense et une douleur à la décompression dans la fosse iliaque droite. Matité hépatique de 7 cm de haut sur la LMC ; bord inférieur du foie non perçu. Rate et reins non perçus. Pas de douleur dans les ACV. »

(Suggère la possibilité d'une péritonite appendiculaire ; voir p. 244-245)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 11-1

Diarrhée

Problème/Processus

Caractéristiques des selles

Diarrhée aiguë

Infectieuse, de type sécrétoire

Infection par des virus, des toxines bactériennes préformées (staphylocoques dorés, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli* entérotoxigènes, vibrion du choléra, cryptosporidies, *Giardia lamblia*)

Aqueuses, dépourvues de sang, pus ou mucus

Infectieuse, de type inflammatoire

Colonisation ou invasion de la muqueuse intestinale par des bactéries telles que les salmonelles non typhiques, les shigelles, *Yersinia*, *Campylobacter*, *E. coli* invasif, et *Entamoeba histolytica*

De sans consistance à aqueuses, souvent avec du sang, du pus ou du mucus

Diarrhée induite par des médicaments

Effet de nombreux médicaments, tels que les antiacides contenant du magnésium, les antibiotiques, les agents anticancéreux et les laxatifs

De sans consistance à aqueuses

Diarrhée chronique

Syndromes diarrhéiques

- Syndrome du côlon irritable : trouble de la motricité intestinale, avec une alternance de diarrhée et de constipation

Sans consistance ; pouvant contenir du mucus mais pas de sang. Petites selles dures pendant la constipation



TABLEAU 11-1

Diarrhée (suite)

Problème/Processus

Caractéristiques des selles

- Cancer du colon sigmoïde : obstruction partielle par une tumeur maligne

Peuvent être striées de sang

Maladies inflammatoires de l'intestin

- *Rectocolite hémorragique* (ou colite ulcéreuse) : inflammation et ulcération de la muqueuse et de la sous-muqueuse du rectum et du côlon

Molles à aqueuses, contenant souvent du sang

- *Maladie de Crohn* du grêle (ou iléite régionale) ou du côlon (colite granulomateuse) : inflammation chronique de la paroi intestinale, atteignant typiquement l'iléon terminal, le côlon ascendant ou les deux

Petites, molles à aqueuses, habituellement dépourvues de sang macroscopiquement visible (iléite), ou moins hémorragiques que dans la rectocolite hémorragique (colite)

Diarrhées abondantes

- Syndromes de malabsorption : défaut d'absorption des graisses et des vitamines liposolubles, avec stéatorrhée (élimination excessive de graisses), comme dans l'insuffisance pancréatique, le déficit en sels biliaires, la pullulation bactérienne

Typiquement volumineuses, molles, jaune pâle à grises, en bouillie, graisseuses ou huileuses, et parfois mousseuses ; particulièrement nauséabondes ; flottant en général dans la cuvette du WC

- Diarrhées osmotiques :

- intolérance au lactose : déficit en lactase intestinale

Diarrhée aqueuse, de grande abondance



TABLEAU 11-1

Diarrhée (suite)

Problème/Processus	Caractéristiques des selles
<ul style="list-style-type: none"> ■ abus de laxatifs osmotiques : utilisation habituelle de laxatifs, souvent cachée 	Diarrhée aqueuse, de grande abondance
<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhées sécrétoires dues à une infection bactérienne, un adénome vilieux sécrétant, une malabsorption des graisses ou des sels biliaires, des affections faisant intervenir des hormones (gastrine dans le syndrome de Zollinger-Ellison, <i>vaso-intestinal peptide</i>). Le processus est variable 	Diarrhée aqueuse, de grande abondance

TABLEAU 11-2

Incontinence urinaire

Problème	Mécanismes
<p>Incontinence d'effort : sphincter urétral affaibli. Une augmentation transitoire de la pression intra-abdominale élève la pression vésicale à un niveau supérieur à la résistance urétrale. Entraîne de <i>petites pertes d'urines</i> lors du rire, de la toux ou des éternuements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les femmes, faiblesse du plancher pelvien, avec soutien musculaire inadéquat de la vessie et de l'urètre proximal et modification de l'angle entre la vessie et l'urètre du fait des accouchements, d'interventions chirurgicales ou d'affections locales touchant le sphincter interne de l'urètre, telles que l'atrophie postménopausique de la muqueuse et l'infection urétrale • Chez les hommes, chirurgie de la prostate



TABLEAU 11-2

Incontinence urinaire (*suite*)

Problème

Mictions impérieuses, avec pertes d'urines : les contractions du détrusor vésical sont plus fortes que la normale et dépassent la résistance urétrale normale. La vessie est typiquement petite. Il en résulte des mictions *de petit volume*, impérieuses, fréquentes et nocturnes

Incontinence par regorgement : les contractions du détrusor n'arrivent pas à surmonter la résistance urétrale. La vessie est typiquement grande, même après une tentative de miction. Il existe un *écoulement d'urine continu*

Incontinence fonctionnelle : impossibilité d'aller à temps aux WC à cause d'un mauvais état de santé ou des conditions environnementales

Incontinence secondaire à des médicaments : des médicaments peuvent favoriser tous les types d'incontinence énumérés ci-dessus

Mécanismes

- Diminution de l'inhibition corticale des contractions du détrusor, comme dans les AVC, les tumeurs cérébrales, la démence et les lésions de la moelle épinière au-dessus du niveau sacré
- Hyperexcitabilité des voies sensibles, due par exemple à une infection vésicale, une tumeur, un fécalome
- Déconditionnement des réflexes de miction, dû à des mictions volontaires fréquentes alors que la vessie est peu remplie
- Obstruction du col de la vessie par une hypertrophie bénigne ou une tumeur de la prostate
- Faiblesse du détrusor associée à une maladie neurologique périphérique au niveau sacré
- Sensibilité vésicale altérée, qui interrompt l'arc réflexe, comme dans la neuropathie diabétique

Problèmes de mobilité dus à une faiblesse, un rhumatisme, une mauvaise vision, d'autres affections ; facteurs environnementaux tels qu'un cadre étranger, l'éloignement des toilettes, des barrières de lit, une contention

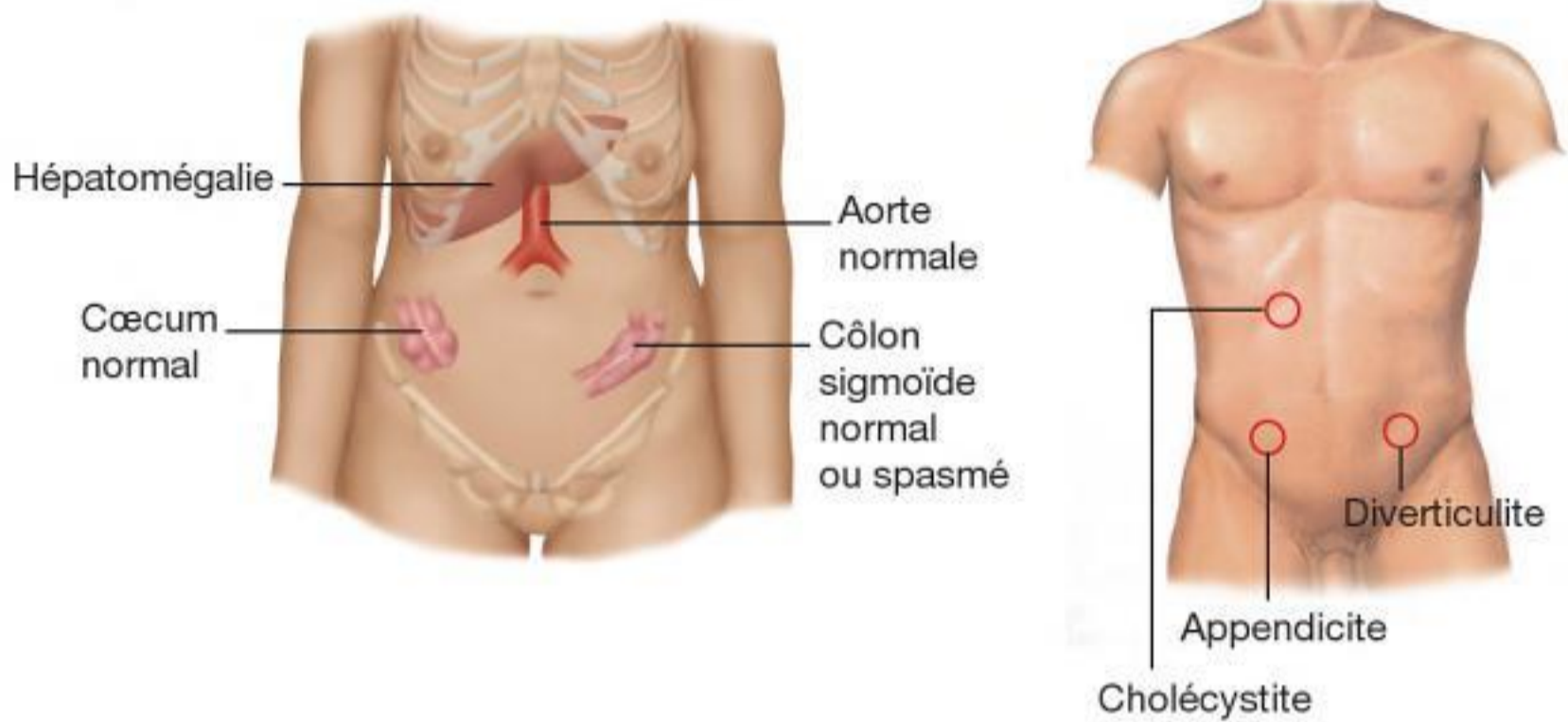
Sédatifs, tranquillisants, anticholinergiques, bêtabloquants, diurétiques puissants

TABLEAU 11-3

Abdomens douloureux

Douleur viscérale

Douleur péritonéale



Douleur provenant d'une maladie thoracique ou pelvienne (ou douleur projetée)

Pleurésie aiguë

Salpingite aiguë

