



المملكة المغربية
جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب و الصيدلة بفاس



أطروحة رقم 17/125

سنة 2017

تعريب علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي
الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يومه 2017/06/14

من طرف
السيد محسن عمري

المزاداد في 1991/02/26 بالرشيدية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي - تعريب- الملف الطبي

اللجنة

الرئيس السيد محمد البياز
	أستاذ في طب الجهاز التنفسي
المشرف السيد البشير بنجلون
	أستاذ في الجراحة العامة
أعضاء السيد خالد معزاز
	أستاذ في الجراحة العامة
 السيد كريم حسني ابن المجذوب
	أستاذ في الجراحة العامة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَمِلْكُكَ لِمَنْ عَمِلَ
وَكَأَنَّ فَضْلَ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا

سوف نبقى هنا

سوف نحيا هنا سوف يحلو النغم
 موطني موطني موطني يا أنما
 سوف نسعى إلى أن تعم النعم
 للمسير للعلي ومناجاة القمم
 كلنا عطفاً على من يصارع السقم
 ونكونوا حقاً خير أمة بين الأمم
 سوف نحيا هنا سوف يحلو النغم
 كم عراقيل كسرنا كم حفظنا من رزم
 نبتغي صيد المعاني نبتغي رأس الهرم
 نستهيئ كل غالي كي نحقق الحلم
 إن قمة الجبال تستحق لا جـرم
 سوف نبقى هنا سوف يحلو النغم
 كل همنا قد أصبنا زادكم بالطبع هـم
 والدي يا خير عون كان لي عند المحن
 كل أفاظ لساني كل شكراً قد رنم
 لا توافي شكرن لا تجاوز العدم
 سوف نحيا هنا سوف يحلو النغم
 حين يشهدون حالي بالسرور ابتسم
 فرحتي وصرختي تكاد تسمع الأصم
 يا سحائب الرجاء يا طيور الحـرم
 اشهدوا هذا المساء إنني قلت القسـم
 سوف نحيا هنا سوف يحلو النغم

سوف نبقى هنا كي يزول الألم
 موطني موطني موطني ذا الإباء
 رغم كيد العدا رغم كل النقم
 سوف نرنو إلى رفـع كل الهمم
 فأنقم كلنا بالدواء والقلـم
 ولنواصل المسيرة نحو غايات أهـم
 سوف نبقى هنا كي يزول الألم
 كم سهرنا من ليالي للصباح لا نـم
 كم جسورا قد عبرنا كم ذرفنا من حمـم
 نقضي ساعات طوال نستقي علم العجم
 إن سامنا لا نبالي بل نسير للأمـم
 سوف نبقى هنا كي يزول الألم
 فضلكم يا والديا عمي حتى اللجـم
 إن كل ما جنينا من جهودكم نجـم
 أنت يا من تملكين جنة تحت القـدم
 إجمعو كل المعاني من عراب او عجم
 سوف نبقى هنا كي يزول الألم
 هذه فرحة الأهالي .. لا يساويها رقم
 إذ أقلت الآلى والشهـادة استلـم
 يا نجوم السماء يا عبـانق النسم
 يا رعود الشتاء يا جميـع الألهـم
 سوف نبقى هنا كي يزول الألم

الركنور جاول (السبعيني)

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل اعملوا فسيري الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

صدق الله العظيم

إلهي لا يصيب الليل إلا بشرك.. ولا يصيب النهار إلا بصاعته، ولا تصيب اللحظات

إلا بكرك.. ولا تصيب الأخره إلا بعفوك، ولا تصيب الجنة إلا برويتك..

"الله جل جلاله"

إلهم بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة.. إلهم انير الرحمة ونور العالمين..

"سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم"

إلهم كلف الله الله بالعبية والوقار.. إلهم علمني العشاء دون إنتصار.. إلهم أحمل اسمه

بكل إنتصار.. إلهم تفرغ الكأس فارغاً ليسقيني قصرة ماء.. إلهم كلت أنامله ليقدّم لي

لحظة راحة وهناء.. أرجو من الله أن يمد في عمرك لتري ثماراً قد حان قضاؤها بعد حصول

إنتصار.. وتري حلماً انبثق نوره بين الأبصار.. وستبقى كلماتنا نجوماً أهدى بها إلى آخر

لحظة..

إيليا أبتو.. أحب..

إلهم لا كفي في العيادة.. إلهم منبع الحب.. إلهم معنى الجنان والتفان.. إلهم بسمة العيادة وسر

الوجود.. إلهم جنتو..

إلهم كان دعائها سر نباحي وصوتها بلسم جراحي.. إلهم أغلما أمل..

إيليا عمري.. إيليا أمو.. أحب..

إلهم أروضتني الحب منذ نعومة أظفري.. إلهم قبالسني كل ليلة بحكاية جديدة.. إلهم

الوجه الذي لا تفارقه ابتسامته.. إلهم تعصي دون أن تمل.. وتب دون أن تفصح.. إلهم أمني

الثانية.. إيليا جكتو..

إلى من رافقتني منذ أن حملت حقايب صغيرة.. ومع سرت الكرب خصوة بخصوة.. وما تزال
ترافقتني حتى الآن.. إلى شمعة تنير ضلمة حياتي.. إلى مرشدي.. إلى أخير رضوان..
إلى من ساندوني بقوة منذ أول خصوة.. إلى من أرى التفاؤل بأعينهم والسعادة في
ضكتهم.. إلى من تخلصوا لنجاحي بنضرات الأمل.. ولوصولي بأيدي الدعاء.. أشكركم
جدا..

إخوتي وأخواتي.. سمحمد.. عصار.. أشرف.. سكينه.. لبنو..
إلى روح الحياة وعصرها.. إلى أمل المستقبل.. إلى السعادة في كل بيت.. إلى الملائكة
الصغار.. يسرى.. أنس.. ألاء.. بسمة..

إلى من البراءة وسر الجمال.. إلى من لها من اسمها نصيب.. إلى الوردة التي تفوح عصارا وتنشر
حبا وخيرا.. إلى الشمس التي تشرق أملا.. إلى صديقتي ورفيقة دربي.. حنان الوالده..
إلى الإخوة والأخوات.. إلى من قبلوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء.. إلى ينابيع الصدق
الصافي والحب الكافي.. إلى من معهم سعدت حد الجنون.. ورفقتهم في دروب الحياة
المحولة والعزينة سرت.. إلى من كانوا معي على صريق النجاح والغير.. إلى من عرفت كيف
أجدهم وعلموني ألا أضيعهم..

يوسف الكومر.. سهام العراس.. سكينه عمري.. عائلة بويصغر.. عائلة صاهيري.. عائلة
عمري.. وليد حاحيوي.. ياسين البقال.. مصطفى الغزمير.. زكريا درو.. مسعودي
رضوان.. فرانس لمويف.. جهاد العيرجي.. زكية مكويو.. أيوب أرشوق.. لمياء عمراوي.. سهام
الوالده.. محمد اوهميشر.. سناء ايت ابراهيم.. يونس الحمانو.. جمال كربال.. إيمان
العاشمي.. سناء أفتحو..

وأعتذر لمن نسيت اسمه سعوا..
إليكم جميعا.. أهدي هكذا العمل..

شكر وتقدير

قبل كل شيء، أحمد الله عز وجل الذي أنعمني بنعمة العلم والصبر ووقفني إلى بلوغ هذه الدرجة وأقول: "اللهم لك الحمد حتى ترضى، ولك الحمد إذا رضيت، ولك الحمد بعد الرضى".

أشكر عرفانا وتقديرا أستاذي المشرف الأستاذ الدكتور البشير بنجلون على نصائحه

- وإرشاداته القيمة طوال مدة إشرافه على تحضير هذه الرسالة، وأشكر لكم انضباطكم

وأخلاقكم الرفيعة التي لمستها فيكم طيلة هذه المدة، وأسأل الله أن يجزيكم غني خير الجزاء، وأن يبارك لكم في عمركم ووقتكم وعملكم.

كما أشكر الأستاذ محمد البياز الذي أجد نفسي ممنونا له جدا نظراً لما أسداه لي من نصح وتوجيه، وما بدله من جهد وعناء في متابعة هذا البحث، كما أشكره على قبوله رئاسة مناقشة هذه الرسالة، فله مني كل التقدير والاحترام، وله متمنياتي بالتوفيق في الحياة الأسرية والعملية.

وأشكر أيضاً الأستاذ معزاز خالد فإنه لفخر لي أن أتشرف بقبولكم حضور مناقشة هذه الأطروحة، تشجيعاً منكم و دعماً للغة العربية، كما أشيد بكفاءةكم المهنية و شخصيتكم المتميزة بالنبل والتفاني في العمل.

وشكري الجزيل إلى الأستاذ "ابن المجدوب حسني كريم" كونكم ضمن لجنة المناقشة، وعلى قبولكم المشاركة في تقييم هذا العمل، شرف سأعتز به على الدوام، فجزاكم الله على جميع خدماتكم التي تقدمونها.

والشكر موصول لكل من ساند هذا العمل، من قريب أو بعيد، فأسأل الله أن يجزي الجميع خير الجزاء ويشيهم على ما قدموا.

فيإلى كل هؤلاء جزيل الشكر والإمتنان.

الفهرس

6	الفهرس
8	مقدمة
9	أهداف المشروع
10	منهجية العمل
22	الباب الأول : علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي
23	توطئة
33	الفصل الأول: تشخيص آلام البطن الحاد عند الشخص البالغ
44	الفصل الثاني: ذات الصفاق الحاد
57	الفصل الثالث: الإنسداد المعوي الحاد
71	الفصل الرابع: النزف الداخلي
80	الفصل الخامس: رضوخ البطن
92	الفصل السادس: الكتل المجسوسة للبطن
103	الفصل السابع: العلامات العامة للأورام
113	الفصل الثامن: اليرقان السدي
123	الفصل التاسع: فتوق وإندحاقات البطن
134	الفصل العاشر: علم أعراض المستقيم والشرج
150	الفصل الحادي عشر: التعففات الجراحية الحادة للأجزاء اللينة
157	الباب الثاني: الملفات الطبية
158	الملف الأول: تشخيص آلام البطن الحاد عند الشخص البالغ
162	الملف الثاني: ذات الصفاق الحاد
165	الملف الثالث: الإنسداد المعوي الحاد
168	الملف الرابع: النزف الداخلي
171	الملف الخامس: رضوخ البطن
175	الملف السادس : الكتل المجسوسة للبطن
179	الملف السابع: العلامات العامة للأورام
182	الملف الثامن: اليرقان السدي
185	الملف التاسع: فتوق وإندحاقات البطن
188	الملف العاشر: علم أعراض المستقيم والشرج
191	الملف الحادي عشر: التعففات الجراحية الحادة للأجزاء اللينة
194	الباب الثالث : أمثلة تدبير حالات سريرية
195	الحالة الأولى:
197	الحالة الثانية:
198	الحالة الثالثة:
200	الحالة الرابعة:
202	الحالة الخامسة:
204	الحالة السادسة:
206	الباب الرابع : مفاهيم طبية

208	الباب الخامس: معجم الترجمة العربية للمصطلحات الفرنسية
209	الفصل الأول: السوابق واللواحق
215	الفصل الثاني: أمثلة لاستعمالات السوابق واللواحق
218	الفصل الثالث: المعجم فرنسي عربي لمصطلحات طب الجهاز الهضمي
261	ملخص البحث
267	المراجع

مقدمة

اللغة العربية لغة حية تجمع بين الأصالة والمعاصرة، فقد حملت مشعل الإنسانية دون إنقطاع، واليوم هي سادس لغة رسمية لمنظمة الأمم المتحدة، واللغة الرسمية في بلادنا كما ينص الدستور.

والعناية بها هي عناية بالإسلام قبل كل شيء، وينبغي أن تكون لها المكانة في وجداننا تماما كمكانة القرآن الكريم، ولذا فتعلمها ونطقها ونشرها والتعليم بها فريضة على كل مسلم ومسلمة.

وهذا الإهتمام لا ينبغي أن يتوقف عند كتابة الأبحاث والدراسات والمطالبة بالتعريب ونقد الذات المقصورة في حق العربية، وإنما لابد من الإعتقاد بأن العناية بالعربية هي وسيلتنا للتقدم في كل المجالات، فهي لغة قادرة على ربط الماضي بالحاضر ودفع الأمة إلى الأمام والإزدهار، ووسيلة إلى الفهم والإستيعاب والإبداع والإنتاج.

لذا فموضوع تعريب الطب وإستخدام اللغة العربية ليس من الأمور الكمالية، بل هو أمر بالغ الأهمية من خلال: أولاً، تأثير علاقة الأطباء بالمجتمع وممارسة مهنة الطب وإزالة حاجز الفصل والغموض بين الأطباء والمرضى، وثانياً : إنعكاسه الإيجابي على قضايا أخرى أوسع مثل التوعية الصحية وجهود الوقاية والعلاج ورفع المستوى الصحي.

تأتي أطروحتنا في هذا السياق ، واستمرارا لأعمال فارطة وخطوات سابقة في مجال تعريب الطب، وتتناول تعريب علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي للدروس المقررة بكلية الطب والصيدلة بالرباط، مع تدبير الملفات الطبية، والإستعانة ببعض الحالات السريرية للتوضيح.

وتهدف إلى إرساء الدعائم الأساسية والقوية للتعليم باللغة العربية، ورفع مستويات التحصيل والإستيعاب للطلبة والمساهمة في التنمية البشرية الصحية، وذلك عن طريق النهل من التراث العربي الحي لإستخراج المصطلحات الطبية المبنية على المفاهيم الطبية الحديثة، وجعلها متداولة من أجل ضمان استمراريتها وبقائها.

أهداف المشروع

يهدف هذا العمل إلى :

- السعي نحو تعريب التعليم العالي لأن اللغة الأم هي اللغة الأمثل في مجال التعليم والتواصل، وهي أسرع في الإستيعاب لدى الطالب بلا شك، كما أنها تساعد على رفع مستواه العلمي حين يسقط الحاجز اللغوي، وصدق ابن خلدون حين قال " إن تعلم العلم بلغة أجنبية لا يعتبر تعلمًا "[1].
- إبراز قدرة اللغة العربية على مسايرة العلوم، ومدى سعتها وثرانها لما تحتويه من صيغ الإشتقاق الكثيرة مما يجعلها قادرة على تحمل الحقائق والمسببات العلمية كيفما كانت درجة تعقيدها.
- النهل من التراث العربي الحي لإستنباط المصطلحات الطبية وتداولها بشكل سليم.
- سد الفجوة العميقة الحاصلة بين الأطباء والمرضى، ومساعدة الأطباء على التواصل توأصلا أفضل باللغة التي يفهمونها، حيث تمكن الطبيب من شرح الحقائق الطبية وإيصال معلومات عن المرض ببساطة وبدون أي تكلف.
- دعم الطب الوقائي والذي يعتمد أساسا على التوعية الطبية وعلى التواصل مع شريحة كبيرة من المجتمع لا تفهم إلا من يتكلم بلغتها.
- وضع مرجع علمي مبني على المفاهيم الطبية قابل للإستعمال في أقرب وقت ومتلائم مع محيط التدريس والعلاج المغربيين، الشيء الذي يضمن تداول واستمرار هذه المصطلحات لمدة أكثر.
- شرح مجموعة من المصطلحات الطبية قصد تسهيل تداولها في المستشفى وفي الحياة العامة لاحقا. وتبقى المشكلة في التعود على تعريب الطب، وليس في تعريب الطب.

منهجية العمل

في هذا البحث، تم نهج نفس الأسلوب المتبع في أطروحات طب الجهاز التنفسي بكلية الطب والصيدلة بفاس، حيث اعتمدنا على أطروحة الطالبة غزلان السليمانى [2] في صياغة الدروس، وعلى أطروحة الطالب علي الشاذلي [3] في صياغة الملفات الطبية، مع بعض الإضافات المنهجية والتفتيحات، وفي ما يلي نسرد منهجية البحث إن بحثنا مشروع ترجمة و الترجمة في اصطلاح النقدي عموما هي نقل محتوى نص من لغة إلى أخرى. وقد ورد في معجم اللسانيات لجون دوبوا ورفاقه ما يلي : "ترجمة النص أي نقله من لغته الأم (لغة المصدر langue source إلى لغة أخرى (لغة هدف cible) مع مراعاة التكافؤ الدلالية و الأسلوبية.

لترجمة[4] عدة طرق أورد منها الصلاح الصفدي صاحب الكشكول طريقتين:

- طريقة يوحنا بن بطريق وتقوم: على أساس أن يُنظر المترجم إلى كلمة من الكلمات اليونانية ومدلولها، فيجاء بمفردة من الكلمات العربية التي ترادفها مدلولاً فيثبتها، ويعامل الأخرى بالطريقة نفسها، حتى يأتي على جملة ما يريد ترجمته.
- وطريقة حنين بن إسحاق و الجوهري: تحصيل دلالة الجملة الأجنبية في ذهن المترجم ثم التعبير عنها في لغته بجملة تطابقها معنى.

كما يقسم الأمريكي أوجين نايدا الترجمة إلى ضربين: شكلية و أخرى تأثيرية (أو ترجمة المعنى)

و من أهم ضروب الترجمة "الترجمة المعكوسة" traduction et contre traduction و معناها أن ينقل نص من لغة (أ) إلى لغة (ب)، ومن لغة (ب) إلى لغة (أ)، ومن مزايا هذا النوع التأكيد من مدى دقة الترجمة، ومن أن كل عناصر النص قد تم نقلها بلا زيادة ولا نقصان يهمننا نحن بالخصوص ترجمة المصطلح الذي حظي باختيار عديد من الباحثين و حدده بعضهم بأنها : "تعويض مصطلح من نص ينتمي إلى لغة ما بمصطلح آخر مقابل من لغة أخرى" ويقصد به في الثقافة العربية " نقل المصطلح الأجنبي إلى اللغة العربية بمعناه لا بلفظه، فيتخير المترجم من الألفاظ العربية ما يقابل معنى المصطلح الأجنبي". هذا يتطلب شروطا و ضوابط[5] :

- أن يكون المترجم عارفا باللغة المصدر و اللغة الهدف معا.
- وجوب ربط المصطلح المترجم بالبنية الثقافية التي ظهر فيها و ملاءمة المصطلح المنقول للغة المنقول إليها اتقاء نفور الناس منه و ضمانا لسيرورته.
- الأمانة و الدقة مما يستوجب أن يكون المترجم ملما بالمعنى المتداول، و بالتالي أن يكون مختصا في الميدان العلمي المترجم و الإستعمالات المتداولة بين الأطباء و الطلبة فيما يخص المصطلحات المترجمة. ولهذا ارتأينا اللجوء إلى مراجعة علمية من طرف "أستاذ مختص في الجراحة العامة" و مراجعة لغوية ومصطلحية من طرف خبير "أستاذ مختص في طب الجهاز التنفسي".

1. أسس المنهجية المتبعة:

إن تعريب المراجع العلمية اقتضى منا اتخاذ تدابير لتخطي الإشكاليات الناتجة عن الترجمة إلى اللغة العربية:

1.1 إشكالية الازدواجية بين اللغة الفصحى و اللهجة العامية:

ذلك بانتقاء المصطلحات الأقرب إلى اللهجة المحلية لتسهيل تداولها وطنيا بعد ملاحظة كثرة الكلمات العامية المغربية التي لها أصل لغوي فصيح.

2.1 مشكلة تعدد اللهجات الفصحى:

وهذا التعدد يؤدي إلى صعوبة في فهم المطبوعات العلمية الصادرة في بلد عربي آخر مما قد يفر المستعمل المغربي ، وهذا يستدعي أيضا بحثا لسانيا لإنتقاء ما هو أقرب إلى فهمه.

3.1 ثراء العربية بالمترادفات:

المترادفات العربية استعملت في معظم الأحيان بدون تقييد أو تحديد في الدلالة على المفاهيم العلمية ، فمثلا مقابل مصطلح « gap »

الإنجليزي نجد 3 مترادفات عربية " فجوة" و "فسحة" و "فرجة". و كلها صحيحة لكن التنزيل و الاستعمال هو الذي سيمكن من تغليب مصطلح على آخر و هذا لم يتم إلى حد الآن.

ولهذا ارتأينا اختيار واحد منها أقرب إلى فهم المستوى اللغوي الذي عند الأساتذة و الطلبة بصفة عامة

4.1 المشكلات الناتجة عن اللغة المصدر:

ومن أهم هذه المشكلات نشير إلى ما يلي :

- تعدد مصادر المصطلحات التقنية : فاللغة الفرنسية لغة ثانية في المغرب العربي، و اللغة الانجليزية هي الثانية في المشرق، مما يولد ازدواجية في استخراج المصطلح حسب مصدره فمثلا nitrogen بالإنجليزية تعني azote بالفرنسية، وسنجد المصطلحين "نتروجين" و "الأزوت" في العربية.
- أمثلة أخرى:

المصطلح الفرنسي	المرادف الانجليزي	المرادف العربي
Cancer bronchopulmonaire	Bronchogenic carcinoma	سرطانة قصبية المنشأ
Mucoviscidose	Cystic fibrosis of the pancreas	تليف البنكرياس الكيسي

لكن استعمال الفرنسية في تعليمنا يقتضي اختيار المصطلح ذي الأصل الفرنسي مع الإشارة إلى المصطلح المترجم من الإنجليزية في الملحق اللغوي.

- ازدواجية المصطلح في لغته المصدر: مما يولد ترجمات مختلفة و خاصة عند اختلاف الدلالة اللغوية رغم وحدة المفهوم، فمثلا في الإنجليزية الأمريكية electronic tube و البريطانية electronic valve.
- الترادف و الإشتراك اللفظي : جعل مترجمين مختلفين يعطيان مصطلحين مختلفين لأن للمفهوم مترادفين في اللغة المصدر. فمثلا pompe à main و pompe à bras يدلان على الآلة نفسها، فنترجم بمصطلحين مختلفين : "مفتاح يدوي" و آخر "مفتاح بالذراع". أو في سوريا : " حامل الصمام porte " valve و في مصر " ثغر الصمام" نظرا للإشتراك اللفظي في كلمة " porte" نظراً لعدم فهم المراد بكلمة " porte" ذات معنيين (معنى الحمل و معنى ثغر).

ضرورة اختيار المصطلح المتلائم مع المدلول العلمي، مما يقتضي مراجعة علمية للمصطلحات المختارة من طرف أكاديمي مختص في الميدان الطبي المعني بالترجمة.

5.1 عدم شمولية المصطلحات المتوفرة و مسايرتها للتطور العلمي :

إن التطور العلمي وعدم مسايرة الترجمة لذلك، و عدم التنسيق بين التعريب و التنزيل إلى أرض الواقع يتطلب و جود آليات لغوية تساهم في التطور العلمي مع مرونة في ذلك.

يتطلب منا هذا توليداً للمصطلحات باستعمال وسائل مختلفة : الاشتقاق، الاستعارة، المجاز، التعريب و النحت.

6.1 عدم اختبار قبول المصطلحات الجديدة :

نظراً لعدم تنزيلها الفعلي أو لعدم التنسيق بين الممارسين و المترجمين، فمصطلحات المجمعين و الأكاديميين و العلماء تبقى في بطون الكتب ، وفي حالة تنزيلها إلى الواقع فلن يختار الجمهور إلا ما هو أسهل للتداول و أقرب لحمولتها اللغوية الآتية سواء العربية أو لغة العلوم المستعملة.

ولهذا ارتأينا ضرورة أن تكون اللغة العربية المستعملة أقرب إلى اللغة المتداولة، إن كان لها أصل في اللغة العربية الفصحى مع إدراج المصطلحات العربية البديلة التي يمكن استعمالها في حال الانتقال إلى تعميم تنزيل التعريب في الوطن العربي كاملاً.

و هذا يتطلب أيضاً تنزيلاً إلى الواقع بالقيام بتجارب للتدريس باللغة العربية و تقييمها وفق المناهج العلمية و الإحصائية

2. اختيار مصادر المادة العلمية و المصطلحية:**1.2 المادة العلمية المستعملة باللغة الفرنسية.**

قد اعتمدت في ذلك على المقرر المستعمل من طرف أساتذة مصلحة الجراحة العامة بكلية الطب و الصيدلة بالرباط، والذي تمت صياغته بشكل شبه كلي مع الاستئناس بالتدريبات الاستشفائية. بهم هذا المقرر:

علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي.

حيث نقوم بتحويل الأفكار المكتوبة في الدروس على شكل pdf إلى شكل Word، كما نقوم بوضع المعارف المسبقة والأهداف في أول كل درس حتى يتيسر للطالب ترتيب أفكاره و سهولة استيعابه للدرس مع تنقيحات يقوم بها الأستاذ المختص المشرف على البحث.

2.2 اختيار مصدر المادة المصطلحية باعتماد :**2.2.2 المصادر المعتمدة عربياً:**

ففي كل درس من الدروس، يتم انتقاء أكبر عدد ممكن من المفردات الطبية باللغة الفرنسية، لتحدث ترجمتها بشكل إصطلاحي وذلك اعتماداً على المراجع الأكثر اعتماداً بشكل مؤسساتي:

أ. المعجم الطبي الموحد 2007 [6]

وقد بدأ كمبادرة من اتحاد الأطباء العرب في 1966 برعاية من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، حيث تم تشكيل لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية، ويعمل الأستاذ الدكتور محمد هيثم الخياط مقررًا لها منذ تأسيسها.

ب. موقع باسم [7]

سمي بنك (باسم) بهذا الاسم اختصاراً للبنك الآلي السعودي للمصطلحات وهو عبارة عن معجم موسوعي آلي رباعي اللغة (عربي وإنجليزي وفرنسي وألماني)، جمع فيه حتى نهاية عام 1999 نحو 350000 مصطلح في كل المجالات العلمية والتقنية. كما يعتمد على عدة مصادر، وهي:

- مجامع اللغة العربية في العالم العربي.
 - مكتب تنسيق التعريب في الوطن العربي.
 - معهد الدراسات والأبحاث للتعريب.
 - المنظمات العربية (كالمنظمة العربية للمقاييس، والمنظمة العربية للتنمية الزراعية، ومنظمة الدول العربية المصدر للبتروول...)
 - المعاهد ومراكز البحث العلمي في سائر البلاد العربية.
- ت. قاموس المصطلحات الطبية والصيدلانية التابع لموقع صحة [8]
- وهو موقع هدفه مساعدة قراءه لإيجاد معلومات طبية عالية الجودة . كما يوفر لزواره الأدوات الضرورية لاتخاذ قرارات معالجة مطلعة، عن طريق تزويد معلومات طبية سهلة ومناسبة حول أمور صحتهم.
- ث. بعض الكتب المترجمة من إصدارات منظمة الصحة العالمية:
- أطلس الباثولوجيا لطلبة كلية الطب والعلوم الصحية 2007. [9]
 - دليل الطرائق الأساسية في المختبرات الطبية 2007 [10]
 - المرجع في الفيزيولوجيا الطبية "غايتون وهول" 1997. [11]
 - أساسيات علم الوبائيات 1997 [12]
 - الرعاية الفورية للمرضى والمصابين 1988. [13]
- ج. المقررات السورية المأخوذة من منتديات النقاش الطبية لطلبة الطب. [14]
- ### 2.2.2 الأطروحات المغربية للتعريب الطبي :
- أ. أطروحات تعريب طب الجهاز التنفسي والجراحة العامة:
- أطروحة "تعريب دروس علم الأعراض والأمراض التنفسية" [2] للطالبة غزلان السليمانى
 - أطروحة "معجم مصطلحات أمراض الرئة [15] (فرنسي - عربي - انجليزي)" للطالب بنهدا سعيد.
 - أطروحة " تعريب مبحث الأعراض التنفسية - الجزء1" [16] للطالبة زكية بلموذن.
 - أطروحة " تعريب علم الأعراض التنفسية " [17] للطالبة أمل البطان.
 - أطروحة "Sémiologie chirurgicale en langue arabe : intestin grêle" [18] للطالب جواد المصباحي.
 - أطروحة "مباحث الأعراض الجراحية للقولون المستقيم الشرج" [19] للطالبة سلوى عروفي.
 - أطروحة " arabisation de la sémiologie chirurgicale néoplasique du tube digestif " [20] للطالبة فتيحة لحسينية.
 - أطروحة "Arabisation de la sémiologie ano-rectale" [21] للطالب طارق الهادي.
 - أطروحة " Glossaire français-arab : arabisation des termes et des cours de chirurgie viscérale " [22] للطالب الشيخ حمود زكريا.
- ب. أطروحات التعريب الطبي في مختلف التخصصات [2] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22]
- بالنسبة للمصطلحات التي لم ترد لها مرادفات في المراجع المذكورة آنفاً. تم القيام بالبحث عنها عبر اللجوء إلى أطروحات

كليتي الطب و الصيدلة بفاس والدار البيضاء والرباط.

3.2.2 أمهات المعاجم اللغوية :

تم اللجوء إلى المعاجم اللغوية لإستكمال ترجمة الدروس بشكل جيد ومن بينها نذكر :

- "قاموس ومعجم المعاني [23] وهو قاموس متعدد اللغات والمجالات.
- "موقع الباحث العربي" [24] الذي يضم 5 قواميس تشكل أسس المخزون العربي للكلمات سواء منه ما شاع استعماله أو ما لم يشع. و يبحث فيها بشكل متزامن : "لسان العرب" - "مقاييس اللغة" - "الصحاح في اللغة" - "القاموس المحيط" - "العباب الزاخر".
- برنامج المكتبة الشاملة [25]: مكتبة علمية إلكترونية تحتوي على عدد كبير من الكتب من بينها أمهات المعاجم التي تم الإستعانة بها في إيجاد المصطلح المناسب :

كتاب العين للخليل بن أحمد الفراهيدي.

كتاب المخصص لابن سيده

كتاب القاموس المحيط للفيروز آبادي

كتاب الجرائيم لابن قتيبة الدينوري

كتاب مفتاح العلوم للسكاكي

- كتب طبية : القانون في الطب لابن سينا [26]

الحاوي في الطب لأبو بكر الرازي [27]

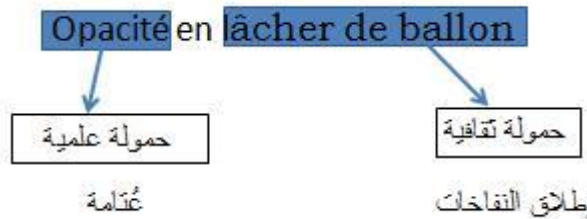
4.2.2 الاجتهاد في توليد المصطلحات:

وهو يتجلى في عملية توليد مصطلح علمي بعد احترام الشروط و المواصفات المعمول بها، سواء بالنسبة للمصطلحات العلمية التي ليس لها مقابل عربي، أو ما كان لها مقابل عربي عبر المصادر المذكورة سابقاً، لكنه أبعد إلى الفهم أو عن ثقافتنا المغربية أو صعب التداول.

أ. المصطلح الطبي:

إن المصطلح الطبي لا يحمل بالضرورة مفهوماً علمياً حقيقياً ، و قد يحمل حمولة ثقافية أكثر منها علمية . [28] و هذا المفهوم الثقافي يعني أن ترجمة كثير من المصطلحات يعتمد على ترجمة لغوية صرفة سواءً كلياً في حالة مصطلح بسيط أو جزئياً في حالة مصطلح مركب.

مما يجعل النص العلمي يتطلب عند ترجمته التفريق بين ما هو سهل الفهم لحمواته الثقافية المتداولة ، و آخر صعب الفهم لحمولته العلمية الصرفة. و لهذا فلا نضع في الصياغة النصية إلا المقابل الفرنسي ذي الطبيعة العلمية الصرفة. مثال:



ب. معايير توليد مصطلح

لا يمكن " للفظ أن يُتخذ اصطلاحاً ، ويروج ويدخل في الثروة اللفظية للغة ما حتى تتحقق فيه الشروط التالية [29] ، وأهمها:

1. البساطة والوضوح في الدلالة على الفكرة العلمية أو الفنية.
2. الإيجاز والاقتصار ما أمكن على أقل عدد من الكلمات والحروف.
3. أن يكون موضوعياً في دلالاته بحيث لا يكون مقصوراً على جانب دون آخر.
4. ألا يتعدد الاصطلاح للمفهوم العلمي الواحد ذي المضمون الواحد في الحقل العلمي الواحد.
5. أن يتم وضعه بعد الرجوع إلى لغات أخرى ليكون أكثر دقة وشمولية وقابلية للرواج.
6. أن يسمح بالاشتقاق بما لا يضر بكيان اللغة ويتفرع. عن ذلك أيضاً ضرورة ترجمة الاصطلاح المفرد بمفرد مثله، لأن ذلك يساعد على التصريف والاشتقاق.
7. أن يمكن ضبطه بتطبيق قواعد تحديد شكل الاصطلاح؛ كأن يعبر عنه بصيغة المفرد أو الجمع، أو يتم فرزه إلى مكونات مستقلة يعبر عن كل منها بصيغة الاسم وتستخدم بصورة مستقلة .

ت. الطرق المتداولة في التوليد [30] [31] [32] [33]

لقد استعملنا عدة طرق لتوليد المصطلحات عند عدم وجودها في المصادر أو عدم ملاءمتها لتدريس الطب في بلادنا أو لضرورة ملاءمتها للإستعمال اليومي.

ب.1 الاشتقاق

يعد الاشتقاق أهم آلية من آليات توليد مفردات جديدة في اللغة العربية. ومعناه صياغة كلمة أو أكثر من اللفظ مع مراعاة التناسب في المعنى بين اللفظة المشتقة وما أخذ منها ، وكذا الاختلاف في اللفظ. وهذا ما يميز اللغة العربية لكونها لغة اشتقاقية تختلف به عن بعض اللغات الأجنبية الأخرى التي تعرف باللغات الإلصاقية كالإنجليزية و الفرنسية التي يمكن تكوين المادة اللغوية فيها عن طريق إصاق سوابق لأول المادة أو لواحق في آخرها. وتشمل المشتقات في اللغة العربية كلا من اسم الفاعل و اسم المفعول و الصفة المشبهة و اسم التفضيل وكذا اسم الزمان و اسم المكان أو اسم الآلة....

و على سبيل المثال لا الحصر: استعمال وزن "فَعَال" للدلالة على مرض يصيب عضوا من الأعضاء بصرف النظر عن نوع الإصابة، انطلاقاً منها وُجد في أمهات المعاجم مثال :

"كَبَاد" = إصابة الكبد

"قَلَاب" = إصابة القلب

"جَنَاب" = إصابة الجنب

ب.2 المجاز

ويقصد به "التوسع في المعنى اللغوي لكلمة ما لتحميلها معنى جديداً"؛ أي العَمَد إلى ألفاظ ذوات معانٍ قديمة، واستخدامها للدلالة على مفاهيم جديدة، و تصبح الكلمة في هذه الحالة من المشترك اللفظي. و يتم ذلك بالعودة إلى تراثنا العلمي و المعرفي، بالتنسيق مع الباحثين في هذا المجال: و قد استحدثت مؤخراً لجنة للتراث و التاريخ الطبي بكلية الطب بفاس يمكن التنسيق معها في هذا المجال. وللمجاز وجوه عديدة منها :

الاستعارة : هي استعمال اللفظ في غير معناه المألوف لوجود تشابه في المعنيين و هذا لا يتم إلا بمختص في المجال الطبي و متمكن أيضاً من اللغة العربية.

مثل:

الصيام: يدل على الإمساك مطلقاً ثم قيّد بالتعريف الشرعي للصيام.

الفاطرة: استعمل للدلالة على الناقة التي تقود القطيع ثم أطلق على العربية التي تجر القطار.

الطيارة: كانت تدل على الفرس السريعة ثم استعملت للدلالة على الطائرة.

ب.3 التعريب

تعريب الاسم الأعجمي: أن نتفوه به العرب على مناجها و حصرها الدكتور علي القاسمي في أربعة معان من بينها: نقل

اللفظ الأجنبي إلى العربية دون تغيير "دخيل" أو تغيير ينسجم مع النظام الصوتي و الصرفي.

وقد أتيح تعريب الألفاظ الأجنبية عند الضرورة إذا لم يكن لها نظير في العربية، سواء أكان اللفظ على أوزان العرب أو

لم يكن على أوزانهم، واتضح لعلماء العرب أن ما في العلوم من المصطلحات الغربية العلمية الحديثة عدد بالآلاف، فضلاً

عن أنها تتجدد باستمرار، فإن نحن لم نتوسع في قبولها أغلقنا بأيدينا أبواباً واسعة من تعريب المصطلحات العلمية الغربية

الحديثة، مع ملاحظة أن لغة العلم ليست لغة محلية بل هي لغة عالمية.

مثال:

فيزيولوجيا = physiologie

ب.4 النحت

النحتُ نوع من الاختصار في التعبير، وهو صوغ كلمة من كلمتين أو أكثر مع إمكانية حذف حروف أو قلبها لتسهيل

النطق و الصرف. و قد أدخلنا في إطاره التركيب المزجي الذي يحافظ على كل الحروف في الكلمتين، على سبيل المثال

نجد: "بيضلي" تولدت نتيجة اختصار كلمتين "بين" و "ضلي"

و يمكن النحت من الاستفادة من نقل بعض المصطلحات المشتمة في الفرنسية على السوابق و اللواحق و التي لم يوجد لها

مقابل عربي. وإن كان كثير من الدارسين يرون أن العربية لغة اشتقاقية و ليست إصاقية. و لهذا لم نلجأ إلى هذا السبيل

إلا عند الضرورة. و من بين الضرورات نجد الضرورة الصرفية، فمثلاً: « intra parenchymateux » كان من

الممكن ترجمته بكلمتين "داخل المتن" لكن إضافة « -eux » تضطرننا إلى التصريف، و بالتالي مزج الكلمتين و إضافة

ياء النسب: "داخلمتي"

مثال آخر: "ذات رئة" = pneumonie ذات "رئوي" = pneumonique

ب.5 ترجمة السوابق واللواحق (حيث اعتمدنا على أطروحة الطالبة غزلان السليمانى [2])

و تقصد بها استعمال كلمة للدلالة على معنى متكرر لسابق أو لاحق في اللغة الفرنسية، و تضاف السابقة أو اللاحقة على

شكل ظرف مثل: "ذات" قبل اسم عضو من الأعضاء للدلالة على إلتهاب العضو، أي ما يقابل لاحقة " -ite" في

الفرنسية. مثال: "ذات الرئة"، "ذات الكبد"، "ذات الجنب". و لكن عند التصريف قد ننحتها لتصبح كلمة واحدة. مثال:

"ذات الرئة" = pneumonie

ذات "رئوي" = pneumonique. و هناك ظروف أخرى مثل "فوق" - "تحت" - "داخل" - "خارج" - "خلال"، كما قسمنا

النحت إلى نوعين أساسيين:

نحت بسابقة و أهمها نحت "لا" - "ضد" - "داخل" - "باطن" مثال "ضدحيوي". و نحت بلاحقة و أهمها "لاجية" مثال:

"كيميالاجية"

(انظر الجدول في الملحق)

أو تضاف السابقة أو اللاحقة على شكل نعت أو مضاف إليه: و على سبيل المثال ترجمة كلمة microéveil التي لا يوجد

لها مُقابل في المصادر المذكورة سابقًا، قسّم المصطلح إلى شقيّين "micro" و "éveil" :

مكرويّ = micro

تيقظ = éveil

وبعد ترجمتهما يتم ضم الكلمتان للحصول على مصطلح "تيقظ مكروي"

ب.6 اللهجة العربية المغربية

لاحظنا من خلال بحثنا و لاحظ باحثون آخرون قبلنا أن اللهجة العربية المغربية تحتزن كلمات عربية أصيلة حمتها اللهجة من الإنقراض ولا تستعمل عند إخوتنا في المشرق العربي. و استعمال هذه الكلمات و أصلها العربي يمكن من ضرب عصفورين بحجر واحد أي : ترجمة المصطلح و إمكانية تداوله بمعناه العلمي بين الطبيب و المريض .

مثال :

- "نهيج" dyspnée ، ففي المشرق تستعمل "زلة" والتي قد تفهم بمفهوم الخطأ عندنا.
- "زيّار" oppression thoracique
- "تخيمة" expectoration ، و التي ترادفها كلمة "قشع" في المشرق ، و لها معنى آخر عندنا.
- "غشاء برّاني" adventice ("برّاني" تعني خارجي في لهجتنا و أيضاً في المعاجم العربية).
- جَوّاني intracellulaire ("جوا" تعني الطرف في لهجتنا العامية)

ب.7 استعمال المختصرات :

حدث اتباع هذا النهج جريا على ما يعتمد في اللغات الأجنبية، فقمنا بإدراج مختصرات عربية للمصطلحات المركبة و التي تسهل تداولها لدى طالب الطب و كمثال على ذلك نورد :

"قصاب رئوي انسدادى مزمن" = "قرام" = BPCO . وهو نوع من النحت يمكن من تصريف الكلمة عند الضرورة. فنقول "

"قرامي" أي منسوب إلى القرام BPCO

(أنظر جدول المختصرات في الملحق)

5.2.2 انتقاء المصطلحات المتوفرة عربيا و محليا:

لمراعاة الأسس المنهجية التي وضعناها لتخطي المشكلات الناتجة عن الترجمة العربية و بعد سرد المصطلحات المتوفرة ، فإننا ارتأينا ألا نضع وسط النص المترجم إلا المصطلح الذي يستجيب لأسس المنهجية المتبعة مع إدراج المصطلحات المرادفة الأخرى في حالة تعددها ضمن الملحق اللغوي.

ويراعي في المصطلح المنتقى:

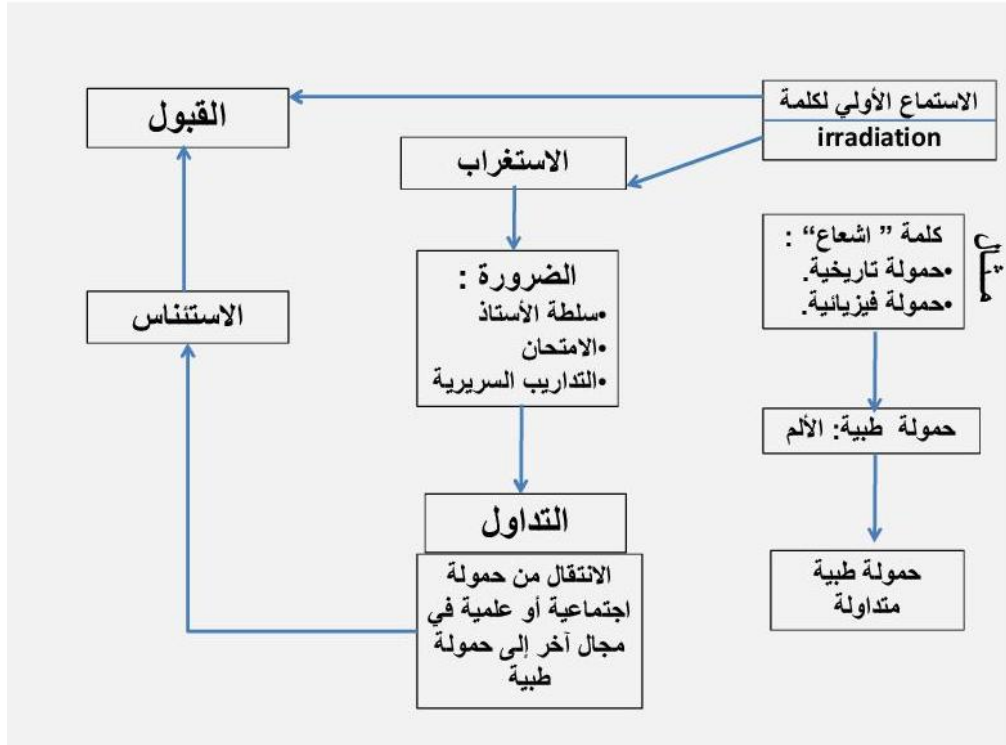
- سهولة التداول .
- المرونة المرورية لتسهيل التعريب في بلادنا و التي تقتضي:
- قربه من المستوى اللغوي العربي للأساتذة و الطلبة.
- المحافظة على المدلول العلمي المتداول في بلادنا و حمولته الفرنسية.

إن أهم معايير الانتقاء تتجلى في:

أ. سهولة التداول:

ليس المشكل الأساسي كامئًا في إيجاد المصطلحات و لكن في غزارتها و معايير اختيار الأصلح منها. و لهذا يعتبر هذا

المعيار من أهم المعايير المستعملة في اللغات الأخرى و الأقرب إلى حمولة الطالب اللغوية و الإجتماعية و الفكرية. ويمر الإستيعاب الذهني و النفسي للمصطلح عند الطالب بعدة مراحل ، نلخصها في الخطاطة التالية:



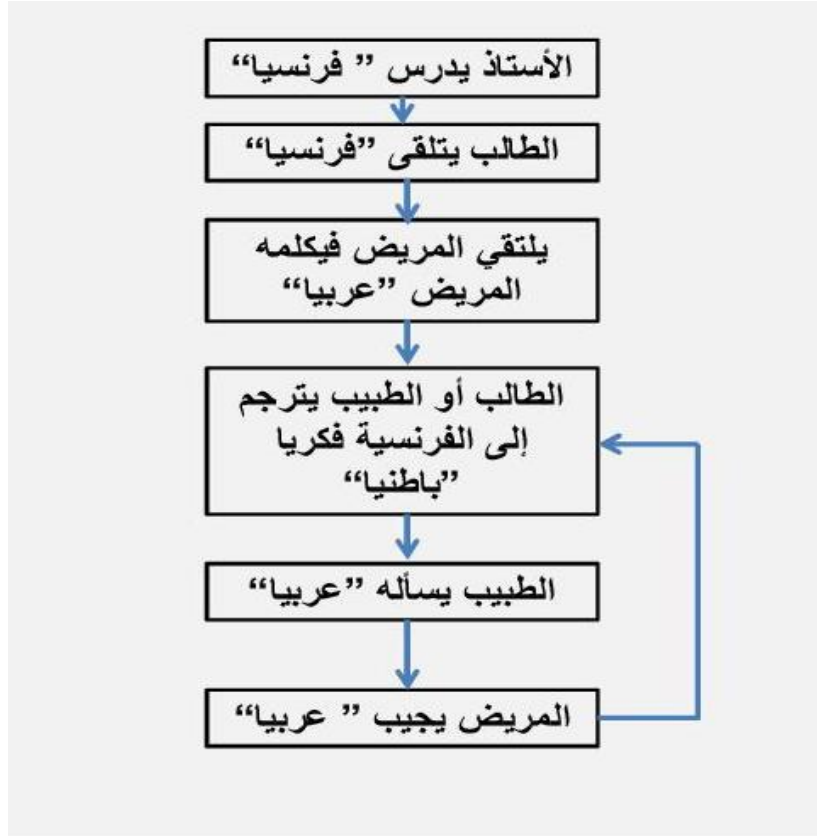
إن المشكل الأساس ليس هو إيجاد المصطلح و لكن تداوله لإعطائه حمولته الجديدة المنوطة به.

ب. المرونة المرحلية لتسهيل التعريب في بلادنا :

إن واقع تدريس الطب في بلادنا و واقع التواصل الطبي بين الأستاذ و الطالب من جهة، و الطبيب و المريض من جهة أخرى، يتطلب منا مرونة مرحلية في تنزيل التعريب و ذلك باستعمال مصطلحات عربية أقرب إلى ذهن كل من الأستاذ و الطالب و الطبيب و كذا المريض المغربي في آن واحد، كلما وجد للمصطلح أصل في اللهجة المغربية مع المحافظة على لفظه اللغوي الفصيح.

دواعيها:

- مستوى اللغة العربية: إن مستوى اللغة العربية يبقى ضعيفا سواءً بالنسبة للملقي (الأستاذ) أو المتلقي (الطالب)، نظراً لغلبة الفرنسية في التدريس الجامعي و التي يبقى مستواها أيضاً هزيباً عند الطالب.
- لغة التواصل: إن المتدخلين في التواصل الطبي يبقون مواطنين مغاربة ، يتواصلون بحمولاتهم الفكرية و الإجتماعية و الثقافية المحلية المرتبطة بلغة التخاطب اليومية البعيدة عن الإطناب اللغوي مع مجهود مزدوج عند الأستاذ و الطالب ، لضرورة استنفاد جهد ذهني أكثر مع احتمال أكبر للخطأ عند الترجمة باستعمال ألفاظ غير متفق عليها مسبقاً . فكل المراحل الظاهرة في تواصل الطبيب مع المريض تتم عربياً "باللهجة العربية المغربية" بينما المراحل الذهنية الخفية تتم عن طريق الترجمة:



إن التعريب الطبي يقتضي مرونة مرحلية باستعمال المصطلحات الأقرب إلى فهم المستعمل المغربي ولهجته العامية.

3. صياغة الدروس باللغة العربية:

1.3 اعتماد أمهات قواميس اللغة العربية:

ذلك من أجل صياغة النص السردي أو المصطلحات ذات حمولة ثقافية جزئياً أو كلياً. وهنا كان لابد من اللجوء إلى المعاجم اللغوية

لاستكمال ترجمة الدروس بشكل جيد دون إطناب لغوي نذكر منها:

"قاموس ومعجم المعاني" وهو قاموس متعدد اللغات والمجالات.

"موقع الباحث العربي" الذي يضم 5 قواميس يبحث فيها بشكل متزامن: لسان العرب - مقاييس اللغة - الصحاح في اللغة - القاموس المحيط - العباب الزاخر.

المكتبة الشاملة وتحتوي على مجموعة من الكتب من بينها بعض المعاجم التي تم الإستعانة بها، إضافة إلى كتب طبية كالقانون في الطب لابن سينا، والحاوي في الطب لأبو بكر الرازي.

2.3 مكونات الدرس:

وهو يحتوي على عنوان و محتوى يختلف باختلاف طبيعة الدرس:

فمثلاً في علم الأعراض نجد:

- المعارف المسبقة
- الأهداف
- مقدمة/تعريف.
- الإعراضية/الإمراضية

- علم الأعراض السريرية (الإستجاب، الفحص السريري)
- علم الأعراض المشعاعية
- التوجه السببي والخصائص العرضية.
- مفاهيم طبية (على الهامش)

أما في الملفات الطبية فتشترك في النقاط التالية د:

- تعريف المريض
- سبب الإستشفاء
- السوابق المرضية
- التاريخ المرضي
- الفحص السريري
- الفحوص التكميلية
- الملخص المشعاعي السريري
- التخيصات الممكنة
- تدبير الحالة
- المراقبة والتطور
- قرار خروج المريض ووصفة الدواء.

3.3 إدراج المصطلح الفرنسي مقابل المصطلح العربي الذي تم اختياره حسب المعايير التي ذكرناها سالفًا.

مع مراعاة إن كان المصطلح مركبًا أن لا نضع إلا المصطلح الفرنسي ذي حمولة علمية صرفة و نتجنب كتابة المقابل الفرنسي للكلمات التي يمكن فهمها نظرًا لتداولها السهل و محافظتها على المعنى السردي.

مثال:

" صدر قصير و متسع thorax bréviligne، بزيادة قطره الأمامي الخلفي ثم الأفقي أو على العكس صدر طويل longiligne بزيادة قطره العمودي"

4.مراجعة الترجمة :

1.4المراجعة اللغوية للترجمة:

لقد قام أستاذ خبير في اللغة العربية بتنقيح النص و تصحيح بعض الأخطاء اللغوية الشائعة في النص العلمي، مع مراعاة الصياغة الأسلوبية السليمة قصد أداء المعنى دون أن يلتبس الأمر على القارئ أو السامع.

2.4المراجعة المصطلحية:

حيث قام الأستاذ الطبيب "محمد اليباز" أستاذ مختص في طب الجهاز التنفسي، وله دراية واسعة في مجال المصطلح بمراجعة مصطلحية دقيقة للمفاهيم الطبية الواردة في الأطروحة اعتمادا على مجموعة من المصادر المختلفة في هذا المجال.

3.4المراجعة العلمية للترجمة:

عند إتمام ترجمة كل جزء من الأطروحة ، تسلم للأستاذ "ذ. بنجلون البشير" (أستاذ متخصص في الجراحة العامة)

المسودات لإعادة قراءتها علمياً وتصحيحها و انتقاء المصطلحات التي تستجيب للمعايير السابقة، ثم تؤخذ بعين الإعتبار الملاحظات والتصحيحات، لتعاد الصياغة من جديد.

5. جمع المصطلحات في معجم فرنسي عربي لمصطلحات الجراحة العامة:

وتطلبت هذه المرحلة القيام بعملية استخلاص المصطلحات الواردة في الدروس ووضع مرادفاتهما باللغة العربية، وذلك قصد تكوين معجم ميسر للطالب وموضح للمصطلحات الطبية عند قراءة المقرر باللغة العربية، مع إضافة مجموعة من المصطلحات المستعملة في الإستعمال اليومي، كما كان ترتيب المصطلحات في معجم رتب حسب الحروف (A-Z) باللغة الفرنسية: حيث نضع بالإضافة إلى المصطلح العربي الذي وضع داخل النص الترجمات الأخرى التي وجدناها في مصادر مخالفة مع ايضاح مصدر المصطلح، أو إن كان مصطلحاً قمنا بتوليده. كما أضفنا معجماً خاصاً بالسوابق واللواحق الفرنسية و ترجمتها.

1	المعجم الطبي الموحد
2	الأطروحات المغربية
3	مصطلحات مولدة في الأطروحة

6. صياغة الملفات الطبية :

ويتعلق الأمر بكتابة ملفات طبية خاصة بكل درس، حيث اعتمدنا من حيث الشكل على أطروحة الطالب علي الشاذلي "تعريب الملف الطبي : تدبير مرضى مصلحة الجهاز التنفسي نموذجاً"، ومن حيث المضمون على الدروس المترجمة، وعلى بعض دروس علم الأمراض الجراحية للجهاز الهضمي.

7. أمثلة لتدبير حالات سريرية

وينعلق الأمر بسرد مجموعة من الحالات السريرية تعالج بعض الأمراض الأكثر إنتشاراً كذات الصفاق والإنسداد المعوي الحاد وغيرها.

8. إضافات منهجية.

- كتابة النسخة الفرنسية من الدروس كاملة تليها النسخة العربية، كي يسهل للطالب عملية التعلم والفهم الصحيح للدروس، ويسهل على الأستاذ عملية التواصل مع الطالب.
- إضافة مفاهيم طبية تشرح مجموعة من المصطلحات الطبية باللغة العربية.
- إضافة ملحق لغوي شامل، حيث قمنا بإدراج المصطلحات المولدة في الأطروحتين السابقتين وما قبل ومصطلحات المعجم الطبي الموحد ووضعها في العمود الأول، كما قمنا بوضع المصطلحات المولدة في أطروحتنا في العمود الثاني، ليحمل العمود الثالث المصطلحات الفرنسية.
- بالنسبة للكلمات ذات عدة معاني حسب المفهوم، تم إدراج الكلمة ثم أمثلة عن المفاهيم تحتها ومقابل عربي لكل مفهوم.

الباب الأول: علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي

Introduction

1. Introduction

Ce cours est l'un des quatre sous module formant le module sémiologie chirurgicale (sémiologie digestive, sémiologie traumatologique, sémiologie urologique, sémiologie vasculaire).

2. But du cours

Ce cours vise à faire acquérir aux étudiants les compétences théoriques et pratiques dans le domaine de la sémiologie digestive chirurgicale, en leur permettant d'acquérir la manière de relever un signe clinique (interrogatoire, examen physique) et d'analyser ce signe pour lui donner un sens c'est à dire une signification diagnostique

3. Les objectifs d'apprentissage

3.1. Objectifs généraux

Au terme de ce cours l'étudiant doit être capable de :

1. Maîtriser la technique de l'interrogatoire clinique en pathologie chirurgicale digestive pour transformer un symptôme (allégué par le patient) en signe à valeur diagnostique, M la technique de l'examen physique des patients selon aitriser une approche. M la technique de l'examen physique des patients selon une approche topographique, ou fonctionnelle, a le signe clinique relevé par l'interrogatoire et l'examen nalyser physique pour aller du signe au sens du signe,
2. évaluer la situation clinique pour reconnaître les grands

syndromes dans le domaine des urgences chirurgicales digestives,

3. initiation au raisonnement clinique : le recueil des signes en constitue la première étape et préparation des étudiants aux cours de pathologie chirurgicale.

3.2. Programme et objectifs spécifique

Cours n°1 : Diagnostic d'une douleur abdominale aiguë de l'adulte/Durée : 1 h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer brièvement l'apport des données recueillies par un interrogatoire clinique mené de manière systématique devant une douleur abdominale aiguë). - Décrire la technique et les principaux signes cliniques que peut relever l'examen physique devant une douleur abdominale aiguë. - Organiser les données cliniques selon une orientation étiologique . 	<ul style="list-style-type: none"> - Données à rechercher systématiquement par Interrogatoire pour donner un sens à une douleur abdominale aiguë : liste de 13 questions. - Comment conduire l'examen clinique et quel signe particulier à rechercher dans ce contexte d'urgence. - Sémiologie analytique : regrouper les différentes données recueillies selon des vignettes évocatrices: abdomen aigu fébrile, abdomen aigu occlus, abdomen aigu hémorragique, abdomen aigu ischémique.
Cours n°2 : Les péritonites aiguës/Durée : 1h 15mn	
Objectifs :	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer les principaux faits et conséquences physiopathologiques au cours d'une péritonite aiguë. - Reconnaître au cours d'un abdomen aigu les signes cliniques et para cliniques d'une péritonite aiguë. - Identifier devant une péritonite aiguë les signes permettant d'orienter vers l'origine de la péritonite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etiopathogénie des péritonites et processus immuno-inflammatoire au cours d'une péritonite. - Conséquence sur les grandes fonctions de l'organisme : les défaillances viscérales et métaboliques. - Signes cliniques d'une péritonite : le syndrome péritonéal. - Particularités sémiologiques des principales péritonites : ulcéreuse, appendiculaire gynécologique.
Cours n°3 : Les occlusions intestinales aiguës/Durée : 1h 15mn	
Objectifs :	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Illustrer par des exemples les différents mécanismes d'une occlusion intestinale aiguë. - Expliquer de manière schématique les principaux faits physiopathologiques et leurs conséquences au cours d'une occlusion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusion mécanique ≠ occlusion fonctionnelle. - Occlusion par strangulation ≠ occlusion par obstruction. - Physiopathologie d'une occlusion et explication des signes du syndrome occlusif. - Signes fonctionnels d'une OIA. - Signes physiques d'une OIA.

<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiquer une occlusion intestinale sur l'anamnèse, les signes de l'examen physique et les données de l'ASP. - Identifier au cours d'une OIA les signes permettant d'évoquer son mécanisme. - Distinguer cliniquement et par l'ASP une occlusion grêlique d'une occlusion colique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes radiologiques d'une OIA. - Signes cliniques et radiologique d'une occlusion du grêle et d'une occlusion du colon : tableau comparatif - Signes cliniques et radiologiques d'une occlusion par strangulation et d'une occlusion par obstruction : tableau comparatif.
Cours n°4 : Les hémorragies internes/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître cliniquement une hémorragie interne. - Evaluer par la clinique et les examens para clinique la gravité d'une hémorragie interne. - Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémopéritoine. - Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémothorax. - Enumérer les étiologies des hémorragies internes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Circonstances cliniques devant lesquelles une hémorragie interne doit être évoquée de principe. - Signes généraux et fonctionnels d'une hémorragie interne. - Signes de l'examen physique d'une hémorragie interne : signes cutanés, signes cardiovasculaires, signes respiratoires, signes urinaires, signes neurosensoriels. - Estimation de la perte sanguine et évaluation de la gravité de la situation. - Particularités sémiologiques des principales situations rencontrées en clinique : hémopéritoine, hémothorax, saignement d'origine gynécologique
Cours n°5 : Les traumatismes de l'abdomen/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir les principaux termes employés en traumatologie abdominale. - Relever les signes cliniques évoquant un traumatisme de l'abdomen. - Relever les signes d'alarme traumatique imposant l'hospitalisation. - Evaluer immédiatement par la clinique l'état d'un blessé pour reconnaître une urgence vitale. - Evaluer secondairement par la clinique l'état d'un traumatisé de l'abdomen. - Décrire les principaux tableaux cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction définition et ampleur du problème. - Définition des termes : contusion, plaie, plaie pénétrante ou non pénétrante, mécanisme direct ou indirect. - Approche général et méthodique d'un traumatisé de l'abdomen : <ul style="list-style-type: none"> • Quel malade doit-on hospitaliser ? • Critères d'alarme traumatique - Evaluer les grandes fonctions et reconnaître les situations nécessitant un geste urgent. - Examen méthodique en dehors de l'urgence. - Principaux tableaux cliniques: tableaux évidents: (hémorragie interne, péritonite), tableau incertain.

Cours n°6 : Les masses palpables de l'abdomen/ Durée : 1h 15mn	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les signes d'appel d'une masse abdominale. - Décrire la technique de l'examen clinique et les éléments à préciser devant une masse abdominale. - Identifier les caractéristiques cliniques des masses palpables de l'abdomen selon leur origine : rate, rein, foie, vésicule biliaire, pancréas, Gynécologique, péritoine, paroi, anévrysme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'une masse abdominale, masse abdomino pelvienne, tumeur abdominale. - Interrogatoire clinique d'un patient présentant une masse abdominale: données concernant le patient lui-même, données concernant la masse. - Conditions de l'examen clinique pour l'examen d'une masse abdominale notamment pour éliminer ce qui n'est pas une masse abdominale : grossesse, fécalome, globe vésicale. - Éléments à rechercher par l'inspection - Caractéristiques palpatoires à rechercher devant une masse abdominale - particularité sémiologique d'une masse d'origine hépatique, vésiculaire, rénale, splénique, pariétale, péritonéale, colique
Cours n°7 : Sémiologie générale des tumeurs/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir les termes : tumeur, tumeur bénigne, tumeur maligne, pseudotumeur. - Emmêtrer l'hypothèse d'une tumeur devant un syndrome d'altération de l'état général. - Illustrer par des exemples le diagnostic d'une tumeur par un syndrome endocrinien. - Expliquer par des exemples ce que c'est un syndrome tumoral. - Définir le syndrome paraneoplasique. - Organiser les données cliniques en syndromes : général, hormonal, tumoral, paraneoplasique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définitions : tumeur, masse, cancer, Caractères distinctifs entre tumeur bénigne et tumeur maligne : tableau comparatif. - Le syndrome général. - Le Syndrome endocrinien: hormones, polypeptides - Le Syndrome tumoral. - Syndrome paraneoplasique : clinique, radiologique, biologique.
Cours n°8 : Les ictères rétentionnels/ Durée : 1h 15mn	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer de manière schématique les conséquences physiopathologiques d'un obstacle sur les voies biliaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Physiopathologie de l'ictère obstructif.

<ul style="list-style-type: none"> - Identifier chez un malade présentant un ictère les signes orientant vers sa nature obstructive. - Situer le niveau de l'obstacle à la lumière des données cliniques et radiologiques. - Identifier les signes en faveur de la nature lithiasique, ou tumorale de l'obstacle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes cliniques d'un ictère choléstatique. - Le syndrome biologique de la cholestase. - Signes échographiques de l'ictère choléstatique. - Signes tomodynamométrique. - Sémiologie IRM. - Principales étiologies
--	--

Cours n° : 9 Hernies et éventration de la paroi abdominale/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Définir : une hernie, une éventration, une éviscération. - Mener correctement l'examen clinique d'un patient présentant une hernie de l'aine. - Diagnostiquer cliniquement une hernie de l'aine non compliquée. - Préciser les éléments cliniques aidant à différencier le type anatomique de la hernie l'aine. - connaître les signes cliniques d'une hernie étranglée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définitions : hernie, éventration, éviscération. - Hernies de l'aine : Interrogatoire, Examen physique (Inspection, Palpation, examen des orifices inguinal et crural, examen systématique des autres orifices herniaires). - Caractéristiques sémiologiques d'une hernie non compliquée. - Formes anatomiques de la hernie de l'aine : hernie inguinale, hernie crurale. - signes cliniques d'une hernie de l'aine étranglée.
Cours n°:10 Sémiologie proctologique/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Mener correctement l'examen clinique en proctologie. - Décrire les différents signes fonctionnels en proctologie. - Définir les principales affections proctologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prérequis : Anatomie de l'anus et plancher pelvien. - Examen proctologique: conditions, inspection, Toucher rectal. - Interrogatoire : signes fonctionnels en proctologie. - Principales affections proctologiques (Hémorroïdes, fissure anale, fistule anale, sinus pilonidal).
Cours n°:11 Infection chirurgicale aiguë des parties molles/ Durée : 1h	
Objectifs	Contenus essentiels
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître cliniquement une inflammation suppurée des parties molles : abcès chaud, panaris et phlegmon de la main. - Décrire les signes cliniques de la gangrène gazeuse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infection suppurée des parties molles, description d'un abcès chaud : type de description de l'abcès de la fesse. - Cas particuliers fréquents : le panaris, le phlegmon de la main. - infection nécrosante des parties molles : type de description : la gangrène gazeuse.

4. Les méthodes d'enseignement et les activités d'apprentissage

Méthodes d'enseignement

- Cours intégré en petit groupe au sein d'un Service de Chirurgie.
- Stages de sémiologie dans un service de chirurgie.

Méthodes d'apprentissage :

- Préparation et lecture préalable du cours.
- Cours en petit groupe : cas clinique réel ou dossier de patient illustrant aux référentiels notamment le polycopié de sémiologie.

توطئة

1. مقدمة :

- هذا المقرر هو واحد من 4 وحدات ثانوية تشكل وحدة علم الأعراض الجراحي (علم أعراض الجهاز الهضمي، علم أعراض الرضوخ-وتقويم العظام، علم أعراض المسالك البولية، علم أعراض الأوعية الدموية).

2. هدف المقرر :

- يهدف هذا المقرر إلى تعليم الطلبة المهارات النظرية والتطبيقية في مجال علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي، والذي يتيح لهم اكتساب طريقة استخراج العلامات السريرية (من خلال الإستجواب، الفحص السريري)، وتحليل هذه العلامات لإعطائها دلالة تشخيصية.

3. أهداف التعلم :

❖ أهداف عامة :

في نهاية هذا المقرر يجب أن يكون الطالب قادرا على :

- إتقان تقنية الإستجواب والفحص السريري في علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي لتحويل عرض (مزعوم من طرف المريض) إلى علامة لها قيمة تشخيصية.
- إتقان تقنية الفحص السريري للمرضى وفقا لمنهج طبوغرافي أو وظيفي.
- تحليل العلامات السريرية المستخرجة بواسطة الإستجواب والفحص السريري للوصول إلى دلالة العلامة (للذهاب من العلامة إلى معناها أو دلالتها).
- تقييم الحالة السريرية لمعرفة المتلازمات الكبرى في حالات الطوارئ الجراحية الهضمية.
- بداية التفكير المنطقي(....) : جمع العلامات هو الخطوة الأولى، مع إعداد الطلبة لمقرر أمراض الجهاز الهضمي.

❖ البرنامج والأهداف الخاصة :

4. طرق التعليم وأنشطة التعلم :

❖ طرق التعليم :- دورات مدمجة على شكل مجموعات صغيرة بقسم الجراحة.

- تدرييب إستشفائية لعلم الأعراض بقسم الجراحة .

❖ طرق التعلم :- إعداد وقراءة مسابقة للمقرر.

- دورات في مجموعة صغيرة : حالات سريرية حقيقية، أو سجلات المرضى المستودعة،

وخاصة مقرر علم الأعراض+++.

**مفاهيم طبية :

- التمثيل: هو الشرح بأمثلة لحالة مرضية.
- المصداء: من الصدى وهي آلة تستعمل الفحص بالصدى لتصوير الجسم.
- المرنان: من الإرنان وهي آلة تستعمل الرنين المغناطيسي للحصول على تصوير مقطعي للجسم.
- المميزات: العناصر المساعدة على تمييز نوع من الأمراض.

الدرس الأول : تشخيص آلام البطن الحاد عند الشخص البالغ	
الأهداف	المحتوى الأساسي
<p>*شرح بيجاز مساهمة البيانات المأخوذة من الاستجواب والفحص السريري أمام آلام البطن الحاد. والعلامات السريرية المستخرجة من الفحص السريري أمام آلام البطن الحاد. *تنظيم البيانات السريرية اعتمادا على الأسباب الموجهة.</p>	<p>*البحث المنهجي عن المعلومات التي تعطي معنى لآلم البطن الحاد من خلال الاستجواب : قائمة من 13 سؤالا. *كيفية إجراء الفحص السريري، والبحث عن العلامة الخاصة في حالة الطوارئ. *علم الأمراض التحليلي : ترتيب مختلف المعطيات المستخلصة وفق الحالات الدلالية : البطن الحاد المحموم، البطن الحاد المسدود، البطن الحاد النزفي، البطن الحاد الإقفاري.</p>
الدرس الثاني : ذات الصفاق الحاد	
<p>*شرح أهم الأحداث والنتائج الإعراضية أثناء ذات الصفاق الحاد. *معرفة العلامات السريرية و اللاسريرية لذات الصفاق الحاد أمام بطن حاد. *تحديد العلامات الموجهة إلى أصل ذات الصفاق أمام ذات الصفاق الحاد.</p>	<p>*إمراضية ذات الصفاق، والظواهر المناعية الإلتهابية أثناء ذات الصفاق. *نتائج ذات الصفاق على الوظائف الكبرى للجسم : فشل الأعضاء الحشوية والإستقلابية. *العلامات السريرية ذات الصفاق : متلازمة صفاقية. * الخصائص العرضية لأهم أسباب ذات الصفاق: تقرحية، زاندية، نسانية.</p>
الدرس الثالث : الإنسداد المعوي الحاد	
<p>*تمثيل مختلف آليات الإنسداد المعوي الحاد. *شرح أهم الأحداث الإعراضية** ونتائجها بشكل ترسمي أثناء الإنسداد المعوي الحاد. *تشخيص الإنسداد المعوي اعتمادا على الاستجواب، علامات الفحص السريري، ومعطيات مشعاعية البطن اللامعدة. *تحديد العلامات الموجهة إلى آليات الإنسداد المعوي الحاد. *التفريق بين الإنسداد المعوي/ القولوني سريريا و لا سريريا (باستعمال مشعاعية البطن اللامعدة**ASP).</p>	<p>*الإنسداد الميكانيكي# الإنسداد الوظيفي. *الإنسداد الإختناقي# الإنسداد التوقفي. *إعتلالية الإنسداد مع شرح علامات المتلازمة الإنسدادية. *العلامات الوظيفية للإنسداد المعوي الحاد. *العلامات البدنية للإنسداد المعوي الحاد. *العلامات الإشعاعية للإنسداد المعوي الحاد. *العلامات السريرية والإشعاعية للإنسداد المعوي وللإنسداد القولوني. *العلامات السريرية و الإشعاعية للإنسداد الإختناقي وللإنسداد التوقفي (جدول مقارنة).</p>
الدرس الرابع : النزف الداخلي	
<p>*معرفة النزف الداخلي سريريا. *تقييم شدة النزف الداخلي سريريا ولاسريريا. *تحديد العلامات السريرية واللاسرييرية لتدمي الصفاق. *تحديد العلامت السريرية واللاسرييرية لتدمي الجنبية. *تحديد مسببات النزف الداخلي.</p>	<p>*الظروف السريرية التي توجه الطبيب إلى إستحضار النزف الداخلي. *العلامات العامة والوظيفية للنزف الداخلي. *علامات الفحص السريري للنزف الداخلي : علامات جلدية، علامات قلب عرقية، علامات تنفسية، علامات بولية، علامات عصب-حسية. *تقدير حجم الدم المفقود، وتقييم خطورة الحالة. *الخصائص العرضية لأهم الحالات التي يواجهها الطبيب أثناء الفحص السريري : تدمي الصفاق، تدمي الجنبية، نزف نساني.</p>
الدرس الخامس : رضوخ البطن	
<p>*تعريف المصطلحات الأساسية المستعملة في طب الرضوخ البطني. *إستخراج العلامات السريرية الدالة على رضخ البطن. *إستخراج علامات الخطر الرضخية الموجبة للإستشفاء. *التقييم الفوري لحالة المصاب سريريا لمعرفة حالة الطوارئ الحيوية. *وصف أهم الصور السريرية.</p>	<p>*مقدمة : تعريف، ونطاق المشكل. *تعريف المصطلحات :كدمة، جرح نافذ أو غير نافذ، آلية مباشرة/ غير مباشرة. *التدبير العام والمنهجي لرضخ بطني. *من هو المريض الواجب دخوله إلى المستشفى؟ *معايير الإنذار الرضخية. *تقييم الوظائف الكبرى : معرفة الحالات المحتاجة إلى إجراءات مستعجلة. *الفحص المنهجي خارج حالة الطوارئ. *أهم المظاهر السريرية : الصور الجلدية (نزف داخلي، ذات الصفاق)، والصور اللاموعدة.</p>

الدرس السادس : الكتل المجسوسة للبطن	
<p>*وصف علامات النداء لكتلة بطنية. *وصف تقنية الفحص السريري والعناصر التي يجب تحديدها أمام كتلة بطنية. *تعريف الخاصيات السريرية للكتل المجسوسة وفقا لأصل هذه الكتل.</p>	<p>*تعريف كتلة بطنية، بطن حوضية، ورم بطني. *الإستجواب السريري لمريض يعاني من كتلة بطنية : المعطيات المتعلقة بالمريض، المعطيات المتعلقة بالكتلة. *شروط القيام بالفحص السريري لكتلة بطنية خاصة من أجل استبعاد ما ليس بكتلة بطنية: حمل، كتلة برازية، كرة مثانية. *العناصر المبحوث عنها بواسطة المعاينة. *الخصائص الجسدية التي يبحث عنها الطبيب أمام كتلة بطنية. * الخصائص العرضية لكتلة من أصل كبدية، حويصلي، كلوي، طحالي، جداري، صفاقي، قولوني.</p>
الدرس السابع : العلامات العامة للأورام	
<p>*تعريف: ورم، كتلة، سرطان. *المعايير التفريقية بين ورم حميد وورم خبيث (جدول مقارن). *متلازمة عامة. *متلازمة صماوية (هرمونات، بيببتيدات). *متلازمة الجارورمية: الفحص السريري، الإشعاعي، البيولوجي.</p>	<p>*تعريف المصطلحات التالية : ورم، ورم حميد، ورم خبيث، ورم كاذب. *وضع فرضية وجود ورم أمام عدم البدن**. *تمثيل طريقة تشخيص حالة ورم بواسطة متلازمة صماوية (Syndrome endocrinien). *تمثيل متلازمة الورم. *تعريف متلازمة الجارورمية*Syndrome paranéoplasie</p>
الدرس الثامن : اليرقان السدي	
<p>*إعتلاية اليرقان السدي**. *العلامات العامة لليرقان الركودي. *المتلازمة البيولوجية للركود الصفراوي (cholésttase) *العلامات المصدانية لليرقان الركودي. *العلامات المفراسية**. *الأعراس المرثانية**. *الأسباب الرئيسية.</p>	<p>*شرح النتائج الإعراضية لحاجز على مستوى القنوات الصفراوية بشكل ترسيمي. *تعريف العلامات الموجهة نحو الطبيعة الإنسدادية (ركود صفروي) عند مريض مصاب باليرقان. *تحديد موضع الحاجز في ضوء المعطيات السريرية و الإشعاعية. *تحديد العلامات الدالة على الطبيعة الحصوية أو الورمية للحاجز.</p>
الدرس التاسع : فتوق إندهاقات البطن	
<p>*تعريف : فتق، إندهاق، إستفراغ الأحشاء. *الإجراء الصحيح للفحص السريري لمريض مصاب بفتق أربي. *التشخيص السريري للفتق الأربي الغير مضاعف. *تحديد مميزات** النوع التشريحي للفتق الأربي. *معرفة العلامات السريرية لفتق إختناقي.</p>	<p>*تعريف : الفتق، الإندهاق، إستفراغ الأحشاء. *الإجراء الصحيح للفحص السريري لمريض مصاب بفتق أربي. *التشخيص السريري للفتق الأربي الغير مضاعف. *تحديد مميزات** النوع التشريحي للفتق الأربي. *معرفة العلامات السريرية لفتق إختناقي.</p>
الدرس العاشر : علم أعراض المستقيم والشرح	
<p>*المعارف المسبقة : تشريح الشرج وقاع الحوض. *فحص المستقيم والشرح : الشروط، المعاينة، اللمس المستقيمي. *الإستجواب، العلامات الوظيفية في طب المستقيم والشرح. *الإعتلالات الرئيسية في طب المستقيم والشرح : البواسير، شقاق شرجي، ناسور شرجي، جيب شعري ملتهب.</p>	<p>*الإجراء الصحيح للفحص السريري في طب المستقيم والشرح. *وصف مختلف العلامات الوظيفية في طب المستقيم والشرح. *تعريف الإصابات الرئيسية في طب المستقيم والشرح.</p>
الدرس الحادي عشر : التعففات الجراحية الحادة للأجزاء اللينة	
<p>*التعفن التقيحي للأجزاء اللينة : وصف خراج ساخن: نموج الوصف لخراج الإلية. *كثرة الحالات الخاصة : داحس، فلغمون اليد. *التعفن الناخر للأجزاء اللينة : نموج الوصف : غنغرينا غازية.</p>	<p>*التعفن على إتهاب تقيحي للأجزاء اللينة سريريا : خراج ساخن، داحس، فلغمون اليد. *وصف العلامات السريرية للغنغرينا الغازية.</p>

الفصل الأول:

DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE DE L'ADULTE

Prérequis : Anatomie topographique de l'abdomen : 9 quadrants

Objectifs :

- Expliquer brièvement l'apport des données recueillies par un interrogatoire clinique mené de manière systématique devant une douleur abdominale aigue,
- Décrire la technique et les principaux signes cliniques que peut relever l'examen physique devant une douleur abdominale aigue,
 - Organiser les données cliniques selon une orientation étiologique.

I. INTRODUCTION

Motif de consultation fréquent, la douleur abdominale aigue est une douleur d'apparition brutale qui dure moins de sept jours. Une douleur abdominale aiguë n'est pas toujours d'origine digestive mais, elle peut aussi avoir une cause urologique, vasculaire voir même extrabdominale (thoracique, neurologique ou métabolique).

II. EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique ne se limite pas à l'abdomen mais doit être complet. Il doit être approfondi, pertinent et rigoureux: il permet d'identifier les patients devant nécessiter un simple traitement ambulatoire ou au contraire une hospitalisation pour intervention

chirurgicale en urgence ou exploration et surveillance.

II.1. Interrogatoire +++:

II.1.1. doit préciser les caractéristiques sémiologiques de la douleur

1. **Siège** : c'est un élément important dans l'orientation étiologique : il existe une correspondance très probante entre le siège de la douleur sur un quadrant de la paroi abdominale et la projection anatomique des organes sous jacents. Le Siège initial de la douleur peut être différent de son siège au moment de l'examen.
2. **Irradiation:** dans ce contexte certaines irradiations son évocatrices du diagnostic
 - Irradiation dorsale évoque une origine pancréatique ou anévrisme de l'aorte,
 - Irradiation scapulaire droite : origine hépatobiliaire
 - Irradiation scapulaire gauche : un hémopéritoine
 - Irradiation vers les organes génitaux externes : Origine rénale,
 - Irradiation vers les fosses lombaires :(appendicite rétro-caecale ou Pathologie annexielle chez la femme).
3. **Mode de début** : l'installation de la douleur peut être rapide en quelques minutes ou progressive. Une douleur brutale dont le patient peut préciser l'instant exact est souvent en rapport avec une lésion grave.
4. **Type** : Crampe, brulures, torsion, pesanteur
5. **Horaire par rapport aux repas** : Postprandiale ou au moment des repas.

6. Évolution dans le temps : une douleur abdominale aigue peut

être :

- Permanente : empêchant le sommeil comme dans les péritonites,
- Intermittente voir rythmée dans la journée : ulcère gastroduodéal, colique hépatique,
 - Paroxystique sans accalmie (colique néphrétique), ou avec accalmie (ischémie mésentérique, occlusion par obstruction).

7. Intensité: Les douleurs intenses et permanentes correspondent habituellement à des lésions graves cependant l'intensité de la douleur n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité du processus pathologique. En effet le seuil de perception de la douleur varie d'un individu à l'autre.

8. Facteurs déclenchant :

- Effort physique.....étranglement herniaire
- Effort de défécation.....perforation diverticulaire
- Restriction hydrique.....colique néphrétique
- Repas riche en graisse.....colique hépatique
- Ingestion d'alcoolpancréatite
- Prise d'anti inflammatoire.....ulcère gastroduodéal

9. Facteurs aggravant : la toux et les mouvements aggravent la douleur de la péritonite et de l'appendicite.

10. Facteurs de soulagement : émission de gaz, alimentation, vomissement, position.

11. Signes associés : ont une très grande valeur d'orientation
Signes généraux (amaigrissement, anorexie...

Signes digestifs : nausées, vomissements, troubles du transit (diarrhée, Constipation), hémorragie digestive

Signes gynécologiques : métrorragie, aménorrhée.

II.1.2. À l'interrogatoire on doit préciser aussi

- Les circonstances révélatrices : notion de traumatisme par exemple.
- Antécédents : épisode identique, antécédents (médicaux, chirurgicaux et gynécologiques), prise médicamenteuse (AINS, Anticoagulants...).

II.2. Examen physique

II.2.1. Signes d'appréciation de l'état général :

- Une pâleur extrême évoque une spoliation sanguine,
- Un ictère oriente vers une cause hépatobiliaire,
- Une agitation extrême évoque un obstacle urétéral ou biliaire,
- Une cyanose oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique,
- Une fièvre (au-delà de 38,5 °C) oriente vers un foyer suppuré,
- Un pouls petit et filant évoque un collapsus (cf choc).

II.2.2. EXAMEN DE L'ABDOMEN

• Technique

L'examen de l'abdomen s'effectue sur un patient calme, détendu, allongé sur le dos, tête à plat, jambes semi-fléchies, les mains le long du corps et si possible après miction.

Les mains de l'examineur doivent être réchauffées, la palpation doit débiter par les zones les moins douloureuses.

• Principaux signes à rechercher

- **A l'inspection**

Une asymétrie de la respiration abdominale, une distension, une cicatrice, des ondulations péristaltiques.

- **A la palpation**

Le siège de la douleur provoquée

L'importance de la réaction pariétale. Il peut s'agir d'une défense (la paroi se raidit par contraction musculaire à la pression) ou d'une vraie contracture (rigidité invincible des muscles grands droits spontanée et généralisée) traduisant l'irritation permanente du péritoine.

- **A la percussion**

Météorisme ou tympanisme avec disparition de la matité pré hépatique
Epanchement liquide se traduisant par une matité déclive des flancs, la matité d'un globe vésical

- **A l'auscultation**

Un silence abdominal traduisant un iléus paralytique, ou au contraire une exagération des bruits hydro-aériques qui sont intenses traduisant une obstruction)

On recherche aussi un souffle vasculaire (masse compressive, sténose, anévrisme).

- **Touchers pelviens**

Au toucher rectal on recherche la présence des selles, une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas, une sténose ou une masse prolabée et apprécie aussi l'état de la prostate.

Au toucher vaginal on recherche une douleur à la mobilisation

utérine ou une masse annexielle et apprécie le col, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

- **Palpation des orifices herniaires** doit être systématique en cas de douleur d'un syndrome occlusif (à la recherche d'une hernie étranglée)

III. ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES

On peut schématiquement décrire :

III.1. L'abdomen aigu infecté (ou fébrile)

Associant : douleur, fièvre, signes péritonéaux à type de défense ou de contracture : plusieurs causes sont à évoquer en premier lieu selon le siège de la douleur

- HCD : Cholécystite, angiocholite (en cas d'ictère associé) ou abcès hépatique.
- Epigastre : Pancréatite si irradiation postérieure = douleur transfixiante, UGD ou gastrite (hémorragie digestive, prise de médicaments gastrottoxiques),
- FID : appendicite, FIG : sigmoïdite diverticulaire,
- Fosses lombaires : Pyélonéphrite aiguë,
- Diffuses : Péritonite (ventre de bois).

III.2. L'abdomen aigu occlus

Associant douleurs diffuses, signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal.

III.3. L'abdomen aigu hémorragique

Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée dont le diagnostic est alors facile ou d'une hémorragie interne qu'il faut évoquer devant

une douleur associée aux signes plus au mois francs du choc hémorragique (pâleur, tachycardie, hypotension artérielle.....)

- Posttraumatique= rupture d'un organe plein (Rate, foie, rein) ou lésion du mésentère
- Spontanée
 - ✓ Chez une jeune femme en activité génitale : rupture d'une grossesse extra-utérine,
 - ✓ Chez un sujet âgé athéromateux : rupture d'un anévrisme aortique,
 - ✓ Tout âge : rupture d'une tumeur (Hépatique, stromale gastrointestinale).

III.4. L'abdomen aigu ischémique (Infractusmésentérique)

Associant chez un sujet souvent âgé, aux antécédents cardiovasculaires une douleur abdominale aigue, une diarrhée et surtout une altération importante de l'état général contrastant avec un examen abdominal pauvre et moins alarmant.

تشخيص الأم البطن الحاد عند الشخص البالغ

المعارف المسبقة :

- معرفة التشريح الطبوغرافي للبطن والمكون من 9 أرباع.

الأهداف :

- شرح بإيجاز مساهمة البيانات المأخوذة بشكل منهجي من الإستجواب و الفحص السريري أمام الأم البطن الحاد.
- وصف التقنية والعلامات السريرية المستخرجة من الفحص السريري أمام الأم البطن الحاد.
- تنظيم البيانات السريرية اعتمادا على الأسباب الموجهة.

1. مقدمة :

ألم البطن سبب شائع لزيارة الطبيب، وهو عبارة عن ألم فجائي يمتد لمدة تقل عن سبعة أيام، ويختلف مصدر الألم إذ لا يقتصر على الجهاز الهضمي بل يتعداه إلى مصادر أخرى كالمسالك البولية، العروق الدموية، أو حتى خارج البطن (المصادر الصدرية، العصبية، أو الإستقلابية).

2. الفحص السريري :

لا يقتصر الفحص السريري على البطن، بل يكون كاملا وشاملا، متوافقا وصارما، لأنه يمكن من تحديد المرضى الذين يحتاجون علاجا خارجيا بسيطا من المرضى المحتاجين للإستشفاء hospitalisation، من أجل عملية جراحية مستعجلة أو من أجل الإستقصاء exploration و المراقبة.

أ. الإستجواب :+++

تحديد الخصائص العرضية للألم les caractères sémiologiques de la douleur :

1.1. الموضع :

عنصر مهم في توجيه مسببات الألم، حيث يوجد توافق حاسم بين موضع الألم على ربع جدار البطن والإسقاط التشريحي للأعضاء التحتجدارية. يمكن أن يختلف موضع الألم البدئي عن موضعه أثناء الفحص.

2.1. التشعع irradiation :

في هذا السياق، بعض التشععات تدل على التشخيص :

- تشعع ظهري: يدل على أصل بنكرياسي أو أم الدم الأبهريّة anévrysme de l'aorte
- تشعع كتفي أيمن : أصل كبد-صفاوي
- تشعع كتفي أيسر : تدمي الصفاق
- تشعع نحو الأعضاء التناسلية الخارجية : منشأ كلوي
- تشعع نحو الحفر القطنية fosses lombaires : ذات الزائدة الدودية خلف الأعور، أو مرض الملحقات pathologie annexielle عند المرأة.

3.1. نمط البداية :

بداية الألم سريعة في بضعة دقائق أو تدريجية.

كل ألم حاد يستطيع فيه المريض تحديد الوقت بدقة هو ألم يدل على وجود إصابة خطيرة.

4.1. النوع :

ب. الفحص السريري:**ب.1. علامات تحديد الحالة العامة :**

- شحوب شديد يدل على فقدان الدم spoliation sanguine
- يرقان يدل على سبب كبد-صفراوي
- هياج شديد يدل على حاجز حالي obstacle urétéral، أو إنسداد القنوات الصفراوية
- زرقة توجه الطبيب نحو أسباب قلبية-صدرية خاصة إذا كان المريض يفضل الجلوس، أو قلق، أو ينجح.
- حمى تزيد عن 38.5 درجة توجه الطبيب نحو بؤرة متقيحة foyer suppuré
- نبض منخفض وضعيف تدل على وجود الوهط collapsus

ب.2. فحص البطن :**التقنية:**

- يتم إجراء فحص البطن على مريض هادئ، مسترخ، ممدد على ظهره، رأسه مستو، مع ساقين مثنيتين ويدين ممدتين على طول الجسم، وبعد التبول إن أمكن.
- يجب على الفاحص تدفئة يديه، وأن يبدأ عملية الجس من الموقع الأقل إيلاما.
- البحث عن العلامات الأساسية :

✓ المعاينة :

- تنفس بطني غير متناظر، تمدد distension، ندوب cicatrices، تموجات تمعجية ondulations . péristaltiques

✓ الجس :

- موضع الألم المسبب
- أهمية ردة فعل الجدار البطني: سواء الدفاع (تصلب الجدار الناتج عن ضغط تقلص العضلات)، أو التققع الحقيقي (صلابة العضلات الرئيسية الطويلة تلقائية ومنتشرة)، والتي تترجم التهيج الدائم للصفاق.

✓ القرع :

- تطبل البطن مع غياب أصمية المنطقة قليكدي matité préhépatique
- يترجم الانصباب السائلي بأصمية منحدرية الجانبين
- أصمية الكرة المثانية globe vésical

✓ التسمع :

- صمت بطني يترجم إيلاوس الشللي iléus paralytique، أو على العكس، إرتفاع شدة الأصوات الماء الغازية bruits hydro-aeriques التي تدل على الإنسداد المعوي.
- البحث عن نفخة عرقية (كتلة مضغوطة، تضيق sténose، أمدمي anévrysme)

✓ فحص الحوض :

- أثناء اللمس المستقيمي : البحث عن وجود براز، عن ألم أثناء ملامسة رذب دوغلاس، عن تضيق أو كتلة متدلنية masse prolabée، مع تحديد حالة الموثة prostate
- أثناء اللمس المهبلي : البحث عن ألم أثناء تحريك الرحم، أو عن كتلة الملحقات masse anexielle، مع

تحديد عنق الرحم، الرحم، الرذبات culs de sac الجانبية والخلفية

- لمس المنافذ الفتقية: orifices herniaires بشكل منهجي في حالة وجود ألم الإنسداد المعوي (البحث عن الفتق الإختناقي)

3. الأسباب التوجيهية :

يمكننا وصف ذلك بالشكل التخطيطي التالي :

أ. البطن الحاد المتعفن المصاب (المحموم) l'abdomen aigu infecté(ou fébrile)

- يتكون من ألم وحمى وعلامات صفاقية (إصابة الصفاق) من نوع الدفاع أو التفتح contracture.
- يمكن إستحضار عدة أسباب في المقام الأول على حسب موقع الألم :
- ❖ المراق الأيمن : ذات المرارة cholécystite، ذات الأقتنية الصفراوية angiocholite (يرقان مصاحب)، خراج كبدي abcés hépatique.
- ❖ الشرسوف : ذات البنكرياس في حالة ألم ذو تشعب خلفي=ألم ثاقب douleur transfixiante، قرحة هضمية، ذات المعدة gastrite (نزف هضمي، أخذ الأدوية السامة للمعدة).
- ❖ الحفرة الحرقفية اليمنى: ذات الزائدة الدودية.
- ❖ الحفرة الحرقفية اليسرى : ذات السيني الرجية sigmoidite diverticulaire
- ❖ الحفرة القطنية : ذات الحويضة pyélonéphrite aigu
- ❖ ألم منتشر : ذات الصفاق (بطن متخشب)

ب. البطن الحاد المسدود :

يتكون من ألم منتشر وعلامات الإنسداد المعوي: قيء، توقف البراز والغازات، إنتفاخ بطني.

ت. البطن الحاد النزفي :

- يمكن أن يكون النزف خارجيا حيث يكون التشخيص سهلا، أو داخليا يستحضر عند وجود ألم مصاحب للعلامات البسيطة والواضحة للصدمة النزفية(شحوب، تسارع دقات القلب، إنخفاض ضغط الدم....).
- الرضخي: تمزق عضو مملوء (الطحال، الكبد، الكلي)، أو إصابة المساريق.
- تلقائي : -عند امرأة في مرحلة الإنجاب : تمزق الحمل خارج الرحم
- عند شخص مسن عصيدي athéromateux (تمزق أم الدم البطنية الأبهريّة)
- جميع الأعمار : تمزق ورم (الكبد، أنسجة الجهاز الهضمي)

ث. البطن الحاد الإقفاري (إقفار المساريق) infarctus mésentérique :

- وجود سوابق قلب-عرقية عند شخص غالبا مسن، يصاحبه كل من ألم البطن الحاد، الإسهال، وخاصة عدم كبير للبدن، وتناقض مع الفحص السريري المفتقر والغير المثير للقلق.

الفصل الثاني:

LES PERITONITES AIGUES

Objectifs :

- Expliquer les principaux faits et conséquences physiopathologiques au cours d'une péritonite aigue
- Reconnaître au cours d'un abdomen aigu les signes cliniques et para cliniques d'une péritonite aigue
- Identifier devant une péritonite aigue les signes permettant d'orienter vers l'origine de la péritonite

I.DEFINITION- INTRODUCTION

- Le terme de péritonite aigue signifie:
 - ✓ Littéralement inflammation aiguë de la séreuse péritonéale
 - ✓ Dans le langage médical courant : épanchement péritonéal plus ou moins septique suivant l'étiologie
- C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique
- Elle peut mettre en jeu le pronostic vital

II.ETIOPATHOGENIE

Une péritonite aigue est en général la conséquence d'une inoculation chimique et/ou septique du péritoine à partir d'un viscère péritonéal : on parle de péritonite secondaire.

Cette contamination peut se faire par :

- Perforation d'un organe creux : la brèche est apparente, secondaire à une inflammation (exemple : ulcère gastroduodéal

perforé) ou a un traumatisme.

- Diffusion de l'infection à partir d'un foyer septique : ici la brèche est inapparente (exemple : appendicite) Quand il n'y a ni brèche, ni foyer septique on parle de péritonite primitive

III. PHYSIOPATHOLOGIE

III.1. REACTIONS PERITONEALES ET RETENTISSEMENT LOCOREGIONAL

❖ **Sécrétion d'un liquide sérofibrineux**

Le péritoine se défend à l'inoculation de la cavité péritonéale par l'exsudation d'un liquide sérofibrineux. Des substances (cytokines, complément...) sont secrétés et vont initier une réaction immuno-inflammatoire avec libération de produits vaso-actifs. Ces derniers entraînent au niveau sous péritonéal une vasodilatation capillaire importante permettant la sécrétion d'un liquide abondant riche en immunoglobulines, opsonines, fibrinogène ; polynucléaires, macrophages et ayant un pouvoir bactéricide car tous ces facteurs contribuent à la lutte anti-infectieuse par :

- phagocytose,
- cloisonnement de l'infection grâce à la formation d'adhérences qui peuvent, au début, être responsables de l'exclusion de foyers infectés et formation d'abcès.

Ces abcès peuvent se rompre secondairement et entraîner une péritonite (péritonite en deux temps).

Ces réactions péritonéales sont loin d'être toujours suffisantes et bénéfiques avec :

- ❖ Résorption des germes et de leurs toxines avec risque septicémique;

- ❖ Fragilisation des tissus avec risque accru de désunion des sutures et de complications infectieuses pariétales (abcès, éviscération) ;
- ❖ Irritation des terminaisons nerveuses sensibles du péritoine avec réponse réflexe :
 - ✓ Au niveau de la paroi abdominale (douleurs et contracture) ;
 - ✓ Au niveau de l'intestin (iléus paralytique avec constitution d'un troisième secteur liquidien).

La péritonite peut se définir par trois éléments anatomiques :

- Un **épanchement péritonéal**
- Des **altérations du péritoine**, épaissi, dépoli, recouvert de fausses membranes ;
- Des **adhérences**.

III.2. RETENTISSEMENT GENERAL

Les grandes fonctions de l'organisme seront altérées avec

- ❖ **Défaillance hémodynamique** : elle résulte de
 - L'hypovolémie (fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, troisième secteur de l'iléus paralytique)
 - Modification des résistances capillaires
 - Incompétence myocardique
- ❖ **Défaillance rénale**: due à la chute du flux sanguin rénal et à la diminution du débit de la filtration glomérulaire liée à l'hypovolémie et à l'action directe des toxines bactériennes
- ❖ **Défaillance respiratoire** : elle découle de la :
 - Diminution de la fonction ventilatoire par mauvais jeu

diaphragmatique à cause de la douleur, la distension et la contracture pariétale. Elle conduit à l'atélectasie des bases pulmonaires.

- Formation d'épanchements pleuraux réactionnels à l'épanchement septique intra péritonéal sous jacent.
- Diffusion de produits toxi-infectieux altérant la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire et entraînant un œdème pulmonaire aigu lésionnel voir un syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA)

❖ Défaillance hépatique

- Avec hépatite aigue infectieuse et diminution de la synthèse hépatique expliquant les troubles de la coagulation et l'ictère

IV.SEMIOLOGIE CLINIQUE : LE SYNDROME PERITONEAL

Indépendamment de son étiologie, la PAG se traduit par un syndrome péritonéal constitué de signes fonctionnels, généraux et physiques

IV.1.SIGNES FONCTIONNELS

IV.1.1. Douleur abdominale

- Brutale : le malade peut préciser l'horaire exact
- Très intense (violente); d'emblée maximale
- En coup de poignard
- Rapidement généralisée
- Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur étiologique

IV.1.2. Vomissements

- Sont inconstants, précoces, répétés, alimentaires, bilieux puis

fécaloïdes parfois nausées

IV.1.3. Troubles du transit

- L'arrêt des matières et des gaz
- Parfois diarrhée

IV.2. SIGNES GENERAUX

- ❖ L'état général est conservé au début mais
- Sujet anxieux avec un facies crispé (douleur, déshydratation et infection)
- Pouls accéléré et tension artérielle normale
- Fièvre précoce à 39°- 40° en cas de péritonite bactérienne et tardive si le liquide péritonéal est peu septique ;
 - ✓ Tardivement s'installe un choc toxi-infectieux avec AEG, fièvre et frissons, ou hypothermie hypotension voire collapsus, si des germes Gram négatif sont en cause.
 - ✓ Plus le temps passe plus le risque de toxi-infection augmente

IV.3. SIGNES PHYSIQUES

IV.3.1. CONTRACTURE ABDOMINALE

C'est le maître symptôme qui permet d'affirmer le diagnostic de la péritonite.

- A l'inspection

L'abdomen ne respire pas, la paroi abdominale est rétractée et les muscles grands droits sont visibles sous la peau surtout quand le sujet est maigre « En bateau »

- A la palpation

La paroi abdominale est rigide : ne se laisse pas déprimer mais se

contracte sous la main, C'est une rigidité pariétale permanente, invincible et douloureuse tonique généralisée, prédominant à l'endroit de la douleur initiale

IV.3.2. Au toucher rectal

Le cul de sac de Douglas est douloureux, c'est une douleur vive (cri du Douglas) qui a la même valeur sémiologique que les signes pariétaux

NB : Parfois les signes abdominaux sont modérés (simple défense abdominale = contraction involontaire et réflexe des muscles de la paroi abdominale qui se laisse vaincre par la palpation douce et prolongée) ou absents alors que les signes généraux sont graves et la défaillance multiviscérale est plus marquée : il s'agit de péritonites asthéniques. Se voient surtout chez le sujet âgé, taré, dénutri et/ou immunodéprimé

V.SEMIOLOGIE PARACLINIQUE : EXAMENS COMPLEMENTAIRES

V.1. RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)

(Face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques en expiration) peut montrer :

- ✓ La grisaille diffuse de l'épanchement intra péritonéal
- ✓ La distension gazeuse du grêle (aérogrêlie) et du colon (aérocolie) avec niveaux hydro-aériques de l'iléus reflexe
- ✓ Des signes d'orientation vers une étiologie
 - Pneumopéritoine: croissant gazeux clair interhépatodiaphragmatique et/ ou sous phrénique gauche :
Perforation d'un organe creux

- Lithiase vésiculaire radio-opaque

V.2. AUTRES EXAMENS MORPHOLOGIQUES

- Ils seront demandés en fonction de l'étiologie, il s'agit essentiellement de
 - L'échographie
 - ✓ Confirme le diagnostic d'épanchement péritonéal
 - ✓ Oriente vers une étiologie : Signes de cholécystite aigue lithiasique (Péritonites biliaires), signes de pyosalpinx (Péritonites génitales)
 - La Tomodensitométrie : utile dans les cas douteux ou pour éliminer certains diagnostics différentiels (pancréatite aigue)
 - D'opacifications digestives aux hydrosolubles

V-3- EXAMENS BIOLOGIQUES

Les examens biologiques comportent : un hémogramme ; un ionogramme sanguin ; un bilan d'hémostase. Ils ont un intérêt pronostique et évolutif et guident la réanimation préopératoire.

VI- PRINCIPALES ETIOLOGIES

Des signes cliniques particuliers peuvent exister et orienter le diagnostic étiologique vers la cause de la péritonite notamment :

- Le siège initial de la douleur et ses irradiations
- Les antécédents du malade (UGD, LV ...)
- L'existence ou non du pneumopéritoine à l'ASP
- Il peut s'agir de péritonite secondaire à une :
 - ✓ Perforation d'un organe creux : posttraumatique (traumatismes de l'abdomen, iatrogène « explorations endoscopiques ») ou

spontanée (perforation d'ulcère bulbaire, perforation colique)

- ✓ Appendicite, cholécystite, salpingite par diffusion par contiguïté de l'infection à la cavité péritonéale ou par perforation secondaire d'un abcès.

ذات الصفاق الحاد

الأهداف :

- تحديد العلامات الموجهة إلى أصل ذات الصفاق أمام ذات الصفاق الحاد.
- شرح أهم الأحداث والنتائج الإعراضية **physiopathologique** أثناء ذات الصفاق الحاد.
- معرفة العلامات السريرية و اللابريرية لذات الصفاق الحاد أمام بطن حاد.

1. تعريف مقدمة :

- يدل مصطلح ذات الصفاق الحاد على :
- **حرفيا** : إلتهاب حاد للمصلية الصفاقية **séreuse péritonéale**.
- **في اللغة الطبية المتداولة** : إنصباب صفاقي نسبيا إنتاني على حسب السبب.
- هو طارئ جراحي تشخيصي وعلاجي.
- يهدد المآل الحيوي للمريض.

2. الإراضية :

- ذات الصفاق الحاد عادة ما يكون نتيجة عدوى كيميائية **innoculation chimique** و/أو إنتانية **septique** للصفاق إنطلاقا من حشى صفاقي، نتكلم هنا عن ذات الصفاق الثانوي.
- يمكن أن تنتقل هذه العدوى عبر :
- ✓ **إنتقاب عضو أجوف** **perforation d'un organe creux** : فجوة واضحة، ناتجة عن إلتهاب (مثلا : قرحة هضمية مثقوبة)، أو عن رضخ.
- ✓ **إنتشار التعفن إنطلاقا من بؤرة إنتانية** : الفجوة غير واضحة في هذه الحالة (مثال : ذات الزائدة الدودية).
- أو عن ذات الصفاق الأولي عند غياب الفجوة والبؤرة الإنتانية **foyer septique**.

3. الإعراضية:

أ. التفاعلات الصفاقية والتأثير الموضعي والمحيطي :

❖ إفراز سائل مصلي فبريني :

- يدافع الصفاق عن إصابة التجويف الصفاقي عن طريق نضح سائل مصلي فبريني **exsudation d'un liquide sérofibrineux**. تفرز مجموعة من المواد (سيتوكين **cytokines**، المتممة **comlément**...) والتي تستهل عملية التفاعل المناعتي الإلتهابي **réaction immuno-inflammatoire** كما يتم تحرير مواد معرقة** **produits vaso-actifs** هذه الأخيرة تسبب على مستوى تحت الصفاق توسعا مهم لعروق الشعيرات الدموية، والذي يمكن من إفراز سائل كبير غني بالغلوبولين المناعي **immunoglobulines** بالطاهية **opsonines**، بالفبرينوجين **fibrinogène**، بمتعدادات النوى **polynulcéaires**، بالبلاعم **macrophages**، له قدرة على إبادة الجراثيم، هذه العوامل تساهم في مكافحة التعفن **infection** عبر :

✓ البلعمة، **phagocytose**

✓ **حجز التعفن cloisonnement de l'infection** بفضل تشكيل التصاقات **adhérences**

مسؤولة في البداية عن إستبعاد البؤر المتعفنة وتكوين خراجات **abcés**.

▪ يمكن أن تتمزق هذه الخراجات فيما بعد وتسبب ذات الصفاق (ذات الصفاق على فترتين **péritonite**

(en 2 temps

▪ هذه التفاعلات الصفاقية غالبا غير كافية وغير فعالة مع ظهور :

✓ إمتصاص الجراثيم والذيفان **toxines** الخاصة بهم مع وجود خطر إنتاني **risque**

.septicémique

✓ هشاشة الأنسجة مع خطر كبير لتفكك الخياطة **désunion des sutures** والمضاعفات التعفننية

الجدارية (خراج، إستفراغ الأحشاء **(éviscération**

✓ تهيج النهايات العصبية الحسية للصفاق مع إستجابة منعكسة:

- على مستوى جدار البطن (ألم وتقفع)

- على مستوى الأمعاء (إيلوس شللي **iléus paralytique**، تكون الحيز الثالث السانلي)

▪ يمكن تعريف ذات الصفاق بواسطة ثلاثة عناصر تشريحية :

✓ إنصباب داخل الصفاق

✓ إختلالات الصفاق : صفاق مثخن، مثلج، مغطى بأغشية كاذبة **fausses membranes**

✓ التصاقات **adhérences**.

ب. التأثير العام :

إختلالات على مستوى الوظائف الكبرى للجسم مع :

❖ **فشل دمكري *défaillance hémodynamique*** ناتج عن :

▪ نقص حجم الدم (تسرب البلازما داخل التجويف البطني، الحيز الثالث لإيلوس الشللي)

▪ تغير المقاومة الشعيرية

▪ عدم كفاءة عضلة القلب

❖ **فشل كلوي :**

▪ ناتج عن إنخفاض تدفق الدم الكلوي وإنخفاض صبيب الترشيح الكبيبي **filtration glomérulaire**

المتعلق بنقص حجم الدم والفعل المباشر للذيفان البكتيرية.

❖ **فشل تنفسي** ناتج عن :

▪ نقص التهوية ناتج عن نقص حركية الحجاب بسبب الألم، الإنتفاخ والتقفع البطني، ويؤدي إلى

إنخماص قواعد الرئة **atélectasie des bases pulmonaires**.

▪ تشكل إنصبابات جنبية تفاعلية مع الإنصباب الإنتاني المجاور داخل الصفاق.

▪ يحدث إنتشار المواد السمعتفنية **produits toxi-infectieux** السابقة خلا في نفاذية الغشاء

السنخ-شعيري **membrane alvéolo-capillaire**، مما يسبب وذمة رئوية حادة

آفية **oedème pulmonaire lésionnel aigue** إلى حد متلازمة الضائقة التنفسية

الحادة **syndrome de détresse respiratoire aigue**

❖ **فشل كبدي :**

- مع ذات الكبد الحاد المتعفن، وإنخفاض التخليق الكبدي *synthèse hépatique* الذي يفسر ظهور اضطرابات التخثر واليرقان.

4. علم الأعراض السريرية : المتلازمة الصفاقية

يترجم ذات الصفاق الحاد العام بواسطة متلازمة صفاقية، تتكون من علامات وظيفية، عامة وسريرية، بغض النظر عن مسبباتها.

أ. العلامات الوظيفية :

1. ألم بطني :

- مفاجئ حيث يستطيع المريض تحديد الوقت بدقة، جد قوي، بالغا فورا حده الأقصى، ألم خنجري *douleur en coup de poignard*، وينتشر سريعا،
- موضع الألم والتشعع البدني لهما دلالة سببية

2. قيء :

- علامة غير ثابتة، مبكرة، متكررة، غذائية، صفراوية ثم برازية
- وأحيانا غثيان.

3. خلل التغوط:

- توقف البراز والغازات وأحيانا إسهال

ب. العلامات العامة :

- ابتداء، الحالة العامة محفوظة، ولكن :

✓ المريض قلق، مع سحنة متوترة *faciès crispé* (ألم، تجفاف، تعفن)
✓ نبض سريع، وضغط الدم عادي

✓ حمى مبكرة 39°C - 40°C في حالة ذات الصفاق البكتيري والمتأخرة، إذا كان السائل قليل الإنتان :

- في وقت متأخر: صدمة سمعية *choc toxico-infectieux* مع عدم البدن، حمى وإرتعاش، أو إنخفاض درجة الحرارة، إنخفاض ضغط الدم إلى حد الوهط في حالة وجود جراثيم سلبية الغرام *germes Gram négatif*.

- كلما مر الوقت كلما إزداد خطر التسمم التعفني

ج. العلامات السريرية :

ج.1. تقفع بطني *contracture abdominale* :

العلامة الرئيسية التي تمكن من تأكيد تشخيص ذات الصفاق.

المعاينة :

غياب التنفس البطني(البطن لا يتنفس)، مع تقفع جدار البطن ووضوح العضلات المستقيمة البطنية تحتجلدية خاصة عند شخص نحيف(على شكل قارب)

الجس :

جدار البطن صلب : لا ينقبض الجدار، لكن يتقلص تحت يد الفاحص،

صلابة جدارية:

- دائمة، مقاومة، ألمة
- مؤثرة
- عامة، تتموضع في مكان الألم البدني

ج.2. أثناء اللمس المستقيمي :

ألم على مستوى رذب دوغلاس، ألم قوي (صرخة دوغلاس cri de Douglas) له نفس القيمة العرضية للعلامات الجدارية.

ملاحظة: في بعض الأحيان العلامات البطنية خفيفة (دفاع بطني بسيط = تقفع لا إرادي ومنعكس لعضلات

جدار البطن متغلب عليها بعملية الجس الناعمة و المطولة) أو غائبة، بينما العلامات العامة خطيرة مع فشل متعدد الأجهزة أكثر وضوحا : يسمى بذات الصفاق الوهني **péritonite asthénique** ويوجد خاصة عند كبار السن الذين يعانون من إختلالات مختلفة، سوء التغذية و/أو نقص المناعة.

5. علم الأعراض اللاسريري : الفحوص التكميلية

أ. مشعاعية البطن اللامعدة:

في وضعية القيام الوجهية أو الإستلقاء الوجهية، مركز على القبيبات الحجابية في وضع الزفير. يوضح الفحص ما يلي :

✓ ضبابية منتشرة **grisaille diffus** للانصباب داخل الصفاق.

✓ إنتفاخ غازي للمعي الدقيق (الغازمعية **aérogrelie**) وللقولون (الغازقولونية **aérocolie**) مع مستويات ماء غازية للإيلاوس المنعكس.

✓ علامات التوجيه نحو الأسباب.

- إسترواح الصفاق : هلال غازي **croissant gazeux** واضح بين الكبد والحجاب و/أو تحت حجابي أيسر: يدل على إنتقاب عضو أجوف.
- تحصي حويصلي معتم **radio opaque**.

ب. فحوصات مورفولوجية أخرى :

- تطلب على حسب الأسباب، خاصة الفحوصات التالية :

ب.1. المصدانية:

- يؤكد تشخيص الإنصباب الصفاقي.
- يوجه نحو السبب : علامات ذات المرارة الحاد الحصوي، (ذات الصفاق الصفراوي)، علامات تقيح البوق **pyosalpinx**(ذات الصفاق التناسلية).

ب.2. المفراس:

- يستعمل في حالات الشك، أو من أجل إزالة بعض التشخيصات التفريقية (ذات البنكرياس الحاد).

ب.3. التعقيم الهضمي بالمواد الذائبة

ج. الفحوص البيولوجية :

- تحتوي الفحوص البيولوجية على صيغة دموية، الأيوندمية، فحص الإرقاء، والهدف من هذه الفحوص هو معرفة مآل المريض وتطور حالته مع توجيه الإنعاش ما قبل العملية الجراحية.

6. الأسباب الرئيسية :

توجد علامات سريرية خاصة توجه التشخيص السببي نحو سبب ذات الصفاق خاصة :

- الموضع البدني للألم وتشعبه.
 - السوابق المرضية للمريض (قرحة هضمية، حويصلة حصوية...).
 - وجود أو غياب إسترواح الصفاق على مستوى مشعاعية البطن اللامعدة.
- قد يكون ذات الصفاق ثانويا ناتجا عن :
- إنثقاب عضو أجوف، رضخيا (رضوخ البطن، علاجية المنشأ iatrogène " إستقصاءات بالتنظير"، أو تلقائية (إنثقاب تقرحي بصلي perforation d'ulcère bulbaire، إنثقاب قولوني).
 - ذات الزائدة الدودية، ذات المرارة، ذات البوق salpingite الإنتشارية بانتقال العدوى بالتجاور الى التجويف الصفاقي أو إنثقاب ثانوي لخراج.

الفصل الثالث:

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

OBJECTIFS

- Illustrer par des exemples les différents mécanismes d'une occlusion intestinale aigue,
- Expliquer de manière schématique les principaux faits physiopathologiques et leurs conséquences au cours d'une occlusion,
- Diagnostiquer une occlusion intestinale sur l'anamnèse, les signes de l'examen physique et les données de l'ASP,
- Identifier au cours d'une OIA les signes permettant d'évoquer son mécanisme,
- Distinguer cliniquement et par l'ASP une occlusion grêlique d'une occlusion colique.

I- DEFINITION

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est une interruption du transit intestinal qui traduit l'arrêt complet et persistant des matières et des gaz dans un segment intestinal.

C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

II- PHYSIOPATHOLOGIE : TDD: OIA grêle obstruction

L'existence d'un obstacle au transit entraîne :

- En aval : Arrêt des matières et des gaz

- En amont : une distension intestinale due à :
 - Une accumulation de gaz : source principale de la distension (météorisme)
 - Une accumulation de liquides :(5 à 10 litres traversent quotidiennement l'intestin)
 - Cette distension entraîne elle même une exagération de la sécrétion dans l'intestin et une exsudation des protéines, cela va entraîner une augmentation de l'osmolarité à l'intérieure et un appel d'eau dans l'intestin
- Un reflux rétrograde du contenu intestinal et vomissements consommant ainsi le liquide séquestré dans l'intestin occlus
- Une exagération du péristaltisme intestinal ce qui va entraîner une augmentation de la pression endoluminale provoquant une stase lymphatique, veineuse voir une hypoxie locale responsable des troubles trophiques de l'intestin et de troubles de la perméabilité capillaire

Conséquences

- Trouble hydroélectrolytiques,
- Hypovolémie avec acidose métabolique,
- Troubles circulatoires avec diminution du débit cardiaque et une vasoconstriction,
- Insuffisance rénale fonctionnelle,
- Troubles respiratoires par hyperpression abdominale et acidose.
- La translocation bactérienne avec passage des germes dans la cavité péritonéale (Péritonite) et dans la circulation (choc septique).

Ce schéma doit être nuancé selon le siège et le mécanisme de l'occlusion

- Occlusion haute : la distension est moindre, alcalose
- Strangulation : la nécrose et la péritonite dominant la distension.

III- MECANISMES DE L'OCCLUSION

III-1-OCCLUSIONS MECANIQUES

III-1-1 **Obstruction** : Rétrécissement de la lumière intestinale due à plusieurs causes :

- Endoluminales : calcul d'origine biliaire, corps étranger,
- Pariétales : épaissement de la paroi par : tumeur, sténose inflammatoire,
- Exoluminales : compression extrinsèque, bride, carcinose.

III-1-2 **Strangulation** : plusieurs types

- Volvulus : torsion,
- Etranglement : incarceration : dans une hernie, ou dans une brèche créée par une bride postopératoire ou défaut de péritonisation,
- Invagination : intussusception.

Ici la vascularisation de l'anse est entravée avec risque de nécrose d'où l'urgence du diagnostic et du traitement

III-2-OCCLUSIONS FONCTIONNELLES: faillite du péristaltisme :

III-2-1 **Iléus réflexe** : (postopératoire, de la colique néphrétique)

III-2-2 **Agression du péritoine** : agression septique (péritonite, appendicite ...) ; mais aussi agression chimique ou de nature hypoxique

III-2-3 Métabolique (hypokaliémie)**IV- SEMIOLOGIE CLINIQUE : LE SYNDROME OCCLUSIF****IV-1 SIGNES FONCTIONNELS****IV-1-1 Douleur abdominale**

- Souvent intense soit d'emblée soit secondairement
- Installation rapide ou progressive sur plusieurs heures □□□ Evolution continue ou paroxystique

IV-1-2 Vomissements

- Souvent répétés et bilieux
- Rarement alimentaires, Parfois fécaloïdes

IV-1-3 Arrêt des matières et des gaz Maître symptôme il est nécessaire est suffisant pour retenir le diagnostic d'occlusion

IV-2 SIGNES GENERAUX

- Sont normaux au début, tout au plus il peut exister en cas de douleur intense une pâleur, une agitation et une accélération du pouls
- A un stade plus tardif l'état général s'altère avec soif, pli cutané, sécheresse des muqueuses, pouls rapide, TA effondrée, oligurie ou anurie, confusion mentale ou torpeur

IV-3 SIGNES PHYSIQUES :

A l'examen de l'abdomen on peut retrouver :

IV-3-1 L'inspection

- **Météorisme abdominal**
 - Distension de l'abdomen (ballonnement)

- Diffus, symétrique ou asymétrique
- Parfois localisé ce qui est évocateur
- Peut faire défaut en cas d'occlusion très haute (à ventre plat)
- **Ondulations péristaltiques**
 - Visibles sous la peau,
 - Survenant souvent au moment des paroxysmes de douleurs
 - Rares mais évocatrices des occlusions par obstruction
- **Respiration abdominale:** normale en général
- **Une cicatrice abdominale**

IV-3-2 La palpation

- Douleur provoquée au même endroit que la douleur spontanée
- Pas de contracture

IV-3-3 La percussion

- Tympanisme : sonorité plus longue, plus intense que normalement

IV-3-4 L'auscultation

- Bruits intestinaux qui peuvent être plus nombreux, plus rapprochés, plus localisés
- A l'opposé parfois ces bruits s'espacent jusqu'à disparition
- Mais le silence abdominal n'élimine pas une occlusion

IV-3-5 Touchers pelviens

- En principe indolores
- L'ampoule rectale est vide surtout dans l'occlusion colique

IV-3-5. Examen systématique des orifices herniaires

V- SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

V-1-RADIOGRAPHIES DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)

(face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques) peuvent montrer

- **Niveaux hydro-aériques (NHA):** Ce sont des images caractéristiques qui permettent d'affirmer le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë : ce sont des niveaux liquides horizontaux surmontés d'une distension gazeuse
- Absence de pneumopéritoine

V-2- TOMODENSITOMETRIE

- Met en évidence les niveaux hydroaériques
- Apprécie la gravité : Paroi intestinale épaissie et/ou contenant de l'air.
- Existence de l'air ou de liquide dans la cavité péritonéale

V-3 ECHOGRAPHIE : Utile pour le diagnostic de l'invagination chez l'enfant et en cas d'iléus Biliaire

V-4 OPACIFICATIONS DIGESTIVES AUX HYDROSOLUBLES

Utiles pour situer surtout le niveau de l'obstacle

NB : Une authentique OIA doit être distinguée de certaines affections médicales (colique néphrétique, colique hépatique, diarrhée,...) et chirurgicales d'allure occlusive

VI- CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES PERMETTANT D'IDENTIFIER LE MECANISME

VI- 1 OCCLUSION FONCTIONNELLE OU ILEUS PARALYTIQUE

- Sujet souvent âgé
- Début en règle progressif
- Météorisme diffus, immobile et silencieux

- ASP distension intestinale globale portant sur le grêle et le colon mais avec peu de NHA.

VI-2 OCCLUSIONS ORGANIQUES

	Strangulation	Obstruction
Signes fonctionnels: Début Douleur Vomissements	Brutal+++ Violente et permanente Précoces +++	Progressif +++ Paroxystiques Tardifs +++
Signes généraux	AEG rapide, fièvre possible	EG longtemps conservé
Signes physiques : Météorisme Ondulations péristaltiques Auscultation	localisé et symétrique Absentes Silence abdominal	Important et diffus Présentes Auscultation bruyante
Signes radiologiques	○ Image en arceau au début avec 2 niveaux au pied de l'anse ++ ○ Puis NHA plus nombreux en amont ○ TDM paroi épaissie, prenant le contraste en cible ○ Ascite localisée, et infiltration du mésentère	NHA multiples et diffus

VII- CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES PERMETTANT DE DISTINGUER LESIEGED'UNE OIA (Tableau comparatif)

	OCCLUSION DU GRELE	OCCLUSION DU COLON
Signes fonctionnels : Douleur Vomissements AMG	Violente Précoces Tardif et incomplet	Peu marquée Tardifs Absolu et précoce
Signes généraux	AEG précoce	Signes généraux peu marqués
Signes physiques Météorisme	Discret, central et péri-ombilical	Important en cadre ou diffus
Signes radiologiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ NHA multiples, centraux, Fins, plus large que hauts Portant les empreintes des valvules Conniventes ○ Absence de gaz dans le colon 	<ul style="list-style-type: none"> ○ NHA peu nombreux, périphériques volumineux, plus haut que larges portant les empreintes des haustrations coliques ○ Présence de gaz dans le colon

VIII-1 : OCCLUSIONS NEOPLASIQUES :

Cancer colorectal, tumeur grêlique.

VIII-2 : OCCLUSIONS NON NEOPLASIQUES:

Volvulus du sigmoïde, étranglement herniaire, occlusion postopératoire, MICI.

الانسدادات المعوية الحادة

الأهداف :

- تمثيل مختلف آليات الإنسداد المعوي الحاد.
- شرح أهم الأحداث الإعراضية **physiopathologie** ونتائجها بشكل منهجي أثناء الإنسداد المعوي.
- تشخيص الإنسداد المعوي اعتمادا على الإستجواب، علامات الفحص السريري، ومعطيات مشعاعية البطن اللامعدة.
- تحديد العلامات الموجهة إلى آليات الإنسداد المعوي الحاد.
- التفريق بين الإنسداد المعوي والقولوني سريريا ولا سريريا (باستعمال مشعاعية البطن اللامعدة ASP).

1. تعريف :

- هو إنقطاع العبور المعوي، والذي يترجم بتوقف تام ولازم للبراز والغازات في قطعة معوية.
- هو طارئ جراحي تشخيصي وعلاجي يهدد المآل الحيوي للمريض.

2. الإعراضية: نموذج الوصف : إنسداد معوي حاد (الإنسداد المعوي)

- يؤدي وجود حاجز على مستوى العبور المعوي :
 - ✓ في الأسفل : توقف البراز والغازات.
 - ✓ في الأعلى إلى توسع معوي **distension intestinale** ناتج عن :
 - تجمع الغازات: المصدر الرئيسي للإنتفاخ (إنتفاخ بطني **météorisme**)
 - تراكم السوائل : (5-10 لتر من السوائل تعبر يوميا الأمعاء).
 - يؤدي هذا الإنتفاخ إلى إفراط للإفرازات المعوية، مع عملية إرتشاح البروتينات **exsudation des protéines**، الشيء الذي يؤدي إلى إرتفاع الأسمولية **osmolarité** في الداخل مع طلب الماء من الأمعاء.
- يستهلك كل من الإرتداد الرجعي **reflux rétrograde** للمحتوى المعوي والقيء المحتوى المحتجز في الأمعاء المسدودة.
- تؤدي مبالغة التمعج المعوي **péristaltisme intestinal** إلى إرتفاع الضغط داخل المعى مسببا ركودا لمفاويا **stase lymphatique** وورديا إلى حد نقص التأكسج الموضعي **hypoxie locale** المسؤول عن إضطرابات إغذائية **troubles trophiques** معوية وإضطرابات نفاذية الشعيرات الدموية **troubles de la perméabilité capillaire**.

❖ النتائج :

- إضطرابات كهربلية **troubles hydroélectrolytiques**
- نقص حجم الدم **hypovolémie** مع حمض إستقلابي **acidose métabolique**
- إضطرابات الدورة الدموية وإنخفاض الصبيب القلبي **débit cardiaque** مع تضيق العروق **vasoconstriction**.
- قصور كلوي وظيفي.

- اضطرابات تنفسية مع فرط الضغط البطني hyperpression abdominale و حماض.
 - الإزفاء البكتيري translocation bactérienne مع مرور الجراثيم في التجويف الصفاقي cavité péritonéale (ذات الصفاق)، وفي الدورة الدموية (صدمة إنتانية choc septique).
- تتدرج هذه الترسيمة وفقا للموضع وآلية الإنسداد:
- ✓ إنسداد علوي : إنتفاخ أقل، قلاء alcalose.
 - ✓ الخنق المعوي strangulation : يهيمن النخر nécrose وذات الصفاق على الإنتفاخ.

3. آليات الإنسداد المعوي:

أ. الإنسداد الميكانيكي :

1. إنسداد : يرجع تضيق الجوف المعوي إلى عدة أسباب :

- داخلي endoluminale : حصاة صفراوية، جسم غريب.
 - جدارية : تتخين الجدار بواسطة ورم، تضيق التهابي sténose inflammatoire.
 - خارجي : ضغط خارجي، رباط bride ، سرطانية carcinose.
- #### 2. الخنق : عدة أنواع :

- إلتواء volvulus : إلتواء المعوي
- خنق étranglement: إنحباس incarceration داخل فتق أو داخل فجوة منشأة بواسطة رباط بعد عملية جراحية bride postopératoire ، أو بسبب وجود خلل في الإستصفاق** péritonisation (تغطية الصفاق).
- إنغلاف invagination : إعاقة تعرق** vascularisation الحلقة المعوية مع وجود خطر النخر، وهذا يشكل طارنا تشخيصيا وعلاجيا.

ب. الأنسداد الوظيفي : إفتقار التمعج faillite du péristaltisme

- ب.1. إيلوس منعكس iléus réflexe (ما بعد العملية الجراحية، ناتج عن المغص الكلوي).
- ب.2. إصابة الصفاق : إصابة إنتانية(ذات الصفاق، ذات الزائدة الدودية appendicite...)، ولكن أيضا إصابة كيميائية، أو نقص التأكسج hypoxie.
- ب.3. إستقلابية : نقص البوتاسيومدمية hypokaliémie.

4. علم الأعراض السريرية :

أ. العلامات الوظيفية :

1. ألم بطني :

- غالبا قوي عاجلا، أو أجلا(متأخر).
- تثبيت سريع أو تدريجي لعدة ساعات.
- تطور مستمر او إنتيابي paroxstique.

2. قيء :

- غالبا متكرر وصفراوي.

▪ نادرا غذائي، وأحيانا قيء برازي.

أ.3. توقف البراز والغازات :

العلامة الرئيسية، ضرورة وكافية لتشخيص الإنسداد.

ب. العلامات العامة :

- غائبة في البداية، مع وجود شحوب pâleur، هياج agitation، وتسارع النبض في حالة ألم شديد.
- في مرحلة متأخرة: عدم البدن altération d'état générale، عطش، ثنيات جلدية pli cutané، جفاف الأغشية المخاطية secheresse des muqueuses، نبض سريع، إنخفاض ضغط الدم، نقص البول oliguri أو إنقطاع البول anurie، تخليط عقلي confusion mentale، أو فتار torpeur.

ج. علامات الفحص السريري :

نجد عند فحص البطن العلامات التالية :

ج.1. المعاينة : Inspection

- إنتفاخ بطني météorisme adominale
- تمدد بطني(نفخ)، منتشر، متناظر أو غير متناظر، أحيانا متموضع، وهذا أمر دلالي. ويمكن أن يغيب في حالة إنسداد جد علوي(بطن مسطح).
- تموجات تمعجية ondulations péristaltiques:-مرئية تحتجلدية، -تحدث غالبا خلال نوبات الألم، نادرة، لكن دالة على الإنسداد الناتج عن عائق.
- التنفس البطني :-طبيعي على العموم.
- ندبة جراحية cicatrice abdominale.

ج.2. الجس : Palpation

- ألم مهيج في نفس موضع الألم التلقائي
- غياب التققع contracture.

ج.3. القرع : Percussion

- تطبل : رنين أطول أو أكثر قوة من المعتاد.

ج.4. التسمع : Auscultation

- الأصوات المعوية متعددة، متقاربة، ومتموضعة أكثر.
- في المقابل، أحيانا تتباعد هذه الأصوات إلى أن تختفي.
- لا يلغي الصمت البطني وجود الإنسداد.

ج.5. فحص الحوض: Touchers pelviens:

- غير ألم عادة.
- أنبوبة المستقيم فارغة خاصة في الإنسداد القولوني.

ج.6. الفحص المنهجي للمنافذ الفتقية orifices herniaires.**5. علم الأعراض المشعاعية :****أ. مشعاعية البطن اللامعدة abdomen sans préparation :**

وجهية قياما face debout، وجهة إستلقاء face couché، وجهة ومركزة مركز على القبيبات الحجابية coupoles diaphragmatiques، توضح :

- مستويات ماء غازية niveaux hydro-aeriques : صور مميزة تمكن من تأكيد تشخيص الإنسداد المعوي الحاد: وهي عبارة عن مستويات مائية أفقية يعلوها إنتفاخ غازي.
- غياب إسترواح الصفاق pneumopéritoine.

ب. المفراس: tomodynamométrie

- إبراز المستويات الماء الغازية
- تقدير الخطورة :
- ✓ الجدار المعوي مثخن و/أو يحتوي على هواء.
- ✓ وجود الهواء/الماء في التجويف الصفاقي.

ج. المصدائية : échographie

- صالح لتشخيص الإنغلاف عند الأطفال، وفي حالة الإيلاوس الصفراوي iléus biliaire.
- ت. التعتيم الهضمي بالمواد القابلة للذوبان opacifications digestives aux hydrosolubles
- يستعمل خاصة لتحديد مستوى الحاجز.

ملاحظة : يجب تمييز الإنسداد المعوي الحاد الحقيقي عن بعض الإعتلالات المرضية (مغص كلوي، مغص

كبيدي، إسهال)، والجراحية ذات الطابع الإنسدادي.

6. الخصائص العرضية الممكنة من تحديد آلية الإنسداد :**أ. الإنسداد الوظيفي أو الإيلاوس الشللي :**

- كبار السن غالباً.
- بداية تدريجية.
- إنتفاخ بطني منتشر ثابت وصامت.
- مشعاعية البطن اللامعدة: توسع معوي عام يشمل الأمعاء والقولون مع وجود مستويات ماء غازية قليلة.

ب. الإنسداد العضوي :

الإنسداد obstruction	الخنق strangulation	
تدريجي+++ نوبات آخر+++	مفاجئ+++ عنيف مستمر مبكر+++	العلامات الوظيفية : -البداية -الألم -قيء
الحفاظ على الحالة العامة لوقت طويل	عدم البدن بشكل سريع، إمكانية الحمى	العلامات العامة :
مهم ومنتشر حاضرة تسمع صاخب	موضعي ومتناظر غانبة صمت بطني	العلامات السريرية : -إنتفاخ -تموجات تمعجية -التسمع
مستويات ماء غازية متعددة ومنتشرة.	-صورة قوس (طوق) image en arceau في البداية، مع مستويين في الجزء السفلي للحلقة. - ثم مستويات ماء غازية كثيرة جدا في الأعلى. - المفراس: -جدار مثخن يتلون بمادة المباشنة على شكل قرص. -استقساء موضعي ascite localisée. -إرتشاح المساريق infiltration du mésentère	العلامات المشعاعية :

7. الخصائص العرضية الممكنة من تمييز موضع الإنسداد المعوي الحاد (جدول المقارنة) :

الإنسداد القولوني	الإنسداد المعوي	
قليل متأخر مطلق ومبكر	عنيف مبكر متأخر وغير كامل	العلامات الوظيفية : -ألم -قيء -فقدان الوزن
علامات غالبا غير ملاحظة	عدم البدن المبكر	العلامات العامة :
مهم على شكل إطار، أو منتشر	غير واضح، مركزي، ومحيط بالسرة	العلامات السريرية : -إنتفاخ بطني
-مستويات ماء غازية، قليلة، جانبية، كبيرة، مرتفعة أكثر مما هي واسعة، تحمل بصمات القبيبات القولونية .haustrations coliques -وجود غازات في القولون.	-مستويات ماء غازية مركزية، رقيقة، واسعة أكثر مما هي مرتفعة، تحمل بصمات الثنيات الضامة valvules .connivantes -غياب الغاز في القولون	العلامات الإشعاعية :

8. الأسباب الرئيسية :

- الإنسدادات الورمية :
- سرطان المستقيم والشرح، ورم معوي.
- الإنسدادات الغير الورمية : إلتواء سيني volvulus du sigmoide، فتق إختناقي، إنسداد ما بعد العملية الجراحية، والأمراض المعوية الإلتهابية المزمنة.

الفصل الرابع :

LES HEMORRAGIES INTERNES

OBJECTIFS DU COURS :

- Reconnaître cliniquement une hémorragie interne,
- Evaluer par la clinique et les examens para clinique la gravité d'une hémorragie interne,
- Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémopéritoine,
- Identifier les signes cliniques et para clinique de l'hémothorax,
- Enumérer les étiologies des hémorragies internes.

I- DEFINITION

L'hémorragie interne est tout saignement non extériorisé susceptible d'entraîner des signes plus ou moins franc du choc hémorragique. Il se produit généralement dans une cavité close, organe creux (Hémopéritoine, Hémothorax, Hématome rétro péritonéal, Hémorragie digestive non encore extériorisée).

C'est l'une des urgences les plus redoutée car le pronostic vital est mis en jeu : l'hémorragie va entraîner un arrêt circulatoire d'autant plus précoce que l'hémorragie est importante.

II- SIGNES CLINIQUES (EXAMEN CLINIQUE)

II-1 INTERROGATOIRE : caractéristiques dlr+

II-1-1 : Douleur + tendance syncopale, syncope vraie, ou une lipothymie, soit intense : bon signe d'hémorragie,

II-1-2 : Circonstances révélatrices La possibilité d'une hémorragie interne doit toujours évoquée de principe :

- Chez un malade victime d'un traumatisme,
- Chez une femme en activité génitale surtout en cas de retard des règles,
- Chez un malade ulcéreux, cirrhotique ou sous anticoagulants ou AINS,
- En postpartum et en postopératoire.

II-2 EXAMEN PHYSIQUE

II-2-1 : Examen général : Signes généraux

- pâleur cutanée agitation, angoisse, obnubilation, hypothermie

II-3 Signes d'examen physique

▪ *Signes cutanés*

- pâleur cutanée et muqueuse (conjonctives)
- augmentation du temps de recoloration capillaire,
- marbrures cutanées qui commencent au niveau des genoux et peuvent se généraliser,
- sueurs froides.

▪ *Signes cardio-vasculaires*

- pouls rapide et filant : 120 à 140 battements /mn, quelquefois perçu uniquement au niveau fémoral ou carotidien,
- l'apparition d'une bradycardie en dehors de tout remplissage vasculaire ou drogues est un signe de mauvais pronostic,
- la TA peut être normale, basse ou simplement pincée au dépens de la systolique,
- les veines sont plates,
- la pression veineuse centrale (PVC) est effondrée.

- **Signes respiratoires**
 - polypnée superficielle,
 - cyanose des lèvres et des extrémités.
- **Signes urinaires**
 - oligurie : diurèse est inférieure à 0,35ml/kg/h,
 - anurie : diurèse nulle.
- **Signes neurosensoriels**
 - agitation, vertiges, angoisse.
 - Troubles conscience : Obnubilation voir coma

III- SIGNES BIOLOGIQUES

- le taux d'hématocrite et d'hémoglobine peut être normal avant la compensation de l'hypovolémie,
- La baisse du taux sanguin d'hémoglobine (Hb) n'est d'emblée observée que dans les chocs hémorragiques sévères. Elle est de mauvais pronostic et proportionnelle à l'hypovolémie,
- Existence de désordres biologiques témoignant de la souffrance cellulaire : Acidose métabolique, troubles de la crase sanguine, hyperkaliémie, Hypercréatinémie.

IV- SIGNES DE GRAVITE

- Bradycardie paradoxale, Hypotension prolongée (> 30mn), Acidose lactique,
- Défaillance multiviscérale (état de coma, ischémie myocardique, détresse respiratoire aigue, insuffisance rénale aigue, insuffisance hépatique « hypoalbuminémie, hyperbilirubinémie »).
-

V- PARTICULARITES SEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES DES PRINCIPAUX

TYPES D'HEMORRAGIE INTERNE

V-1-

HEMOPERITOINE V-1-

1 Sémiologie clinique

- Signes du choc hémorragique associé
- aux signes abdominaux :
 - Douleur abdominale aigue,
 - Abdomen distendu (pas de contracture),
 - Matité déclive, mobile avec conservation de la matité hépatique,
 - Silence abdominal à l'auscultation,
 - Touchers pelviens : cul de sac douglas est plein et douloureux.

Le contraste entre l'intensité de la douleur au TR et l'absence de la contracture est caractéristique de l'hémopéritoine.

V-1-2 Sémiologie paraclinique

- ASP : grisaille diffuse, Pas de pneumopéritoine
- Echographie:
 - zone transsonique hyperéchogène témoignant de l'épanchement péritonéal sanguin dans une loge (Morrison, Douglas),
 - Ponction lavage péritonéale (PLP) est positive.

V-1-3 Principales causes

- Hémopéritoine post traumatique (voir traumatismes de

l'abdomen),

- Hémopéritoine spontané.

- **Causes gynécologiques**

- Grossesse extra utérine : La rupture d'une GEU est la principale cause de ce type d'hémorragie, elle doit être évoquée et recherchée chez toute femme en activité génitale présentant une anémie aiguë. La notion de retard des règles est un élément de forte présomption qui doit imposer l'échographie abdominale. La cœlioscopie est un acte diagnostique et thérapeutique

- Hématome rétro-placentaire de grande taille

- Rupture utérine : la palpation utérine est irrégulière : sensation du fœtus sous la peau

- **Causes non gynécologiques**

- Rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) entraîne brutalement une hémorragie abondante et arrêt circulatoire

- Rupture d'une tumeur : tumeur hépatique, tumeur stromale gastrointestinale

V-2- HEMOTHORAX

V-1-1 Sémiologie clinique

- Signes du choc hémorragique associé aux
- Signes respiratoires :
 - Détresse respiratoire,
 - Asymétrie ventilatoire,
 - Matité d'un hémithorax, diminution ou disparition du murmure vésiculaire abolition de la transmission des

vibrations vocales,

- Rechercher les signes de compression: déviation des bruits du cœur.

V-1-2 Sémiologie radiologique

- Radiographie du thorax :
 - ✓ Syndrome d'épanchement liquidien si malade debout
 - ✓ Grisaille diffuse si malade couché,
 - ✓ Elargissement du médiastin supérieur

V-1-3 Principales causes

- Rupture de l'isthme aortique : survient lors des décélérations brutales (AVP, Chute d'une grande hauteur). L'hémothorax est brutal et massif entraînant le décès sur le lieu de l'accident,
- Plaie des vaisseaux pariétaux,
- Lacération pulmonaire.

النزف الداخلي

أهداف الدرس :

- معرفة النزف الداخلي سريريا
- تقييم شدة النزف الداخلي سريريا ولاسريريا
- تحديد العلامات السريرية واللاسريية
- les signes cliniques et paracliniques لتدمي
- الصفاق hémopéritoine
- تحديد العلامات السريرية واللاسريية لصدر مدمي hémothorax
- تحديد مسببات النزف الداخلي

1_تعريف :

النزف الداخلي عبارة عن نزف باطني (غير مخرج) يمكن أن يسبب علامات جلية للصدمة النزفي choc hémorragique، وعادة يحدث في تجويف مغلق cavité close أو عضو أجوف.(تدمي الصفاق صدر مدمي ، ورم خلف صفاقي hématoe rétropéritonéal، نزف هضمي غير مخرج)، وهو حالة من حالات الطوارئ الأكثر خطرا لأن المآل الحيوي pronostic vital للمريض مهدد. ويؤدي النزف إلى توقف الدمركية arrêt circulatoire، هذا الأخير يكون بشكل مبكر كلما كان حجم النزف أكبر.

2_العلامات السريرية(الفحص السريري) :

أ-الإستجواب : خصائص الألم :

-أ-1-ألم مع ميل غشبي، غشي حقيقي syncope vraie، أو إغماء lipothymie .
-عطش شديد ،،، علامة جيدة تدل على النزف.

أ-2- الظروف الكاشفة circonstances de découverte :

إمكانية حدوث نزف داخلي أساسا عند :

- مريض ضحية لرضخ.
- إمرأة في فترة الإنجاب خاصة مع تأخر الحيض.
- مريض مصاب بقرحة المعدة، أو بتشمع الكبد cirrhose، مريض تحت مضادات الإلتهاب غير الستيرويديّة AINS، أو مضادات التخثر.
- بعد الولادة أو بعد إجراء عملية جراحية.

ب- الفحص السريري :

ب-1-الفحص العام :

علامات عامة : شحوب جلدي، هياج agitation، كربة angoisse، نغيم الوعي] obnubilation، إنخفاض درجة حرارة الجسم.

ب-2-علامات الفحص السريري :

*علامات جلدية :

- شحوب الجلد والأغشية المخاطية (الملتحمّة conjonctive).
- إرتفاع زمن إعادة تلون الجلد temps de recoloration capillaire.
- تزرق جلدي marbrures cutanées تبتدئ عند الركبتين ويمكن أن تنتشر على أنحاء الجسم.
- عرق بارد.

*علامات قلب-عرقية signes cardio-vasculaires :

- نبض سريع وضعيف، تستطيع ملامسته فقط في الفخذ أو الشريان السباتي.
- تباطؤ دقات القلب دون إستعمال الأدوية أو ملء العروق remplissage vasculaire هو علامة على مآل سيء للمريض.
- ضغط الدم الشرياني عادي، منخفض أو الفرق بين الضغط الإنقباضي و الإنبساطي جد صغير.

- أوردة مسطحة.
- الضغط الوريدي المركزي منخفض.

*علامات تنفسية :

- نهيج سطحي polypnée superficielle.
- زرقة الشفاه والأطراف

* علامات بولية :

- قلة البول : إدرار البول diurèse أقل من 0.35 مل/كغ/س
- إنقطاع البول : إدرار البول منعدم

*علامات عصب-حسية :

- هياج، دوخة، كربة
- اضطرابات الوعي : تغميم الوعي إلى حد الغيبوبة coma

3_العلامات البيولوجية:

_تكون معدلات الهيماتوكريت) والهيموغلوبين taux d'hématocrite et d'hémoglobine أحيانا عادية قبل معاوضة نقص حجم الدم.

- يلاحظ انخفاض معدل الهيموغلوبين في الدم ابتداءا في الصدمات النزفية الحادة وهو علامة تدل على المآل السيء للمريض و يتناسب مع حجم نقص الدم.

-يدل وجود اضطرابات بيولوجية على المعاناة الخلوية (حمض إستقلابي acidose métabolique، اضطرابات مكونات الدم troubles de la crase sanguine، فرط البوتاسيومدمية hyperkaliémie، فرط الكرياتيندمية hypercréatinémie).

4_ علامات الحدة les signes de gravité :

بطء القلب المتناقض bradycardie paradoxale، انخفاض ضغط الدم لفترة طويلة (أكثر من ثلاثون دقيقة)، حمض لبني acidose lactique، فشل متعدد الأعضاء défaillance multiviscérale (غيبوبة، إقفار عضلة القلب ischémie myocardique، ضيق الجهاز التنفسي الحاد détresse respiratoire aiguë، القصور الكلوي الحاد، القصور الكبدي، نقص ألبومين دمية hypoalbuminémie، فرط بيليروبين دمية hyperbilirubinémie).

5_ الخصائص العرضية والسببية لأهم أنواع النزف الداخلي :

1- تدمي الصفاق :

أ- الأعراض السريرية :

علامات الصدمة النزفية مصاحبة للعلامات البطنية الآتية :

- آلام البطن الحاد
- بطن متسع (غياب التققع contracture)
- أصمية منحدره متقلبة matitié déclive et mobile مع المحافظة على أصمية الكبد

- صمت أثناء التسمع

- فحص الحوض : رذب دوغلاس ممتلئ وآلم

التباين بين شدة الألم أثناء اللمس المستقيمي وغياب التققع هو علامة مميزة لتدمي الصفاق.

ب- الأعراض اللاسريرية (الفحوص التكميلية)

ب-1-مشعاعية البطن اللامعة:

-غياب استرواح الصفاق، ضبابية منتشرة grisaille diffus .

ب-2-المصدانية :

-منطقة ناقلة للصوت مصدية hyperéchogène تدل على تدمي الصفاق في تجويف loge

موريسون Morrisson أو دوغلاس Douglas .

ب-3-بزل مع غسل الصفاق ponction lavage péritonéale :إيجابية.

ج- الأسباب الرئيسية

- تدمي الصفاق الرضخية **hémopéritoine post traumatique** (أنظر إصابات

- تدمي الصفاق التلقائي.

*أسباب نسائية :

-الحمل خارجرحمي **grossesse extra utérine** :- تمزق الحمل خارجرحمي هو السبب الرئيسي لمثل هذا النوع من النزف إذ لا بد من إستحضاره والبحث عنه عند كل امرأة في فترة الإنجاب وتحمل فقر الدم الحاد، كما أن علامة تأخر الحيض هو عنصر افتراضي قوي يفرض الولوج إلى المصدائية **échographie**، ويبقى مبطان **coelioscopie** هو وسيلة تشخيصية وعلاجية

-وردم خلفصفاقي مشيمي **hématome rétro-placentaire** كبير الحجم.

-تمزق الرحم :جس الرحم غير منتظم، إحساس بالجنين تحت الجلد.

*أسباب غير نسائية :

-تمزق أم الدم الأبهريّة **rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale** يسبب فجأة نزفا غزيرا وتوقفا دمركي.

-تمزق الورم : ورم الكبد، ورم أنسجة الجهاز الهضمي **tumeur stromale gastrointestinale**.

2_صدر مدمى hémothorax :

-أ-العلامات السريرية :

علامات الصدمة النزفية تصاحبها العلامات التنفسية الأتية :

-اللانفس **détresse respiratoire**

- تهوية لا متناظر **asymétrie ventilatoire**

-أصمية شق الصدر **matité d'un hémithorax**، إنخفاض أو إختفاء التنفس الحويصلي **murmures**

vésiculaires، إلغاء إنتقال الاهتزازات الصوتية **vibrations vocales**.

-البحث عن علامات إنضغاط القلب :إنحراف نغمات القلب **déviation des bruits du cœur**

-ب-العلامات المشعاعية :

*مشعاعية صدرية **radiographie thoracique**

-متلازمة الإنصباب السائلي **syndrome d'épanchement liquidien** عند مريض قائم

- توسع المنصف العلوي **médiastin supérieur**

- ضبابية منتشرة **grisaille diffus** عند مريض نام

-ج- الأسباب الرئيسية :

- تمزق برزخ الأبهري **rupture de l'isthme aortique**، يحدث أثناء تباطؤ مفاجئ (حادثة سير، إنزلاق

من إرتفاع كبير)

-تدمي الصدر مفاجئ وبشكل جد قوي يؤدي الى الوفاة في مكان الحادث.

-جروح العروق الجدارية.

-تهتك رنوي **lacération**

LES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN

Objectifs

- Définir les principaux termes employés en traumatologie abdominale,
- Relever les signes cliniques évoquant un traumatisme de l'abdomen,
- Relever les signes d'alarme traumatique imposant l'hospitalisation,
- Evaluer immédiatement par la clinique l'état d'un blessé pour reconnaître une urgence vitale,
- Evaluer secondairement par la clinique l'état d'un traumatisé de l'abdomen,
- Décrire les principaux tableaux cliniques.

I- DEFINITIONS

- **Traumatisme abdominal** □ tout traumatisme qui intéresse la région comprise entre le □diaphragme en haut et le plancher pelvien en bas quelque soit le point d'impact
- **Contusion de l'abdomen** □ traumatisme fermé : absence de solution de continuité □cutanée
- **Plaie de l'abdomen** □ comporte une solution de continuité cutanée.
 - Plaie non pénétrante : sans effraction du péritoine
 - Plaie pénétrante : avec effraction péritonéale

II- MECANISMES

- **Choc direct** □ Traumatisme appuyé ou non, écrasement : entraîne au niveau des □organes pleins lacérations ou hématomes et au niveau des organes creux des

éclatements

- **Choc indirect (décélération)** □ arrachement des viscères et leur méso
- **Plaie**

III- CONSEQUENCES

- **Lésions pariétales** □ hématomes, ecchymoses ...
- **Lésions viscérales** □
- Organes pleins : hémorragie par fracture parenchymateuse, ou Hématome.
- Organes creux : Perforation, éclatement : péritonite, abcès, hémorragie.

IV- ETUDE CLINIQUE

IV-1 : EVALUATION INITIALE

A l'admission du blessé à l'hôpital et tout en le mettant en condition, un interrogatoire et un examen physique rapide permettent de

IV-1-1 Vérifier les grandes fonctions vitales

- Liberté des voies aérienne: corps étranger, œdème
- Respiration
- Circulation
- Etat neurologique
- Déshabiller le patient pour l'examiner

IV-1-2 Relever les critères d'alarme traumatique : obligent à hospitaliser le blessé

- Patient nécessitant une désincarcération
- Chute d'une hauteur de plus de 6 mètres
- Ejection d'un véhicule automobile
- Choc piéton véhicule à plus de 35 km/ heure
- Plaie pénétrant la tête, le cou, le thorax ou l'abdomen
- TA inférieure à 90 mm hg
- Fréquence respiratoire inférieure à 10 ou supérieure à 30 cycles/mn
- Score de Glasgow < 12
- Déficit neurologique ou paralysie
- Brûlures > à 15% de la surface corporelle

IV-1-3 Relever les éléments orientant vers une lésion abdominale

- La constatation d'ecchymoses, d'hématomes, d'érosions, ou de plaies.
- Instabilité hémodynamique
- Traumatisme bipolaire : lésions de deux parties de part et d'autre de l'abdomen

IV-1-4 Relever les éléments indiquant une intervention chirurgicale en urgence

Etat de choc hémorragique intense d'une témoignant hémorragie massive persistante malgré un remplissage vasculaire important.

Traumatisme ouvert avec issue de viscères, et /ou de liquide digestif, de bile, d'urines etc...

L'agent vulnérant (exemple le couteau) est encore en place.

Son ablation risque de déclencher une hémorragie foudroyante

IV-2 : EVALUATION SECONDAIRE

Elle n'est réalisée qu'en dehors d'une urgence extrême.

IV-2-1 EXAMEN CLINIQUE COMPLET

Il comporte non seulement l'examen de l'abdomen mais aussi de tous les autres appareils avec surveillance et monitoring des fonctions vitales

❖ **Intérêt** : un double intérêt : définir le degré d'urgence et servir de référence pour les examens et la surveillance ultérieurs

❖ **Technique**

Interrogatoire complète au besoin l'interrogatoire fait à l'accueil : antécédents, dernier repas, dernière miction

Examen physique doit être considéré avec le plus grand soin chez un malade dévêtu, dans un environnement réchauffé. Il ne doit jamais se limiter à la région qui semble la plus touchée

- A l'inspection on recherche
 - ✓ des points d'impact : Ecchymose, hématome, plaie, ou traces de la ceinture de sécurité (Ces traces évoquent la possibilité de lésions par décélération).
 - ✓ En cas de plaie, il faut préciser la porte d'entrée, la porte de sortie, le trajet de l'agent vulnérant et en déduire les organes potentiellement lésés, le degré de souillure de la plaie et enfin l'issue d'un viscère ou d'un liquide biologique
- La palpation faite mains réchauffées, en commençant par les zones les moins sensibles recherche.

- ✓ Une douleur provoquée
- ✓ Une défense ou une contracture abdominale
- ✓ Une atteinte des dernières côtes
- La percussion recherche
 - ✓ Une matité déclive
 - ✓ Une sonorité anormale pré hépatique en faveur d'un pneumopéritoine et la perforation d'un organe creux
- L'auscultation peut mettre en évidence une diminution des bruits hydroaériques en rapport avec l'iléus reflex
- Les touchers pelviens (rectal et vaginal) recherchent
 - ✓ Un bombement et /ou une douleur de cul de sac de douglas
 - ✓ Une déchirure vaginale ou rectale
- L'examen des urines à la recherche d'une hématurie
- Un examen général : l'examen abdominal est complété par un examen général en particulier du thorax, de la tête et du cou, et des membres
- Le pouls, la TA, voire la Pression veineuse centrale, l'état de conscience et l'état respiratoire seront continuellement surveillés.

IV-2-2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES DE PREMIERE INTENTION

- L'échographie au lit du malade : De part son innocuité et sa disponibilité, elle s'impose comme l'examen de choix. Elle permet l'inventaire de l'ensemble de la cavité abdominale
 - ✓ Affirme l'existence d'un épanchement péritonéal
 - ✓ Objective un hématome pariétal ou viscéral
 - ✓ Evite une laparotomie purement exploratrice

- Un prélèvement sanguin pour : NFS et groupage sanguin, Taux de prothrombines, transaminases, lipasémie
- Radiographies de l'abdomen sans préparation à la recherche
 - ✓ D'un pneumopéritoine
 - ✓ De niveaux hydro-aériques
- la RX du thorax à la recherche
 - ✓ De fractures de cotes,
 - ✓ D'un épanchement pleural
 - ✓ D'un pneumomédiastin
 - ✓ D'une clarté gazeuse en rapport avec une rupture diaphragmatique

IV-2-3 : AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- TDM : Une fois le malade est stabilisé il peut bénéficier d'une TDM abdominale, ou corpseintier en un temps rapide avec un bilan complet et précis des lésions.
- Ponction lavage péritonéale (PLP)
 - N'est réalisée qu'en absence d'échographie et du scanner.
 - Elle consiste à réaliser sous anesthésie locale une incision sous-ombilicale, injecter 500 à 1000 ml de sérum physiologique tiède à travers un cathéter introduit au préalable dans la cavité péritonéale et recueillir par siphonage ce sérum
 - Les critères de positivité de la PLP sont :
 - Dès l'introduction du trocart dans le péritoine il y'a issu du sang ou de liquide digestif
 - compte des globules rouges > à 100.000/mm³(hémopéritoine)

- compte des globules blancs > à 500/mm³ (péritonite)
- Dosage d'amylase dans le liquide

V- PRINCIPAUX TABLEAUX CLINIQUES

Au cours d'un traumatisme de l'abdomen on peut schématiquement se trouver devant les éventualités suivantes

V-1- TABLEAU EVIDENT DE PERFORATION D'UN ORGANE CREUX

Tableau de péritonite aigue avec à la percussion disparition de la matité préhépatique (remplacée par une sonorité) traduisant le pneumopéritoine mis en évidence à l'ASP ou au scanner.

V-2- TABLEAU D'HEMOPERITOINE (voir hémorragie interne)

V-3- IL EXISTE UNE ANOMALIE CLINIQUE SANS DIAGNOSTIC EVIDENT

- l'abdomen devient ou reste sensible, météorisé
- le pouls reste rapide malgré les perfusions reçues
- le malade reste pale malgré qu'il soit réchauffe, perfusé

L'état du patient laisse penser qu'il existe un épanchement péritonéal mais les signes cliniques et ceux des radiographies n'apportent pas de certitude. D'autres examens peuvent être alors demandés

V-4- EXAMEN INITIAL EST NORMAL

- Hospitaliser le blessé si critère d'alarme traumatique
- Le surveiller attentivement et régulièrement
- Etablir une courbe de pouls et la TA
- Evaluer l'état de conscience
- Compter la diurèse

- Répéter l'examen clinique de façon pluriquotidienne et préférence par le même examinateur

Cette surveillance peut dépister une anomalie secondaire réclamant un bilan complémentaire sinon le patient sera autorisé à quitter l'hôpital.

رضوخ البطن

الأهداف :

- تعريف المصطلحات الأساسية المستعملة في طب الرضوخ البطني.
- إستخراج العلامات السريرية الدالة على رضخ البطن.
- إستخراج علامات الحدة الرضخية الموجبة للإستشفاء hospitalisation.
- التقييم الفوري لحالة المصاب سريريا لمعرفة حالة الطوارئ الحيوية.
- وصف أهم الصور السريرية.

1_تعريف :

- رضخ بطني **tramatisme abdominal** : كل رضخ يفيد المنطقة المحصورة بين الحجاب في الأعلى وقاع الحوض في الأسفل مهما كانت نقطة تأثير الضربة.
- كدمة بطنية **contusion abdominale** : رضخ مغلق **traumatisme fermé** : غياب تمزق جلد البطن.
- الجرح في البطن **plaie de l'abdomen** : تمزق جلد البطن.
- جرح غير مخترق : دون تمزق الصفاق.
- جرح مخترق : مع تمزق صفاقي.

2_الأليات :

- صدمة مباشرة: رضخ مع وجود أو غياب الضغط، سحق **écrasement** : يسبب على مستوى الأعضاء المملوءة تهتكات **lacération** أو ورا دم **hématomes**، وعلى مستوى الأعضاء المجوفة انفجارات **éclatement**.
- صدمة غير مباشرة (التباطؤ **décélération**): نزع الأحشاء ومساريقها.

-جرح

3_العواقب :

- *إصابات جدارية : ورا دم، كدمات **échy-moses**
- *إصابات الأحشاء :
- الأعضاء المملوءة : نزف ناتج عن كسر متني **fracture parenchymateuse** ، أو ورا دم **hématome**.
- الأعضاء المجوفة : إنتقاب **perforation**، انفجار: ذات الصفاق، خراجات، نزف.

4_الدراسة السريرية :

-أ- التقييم الأولي :

- يجب وضع المريض في وضع الإعداد بعد دخوله إلى المستشفى، والقيام بإستجواب وفحص سريري سريع يمكن من :
- أ-1-التحقق من الوظائف الحيوية الرئيسية :

- تحرير القنوات الهوائية : جسم غريب، وذمة **oédeme**.
- التنفس.

-الدمركية **hémodynamique**

-الحالة العصبية.

-خلع ملابس المريض من أجل الفحص

-أ-2-إستخراج معايير الحدة الرضخية الموجبة للإستشفاء :

- إحتياج المريض إلى إخراجه **incarcération** من مكان الحادث
- سقوط على إرتفاع أكثر من 6 أمتار
- إخراج من السيارة
- صدمة راجل بسيارة تزيد سرعتها عن 35 كم/س
- جرح مخترق للرأس، العنق، الصدر، أو البطن.
- إنخفاض ضغط الدم أقل من 90 مم زئبق
- سرعة التنفس أقل من 10 دورة/الدقيقة، أو أكثر من 30 دورة/الدقيقة.
- معدل غلاسكو **score de Glasgow** أقل من 12.

- عجز عصبي أو شلل
-حروق أكثر من 15 في المائة من مساحة الجسم
-أ-3-إستخراج العناصر الموجهة نحو إصابة في البطن :
-لتأكد من وجود الكدمات، الورام، تقرحات أو جروح.
-عدم إستقرار الدمحركية .
-رضخ ثنائية القطب traumatisme bipolaire : إصابة جزئين من جانبي البطن.
-أ-4-إستخراج العناصر المشيرة الى عملية جراحية طارئة :
-حالة الصدمة النزفية الشديدة التي تدل على نزف هائل ولازم، رغم عملية الملء العرقي القوي .
-رضخ مفتوح مع خروج الأحشاء و/أو سائل هضمي، الصفراء، البول، الخ...
-يمكن أن يؤدي زوال عامل جارح(مثل السكين) إلى إثارة نزف **صاعق**** hémorragie foudroyante.
-ب- التقييم الثانوي :يجرى في حالة غياب طارئ أقصى.
-ب-1-فحص سريري كامل :
يشمل الفحص إضافة إلى فحص البطن، فحص الأجهزة الأخرى مع مراقبة الوظائف الحيوية.
الهدف مزدوج : تعريف حدة الطارئ واستخدامه كمرجع للفحوص التكميلية والمراقبة اللاحقة. <=
التقنية :تكملة إستجواب الإستقبال إن لزم الأمر.
-السوابق، آخر وجبة، آخر تبول.
-إجراء فحص سريري بعناية كبيرة للمرضى في مكان دافئ، ولا يجب أن يقتصر فقط على المنطقة الأكثر تضررا.
*المعاينة : أثناء المعاينة نبحث عن :
-نقط التأثير : كدمات، وردم، جرح أو آثار حزام السلامة (هذه الآثار تشير إلى إحتمال إصابات بفعل التباطؤ (décélération)
-في حالة الجرح :يجب تحديد مدخل الدخول، مدخل الخروج، مسار العامل الجارح من أجل إستنتاج الأعضاء المحتمل إصابتها، درجة تعفن الجرح، وأخيرا خروج الأحشاء، أو سائل بيولوجي.
*الجس : إجراء عملية الجس بيدين دافنتين إبتداء من المناطق الأقل حساسية والبحث عن :
-ألم مثار أو مهييج douleur provoquée
-دفاع/تقفع بطني
-إصابة الضلوع الأخيرة
*القرع : البحث عن :
-أصمية منحدره
- يشير صوت غير طبيعي قبلكبديية إلى إسترواح الصفاق pneumopéritoine (إنتقاب في عضو أجوف)
*التسمع : قد يكشف عن إنخفاض الأصوات الماءغازية ناتج عن إيلوس منعكس iléus réflexe.
*فحص الحوض (المستقيمي والمهبلي) : نبحث عن :
-إنتفاخ أو ألم رذب دوغلاس cul de sac de Douglas
-تمزق المهبل أو المستقيم
*فحص البول للبحث عن بيلة دموية hématurie
*الفحص العام :- يتم إستكمال فحص البطن بفحص عام خاصة فحص الصدر، الرأس، العنق والأطراف
*قياس النبض، ضغط الدم، الضغط الوريدي المركزي، وفحص حالة الوعي وحالة التنفس بشكل مستمر.
-ب-2-الفحوص التكميلية الأولية :
-المصدانية عند سرير المريض: - الفحص المخير نظرا لتوفرها، ولكونها فحص غير إجتياعي
-التقييم الكامل لمختلف أعضاء التجويف البطني

- التأكد من وجود سائل صفاقي
- إظهار وردم جداري، أو ورم في الأحشاء
- تجنب فتح البطن الإستقصائي laparotomie exploratrice.
- عينة دموية : صيغة دموية، فصيلة الدم، معدل البروثرومبين، ناقلة الأمين transaminase، ومعدل الليبازدمية lipasémie.
- مشعاعية البطن اللامعدة ASP: البحث عن :
- استرواح الصفاق pneumopéritoine
- مستويات ماء غازية
- مشعاعية الصدر radiographie thoracique :
- كسور ضلعية fractures des cotes
- إنصباب جنبي épanchement pleural
- إسترواح المنصف pneumomédiastion
- غاز واضح clarté gazeuse في علاقته بتمزق الحجاب rupture diaphragmatique

ب-3- الفحوص التكميلية الأخرى :

-المفراسية: بمجرد أن يستقر المريض يمكن أن يستفيد من تصوير مفراسي بطني أو تصوير مفراسي للجسم بأكمله في وقت سريع.

-بزل مع غسل صفاقي ponction lavage péritonéale :

- تستعمل هذه التقنية فقط في غياب المصدانية والمفراس.
- تتوقف هذه التقنية على إنجاز شق تحت السرة، تحت تخدير موضعي، ثم حقن 500 إلى 1000 من المصل الفيزيولوجي الدافئ من خلال قسطرة ثم إدخالها قبلا في التجويف الصفاقي، وجمعه عبر أنبوب(مثعب)
- المعايير الإيجابية للبزل مع الغسل الصفاقي هي :
- * خروج الدم أو السائل الهضمي بمجرد إدخال مبزل في الصفاق
- * عد الكريات الحمراء أكثر من 100000/مم مربع (تدمي الصفاق)
- * عد الكريات البيضاء أكثر من 500/مم مربع(ذات الصفاق)
- * معايرة الأميلاز في السائل

5_ الصور السريرية الرئيسية :

أثناء رضخ البطن يمكننا أن نوضع أمام الحالات التالية :

أ-حالة جلية لإنتقاب عضو أجوف :

- حالة ذات الصفاق الحاد مع غياب الأصبية في المنطقة قبلالكبدية، أثناء القرع(يعوض بالرنين)، ويترجم إسترواح الصفاق المبرز بواسطة مشعاعية البطن اللامعدة أو المفراس.

-ب-حالة تدمي الصفاق(أنظر النزف الداخلي).

-ج-شذوذ سريري دون تشخيص واضح :

- يصبح البطن أو يبقى حساسا، منتفخا

-يبقى النبض سريع رغم الحقن المتواصلة المتلقاة

-يبقى المريض شاحبا على الرغم من تدفنته وإروانه(الحقن المتواصل)

حالة المريض تشير إلى إستحضار إنصباب صفاقي، لكن العلامات السريرية وكذلك المشعاعية لا تؤكد ذلك، لهذا يجب طلب إختبارات أخرى.

ث-الفحص الأولي عادي :

- إستشفاء المصاب في حالة وجود معايير الحدة الرضخية
- مراقبة المريض بعناية وإنتظام
- إنشاء منحنى النبض والضغط الدموي

-تقييم حالة الوعي

-عد إدرار البول

-إعادة الفحص السريري بشكل متكرر، ومن الأفضل من طرف نفس الفاحص.

هذه المراقبة تمكن من كشف خلل ثانوي يستدعي فحوصا تكميلية، وإلا يسمح للمريض بمغادرة المستشفى.

MASSES PALPABLES DE L'ABDOMEN

Prérequis :

- Limites anatomiques de la cavité abdominale et abdomino pelvienne,
- Anatomie topographique de l'abdomen : 9 quadrants.

Objectifs :

- Décrire les signes d'appel d'une masse abdominale,
- Décrire la technique de l'examen clinique et les éléments à préciser devant une masse abdominale,
- Identifier les caractéristiques cliniques des masses palpables de l'abdomen selon leur origine.

I-DEFINITION

- Une masse palpable de l'abdomen est tout processus occupant anormal de la cavité abdominale, décelé par la palpation de l'abdomen.
- Une masse est dite abdominale quand elle est décelée par le palper abdominal seul.

Elle est dite abdominopelvienne quand elle est décelée conjointement par le palper abdominal et les toucher pelviens.

II-EXAMEN CLINIQUE

II-1 INTERROGATOIRE : on doit préciser

I-1-1- **Date et circonstances de découverte de la masse** : quand c'est le malade qui a constaté l'apparition d'une masse abdominale et le motive à consulter, on doit préciser si la masse est découverte dans un :

- ✓ Contexte non urgent ? : symptomatique ou non,
- ✓ Contexte d'urgence viscérale? : à l'occasion d'une complication.

- ✓ Contexte de traumatisme abdominal?

I-1-2 les symptômes d'appel et signes associés

- Les symptômes d'appel non spécifiques
 - ✓ La douleur abdominale dont il faut décrire tous les critères sémiologiques (voir diagnostic d'une douleur abdominale).
 - ✓ Une douleur abdominale récidivante de siège fixe doit évoquer une lésion organique ; parfois c'est l'irradiation de la douleur qui attire l'attention.
 - ✓ La fièvre : de signification variable : une fièvre récente évoque une infection aigue, une fièvre au long cours évoque une tumeur solide : Foie, colon, rein.
 - ✓ Signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement.
- les signes d'appel spécifiques et directement liés à la masse attirent l'attention vers l'appareil concerné.
 - ✓ Signes digestifs:
 - Nausées et vomissements :
 - Troubles du transit: Diarrhée, constipation ou alternance de diarrhée et constipation.
 - Hémorragies digestives : Hématémèse, mélaena, rectorragie, anémie.
 - ✓ Signes hépatobiliaires
Ictère, prurit, coloration anormale des urines et des selles.
 - ✓ Signes urinaires: Hématurie, Pyurie, Emission de calculs.
 - ✓ Signes gynécologiques: Aménorrhée ; ménorragie métrorragie.
 - ✓ Signes endocriniens: on recherche une tumeur sécrétante et

fonctionnelle. (Voir sémiologie des tumeurs)

I-1-3- **Données concernant le malade** : Identité du malade (âge ; sexe ; origine géographique ; profession) ; Antécédents et date des dernières règles pour les femmes non encore ménopausées; notion de voyage récent,

II-2 EXAMEN PHYSIQUE : Après avoir réaliser d'abord un examen générale (Faciès, T°, Pouls, TA, Poids et taille, états respiratoire et neurologique) , l'examen physique se continue par l'examen de l'abdomen :

▪ **POSITION**

- L'examen de l'abdomen est réalisé en décubitus dorsal (position standard), les jambes fléchies et les bras le long du corps, vessie et rectum vides. Le médecin à droite du malade, ses mains réchauffées sont à plat sur le ventre du malade. La palpation se fait quadrant par quadrant en commençant par les régions les moins ou les non douloureuses.
- L'examen peut s'effectuer aussi en décubitus latéral (rate), en Position de Trendelenburg (tumeurs pelviennes) voir en position proclive.

▪ **ERREURES PAR EXCES A EVITER** □

- Ne pas prendre pour tumeur pelvienne un globe vésical d'ou la nécessité d'un examen sur vessie vide,
- Ne pas méconnaître une grossesse,
- Ne pas prendre pour tumeur un fécalome : masse pâteuse qui change de position et disparaît après lavement.

- **INSPECTION :**
 - Observer la couleur des téguments à la recherche d'un ictère, de signes inflammatoires, de lésions de grattage,
 - Rechercher une cicatrice opératoire, une Circulation veineuse collatérale abdominale, une augmentation du volume, une voussure ou une asymétrie de l'abdomen.
- **PALPATION** précise les caractéristiques sémiologiques de la masse
 - Le siège par rapport à un quadrant abdominal : oriente vers l'origine de la masse
 - le nombre : unique ou multiple,
 - La forme : arrondie, oblongue, multilobée,
 - La taille appréciée en cm, par rapport aux repères fixes ou par la mesure du périmètre abdominal,
 - La consistance : molle, rénitente, dure ou pierreuse,
 - La netteté des contours : limites bien nettes régulières ou masse irrégulière mal limitée,
 - La sensibilité : douloureuse ou non,
 - La mobilité : Transversale, Verticale, Par rapport au plan superficiel et profond lors des mouvements respiratoires,
 - La fluctuation,
 - la pulsatilité,
 - L'expansibilité.
- **AUSCULTATION** à la recherche d'un Souffle, d'un silence et de bruits hydro-aériques.
- **PERCUSSION**

- Se fait en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit et gauche, main gauche à plat sur le ventre, la pulpe du médium droit en crochet percute la face dorsale du médium gauche,
- Résultats :

1- Appréciation de la sonorité et matité

Normalement on a au niveau de :

- L'HCD et de l'HCG
- une Matité (le foie et la rate)
- une L'épigastre Sonorité
- La FID, la FIG et les Flancs une Sonorité (les intestins)
- L'Hypogastre (pelvis) une Matité (globe vésical)
- Une matité déclive (FID, FIG, Flancs) signe un épanchement liquidien

2- La mesure de la flèche hépatique

▪ TOUCHERS PELVIENS

- Toucher rectal (TR) : Recherchera
 - Un comblement du cul de sac de Douglas, des granulations péritonéales.
 - Une masse luminale ou extraluminale antérieure ou latérale.
- Toucher vaginal (TV) (combiné à la palpation abdominale)
 - Masse médiane, col mobile masse utérine.
 - Masse latéro-utérine col non mobile masse annexielle.

- **RESTE DE L'EXAMEN PHYSIQUE** : doit être complet

NB : Un examen clinique bien conduit respectant toutes les

étapes oriente vers le choix des meilleurs examens complémentaires biologiques ou morphologiques (imagerie, endoscopie ou autres) à réaliser.

III-ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES ET CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES

III-1- MASSES PARIETALES:

La traction sur la masse tend les muscles pariétaux.

La contraction des muscles de la paroi abdominale immobilise la masse qui reste palpable. Le caractère réductible et la réapparition à l'effort sont en faveur de la nature herniaire.

L'échographie ou la TDM sont parfois nécessaires pour situer le siège sous cutané ou retro musculaire de la masse.

III-2 MASSES PERITONEALES

Masse superficielle mais sous péritonéale comme en témoigne sa disparition après contraction abdominale.

III-3 MASSE HEPATIQUE

Masse de l'HCD, épigastrique et ou de l'HCG, mobile à la respiratoire.

Signes associés : Douleurs de type coliques hépatiques, l'ictère.

III-4 MASSES VESICULAIRES

Normalement la vésicule biliaire n'est pas palpable

Une grosse vésicule : est une masse rénitente, piriforme, sous le rebord costal droit, mobile à la respiration et bien limitée

III-5 MASSE SPLENIQUE

Normalement la rate n'est pas palpable et toute masse splénique se traduit par une grosse rate (Splénomégalie).

La Splénomégalie est une masse de l'HCG, superficielle, bien limitée, mobile à la respiration et à bord antérieur crénelé.

III-6 MASSE D'ORIGINE PANCREATIQUE

Masse épigastrique ou de l'hypochondre gauche, fixe, profonde. Signes associés : Douleur de type pancréatique, ictère, AEG.

Si la tumeur change de volume d'un examen à l'autre ou disparaît totalement (tumeur fantôme) il peut s'agir d'un faux kyste du pancréas.

III-7 MASSE D'ORIGINE COLIQUE

Masse arrondie ou oblongue, à grand axe parallèle au segment intestinal en cause. Ses limites sont plus ou moins nettes en dehors et en bas mais floues en dedans.

Signes associés : Saignement digestif : méléna, rectorragie, anémie, troubles du transit.

III-8 MASSE D'ORIGINE RENALE

Un gros rein est une masse donnant le contact lombaire et /ou le ballotement rénal.

Signes associés : colique néphrétique, hématurie, pyurie.

NB : un rein peut être ptosique et donc palpable.

III-9 MASSE MESENTERIQUE

C'est une masse très mobile verticalement et transversalement.

III-10 Anévrisme de l'aorte

C'est une masse battante, expansive et soufflante.

Terrain vasculaire.

كتل البطن المجسوسة

المعارف المسبقة :

-الحدود التشريحية في التجويف البطني، وكذلك البطن-حوضية abdomino pelvienne
-التشريح الطبوغرافي للبطن : 9 أرباع

الأهداف :

-وصف علامات النداء signes d'appel لكتلة بطنية
-وصف تقنية الفحص السريري والعناصر التي يجب تحديدها أمام كتلة بطنية
-تعريف الخاصيات السريرية لكتل البطن المجسوسة وفقا لمنشأ هذه الكتل

1_تعريف :

-كتلة البطن المجسوسة : هي كل ظاهرة شاذة تحتل التجويف البطني، ويمكن كشفها عن طريق جس البطن palpation .de l'abdomen

-نقول أن الكتلة بطنية عندما يتم الكشف عنها بواسطة جس البطن فقط، ونقول أنها بطن-حوضية عندما يتم الكشف عنها بواسطة جس البطن وفحص الحوض معا.

2_الفحص السريري :

-أ-الإستجواب interrogatoire: يجب تحديد :

-أ-1-التاريخ، وظروف إكتشاف الكتلة :- عندما يتم إكتشاف الكتلة البطنية من طرف المريض، يجب علينا تحديد ما إذا كان إكتشاف الكتلة في :

- سياق غير طارئ: وجود/غياب أعراض

- سياق طارئ متعلق بالأحشاء urgence viscérale: موافق لإحدى المضاعفات

- سياق رضخ بطني traumatisme abdominal

-أ-2-علامات النداء والعلامات المصاحبة :

*علامات النداء غير النوعية:

-ألم بطني : حيث يجب تحديد جميع الخاصيات العرضية لهذا الألم(أنظر تشخيص الألم الحاد)

-ألم بطني متكرر في نفس الموضع: يشير إلى وجود إصابة عضوية، وأحيانا تشعع الألم

irradiation de la douleur يلفت إنتباه الطبيب.

-الحمى : دلالة متغيرة :

-حمى حديثة تشير إلى عدوى حادة infection aigue

-الحمى اللازمة تشير إلى وجود ورم صلب (كبد،قولون،كلي)

-علامات عامة: الوهن asthénie، فقدان الشهية، فقدان الوزن.

*علامات النداء النوعية والمتعلقة مباشرة بالكتلة: تجذب إنتباه الطبيب الى العضو المعني :

-علامات هضمية :- غثيان، خلل التغوط (إمساك، إسهال أو تناوبهما)

-نزف هضمي: قيء دموي hématomèse، تغوط الدم melaena، نزف

مستقيمي rectorragie، فقر الدم.

- علامات كبد-صفراوية: - يرقان، حكة، تلون البول والبراز.

-علامات بولية : بيلة دموية hématurie، بيلة قيحية pyurie، إخراج الحصى.

-علامات أمراض النساء: إنقطاع الحيض aménorrhée، غزارة الطمث ménorragie، نزف

الرحم métrorragie.

-علامات الغدد الصماء : البحث عن ورم إفرازي ووظيفي (أنظر علم أعراض الأورام)

-أ-3-البيانات المتعلقة بالمريض:

- هوية المريض: (العمر، الجنس، الأصل الجغرافي، المهنة).

-السوابق وتاريخ آخر دورة شهرية عند المرأة في حالة الإنجاب.

-سفر حديث.

ب- الفحص السريري :

يتم إجراء الفحص العام (سحنة faciès، درجة الحرارة، النبض، ضغط الدم، الوزن، الطول، حالة التنفس، الحالة العصبية).

بعدها يتم إجراء فحص البطن :

ب-1-الوضعية :

-يتم إجراء فحص البطن على مريض مستلق على ظهره (الوضعية الإعتيادية)، حيث تكون الساقان مثنيتان، واليدين ممتدتان على طول الجسم، مع مثناة ومستقيم فارغتين.
-يكون الطبيب على يمين المريض، حيث يقوم بتدفئة يديه ووضعهما مسطحتين على بطن المريض.
-ينفذ جس البطن ربعا بربع (اعتمادا على التشريح الطبوغرافي) انطلاقا من المناطق غير الألمة non douleureuses أو الأقل إيلاما.
-يمكن أيضا إجراء الفحص على مريض مضطجع décubitus latéral (الطحال) في وضعية تراندبورغ position de Trendelenburg (الأورام الحوضية) إلى حد وضعية الإحناء.

ب-2-أخطاء إفراطية للتجنب :

-عدم اعتبار الكرة المثانية globe vésicale وربما حوضيا نظرا لضرورة إعادة فحص المثانة وهي فارغة.
-عدم معرفة الحمل.
-عدم اعتبار الكتلة البرازية fécalome وربما لكونه عبارة عن كتلة معجونة تغير وضعيتها وتختفي بعد الغسل.

ب-3-المعاينة :

-ملاحظة لون الأغشية téguments بحثا عن يرقان، علامات إنتهاية، علامات الحكمة lésions de grattage.
-البحث عن ندبة جراحية cicatrice chirurgicale، دورة وريدية رادفة بطنية circulation veineuse collatérale abdominale، زيادة حجم البطن، تقبب vossure أو بطن غير مئاثل.

ب-4-الجس : تحديد الخصائص العرضية للكتلة

-الموضع : بالنسبة إلى أرباع البطن (يوجه الطبيب نحو أصل الكتلة)
- العدد : واحدة/متعددة

-الشكل : كروية، مستطيلة oblongue، مفصص multilobée.

-الطول (بالسنتيمتر) : بالنسبة إلى المراجع الثابتة أو عن طريق قياس محيط الخصر périmètre abdominal.

-الصلابة consistance: لينة، مقاومة rénitente، صلبة، أو حجرية pierreuse.

-وضوح المحيط contours : حدود جد واضحة منتظمة، أو كتلة غير محددة وغير منتظمة.

-الحساسية sensibilité : آلمة أو لا

-الحركية : مستعرضة، عمودية، مقارنتها مع المستوى السطحي والعميق أثناء الحركات التنفسية.

-التموج la fluctuation

-الضربانية la pulsativité

-التمدد l'expansibilité.

ب-5-السمع : البحث عن نفخة soufflé، صمت silence، أو الأصوات الماءغازية.

ب-6-القرع : يجرى على مريض مستلق على ظهره، ومضطجع على جانبه الأيمن والأيسر مع وضع

اليد اليسرى مسطحة على بطن المريض ثم الطرق على سطحها الظهرى بواسطة لب الأصبع الوسطى الأيمن المقوس (على شكل كلاب) en crochet.

النتائج =>

***تحديد درجة الرنين والصمت، عادة نجد :**

-المراق الأيمن/الأيسر droit/l'hypochondre gauche : صمت

(الكبد/الطحال).

- الشرسوف l'épigastre : رنين.

-الحفرة الحرقفية اليمنى واليسرى/الجوانب la fosse iliaque droite et gauche /les flancs :

رنين (الأمعاء)

- المنطقة الختلية l'hypogastre (الحوض) : صمت (الكرة المثانية)

- أصمية منحدر (matité décline) (الحفرة الحرقفية اليمنى واليسرى/الجوانب) تدل على إنصباب

سائلي .épanchement liquidien

*قياس السهم الكبدي la flèche hépatique .

ب-7- فحص الحوض :

*اللمس المستقيمي toucher rectal :

-ردب دو غلاس cul de sac de Douglas ممتلئ، تحبيبات صفاقية granulations

.péritonéales

- كتلة لمعية** masse luminale أو خارجلمعية أمامية أو جانبية.

*اللمس المهلي toucher vaginal : (مشارك مع جس البطن)

-كتلة وسطية و عنق رحم متحرك : كتلة رحمية masse utérine

-كتلة جانبرحمية و عنق رحم غير متحرك : كتلة ملحقية masse annexielle .

ملاحظة : إجراء فحص سريري يحترم جميع المراحل السابقة، يوجه الطبيب نحو إختيار أفضل الفحوص التكميلية البيولوجية أو المورفولوجية لإنجازها (التصوير، التنظير.....).

3_ التوجه السببي orientations étiologiques والخصائص العرضية :

أ-الكتل الجدارية masses pariétales :

-يؤدي جر على مستوى الكتلة الى شد العضلات الجدارية.

- تقلص عضلات جدار البطن يشل الكتلة ويبقيها مجسوسة.

-قابلية رد الكتلة وإعادة ظهورها أثناء القيام بمجهود هي خاصية تدل على الطبيعة الفتقية.

-يستعمل المشعاعية أو المفراسية أحيانا، لتحديد الموضع تحتجلدي أو خلفعظلي للكتلة.

ب-الكتل الصفاقية masses péritonéales :

-كتلة سطحية، ولكن تحت صفاقية كما يتضح من إختفانها بعد التقلص العضلي.

ت-الكتل الكبدية :

-توجد سواء في المراق الأيمن، الشرسوف، و أو في المراق الأيسر، وتتحرك أثناء التنفس.

-تصاحبها العلامات التالية : ألم من نوع مغمص كبدي، يرقان.

ث-الكتل الصفراوية masses vésiculaires :

-المرارة عادة ليست مجسوسة.

-مرارة كبيرة : هي عبارة عن كتلة تحت الحافة الضلعية اليمنى، جد محدودة، مقاومة، كمثرية الشكل ،piriforme وتتحرك أثناء التنفس.

ج-الكتل الطحالية masses spléniques :

-الطحال عادة غير ملموس، وتترجم كل كتلة طحالية بطحال كبير (تضخم طحالي splénomégalie).

-تضخم طحالي : كتلة على مستوى المراق الأيسر، سطحية، بيئة الحدود، تتحرك أثناء التنفس، لها حافة أمامية محززة .crénélé

ح-الكتل البنكرياسية المنشأ :

-كتلة شرسوفية أو في المراق الأيسر، ثابتة وعميقة.

-العلامات المصاحبة: ألم بنكرياسي، يرقان، عدم البدن.

-إذا كان حجم الورم يتغير من فحص لأخر، أو يختفي تماما (ورم شبح tumeur fantôme)، فقد يكون كيسا بنكرياسيا كاذبا faux kyste du pancréas .

خ-كتلة قولونية المنشأ :

-كتلة كروية أو مستطيلة مع محور كبير موازي للجزء المعوي المسبب لها، بيئة الحدود نسبيا من الخارج والأسفل، وضبابية من الداخل.

-العلامات المصاحبة : نزف هضمي، تغوط الدم، نزف مستقيمي، فقر الدم، خلل التغوط.

-ر- كتلة كلوية المنشأ:

-كلية كبيرة : كل كتلة تعطي تماسا قطنيا contact lombaire و/أو نهزا كلويا ballonement rénal.
 -العلامات المصاحبة : مغص كلوي، بيلة دموية، بيلة قيحية.
 ملاحظة : يمكن للكلية أن تكون متدلّية ptosique، وبالتالي مجسوسة.

-ز- كتلة مساريقية masse mésentérique :

-كتلة جد متحركة عموديا واستعراضا.

-د- أم الدم الأبهرية anévrysme de l'aorte :

-هي كتلة ضربانية battante، متمددة expansive ونافخة soufflante.
 -أرضية إعتلال عرقي terrain vasculaire.

SEMILOGIE GENERALE DES TUMEURS

Objectifs :

- Définir les termes : tumeur, tumeur bénigne, tumeur maligne, pseudotumeur,
- Emmètre l'hypothèse d'une tumeur devant un syndrome d'altération de l'état général,
- Illustrer par des exemples le diagnostic d'une tumeur par un syndrome endocrinien,
- Expliquer par des exemples ce que c'est un syndrome tumoral,
- Définir le syndrome para néoplasique.

I- DEFINITIONS

I-1- TUMEUR

- **Histologique:** prolifération cellulaire localisée avec perturbation plus ou moins profonde de la division cellulaire échappant aux mécanismes de régulation de l'organisme aboutissant à un néo tissu anormal
- **Clinique:** apparition et développement en un ou plusieurs points de l'organisme d'une masse tissulaire ou d'une tuméfaction apparemment néoformée anormale par son volume et sa localisation
- **Dynamique:** Processus expansif à croissance plus ou moins rapide et théoriquement non contrôlée

I-2 PSEUDO TUMEUR

L'aspect macroscopique et le profil clinique ressemblent aux tumeurs vraies mais sans division cellulaire non contrôlée. L'origine peut être

inflammatoire hyperplasique ou dystrophie.

I-3 CANCER : Tumeur maligne caractérisée par :

- Envahissement et extension au niveau de l'organe : Extension locale,
- Envahissement des structures et organes de voisinage: Extension régionale,
- Diffusion par voie lymphatique,
- Métastases à distance du site primitif : foie, poumon, os.

II- CRITERES DISTINCTIFS ENTRE TUMEUR MALIGNE ET TUMEUR BENIGNE (Tableau comparatif)

CRITERES	T BENIGNES	T MALIGNES
MACROSCOPIE		
Limites	Bien limitée	Mal limitée
Organes	Parfois encapsulée	Envahis
Voisins	Refoulés et comprimés	Détruits et infiltrés
MICROSCOPIE		
Cellule	Bien différenciée	Bien, peu ou non différenciée
Noyau	Régulier	Gros et irrégulier
Mitoses anormales	Non	Oui
Architecture	Organoïde	Anarchique
Stroma	Adapté	Inadapté
EVOLUTION		
Locale	Lente	Rapide
Métastases	Non	Oui
Décès	Rarissime	Fréquent

III- SEMIOLOGIE CLINIQUE DES TUMEURS

Quelque soit le siège d'une tumeur elle peut se révéler par un ou plusieurs signes s'intégrant dans un syndrome plus ou moins complet : syndrome tumoral, syndrome endocrinien, syndrome paranéoplasique, ou un syndrome général.

III-1- LE SYNDROME TUMORAL

Ensemble de manifestations cliniques liées au développement de la tumeur dans un espace ou région anatomique donnée. En plus des signes en rapport avec le volume tumoral, la tumeur peut engendrer des complications qui peuvent être au premier plan des manifestations.

▪ MASSE TUMORALE

- Elle peut varier de quelques mm (polype) à plusieurs cm, peut être visible et palpable (voir masses palpables de l'abdomen) ou au contraire explorable que par les investigations morphologiques.
- Les métastases : A distance du site primitif, elles peuvent être viscérales et /ou ganglionnaires, uniques ou multiples.

▪ COMPLICATIONS

- Signes de compression ou d'obstruction
 - Œsophage : dysphagie- aphagie.
 - Estomac : vomissements.
 - Intestin : subocclusion- occlusion.
 - VBP :ictère.
 - Uretère : uretère hydronéphrose.
 - Trachée : larynx : dyspnée asphyxie.

- Moelle épinière : paraplégie.
- **Les hémorragies**
 - Hémorragie intra tumorale se manifeste par une anémie ou par un syndrome hémorragique.
 - Hémorragie interne : Hémorragie extériorisée : Hématémèse – méléna – rectorragie ; Métorragie– ménorragies Hémoptysie ; Hématurie ; Epistaxis.
- **Perforation tumorale** dans une cavité séreuse, organe creux ou à la peau.
- **Infection tumorale avec abcès péri-tumoral.**

III-2 LE SYNDROME GENERAL

Ensemble de signes non spécifiques : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre. Quand ces signes sont présents, ils entraînent un fléchissement ou une altération plus ou moins profonde de l'état général. L'altération de l'état général se voit plus fréquemment dans les tumeurs malignes.

III-3 LES SYNDROMES ENDOCRINIENS

- Manifestations liées à un excès ou au contraire à un défaut de sécrétion hormonale induite par le développement d'une tumeur dans un organe donné. L'hormone en question est normalement sécrétée par l'organe ou siège la tumeur.
- Exemples :
 - Adénome toxique de la thyroïde : T3, T4, TSH ⇒ hyperthyroïdie
 - Adénome de la parathyroïde : parathormone ⇒ hyperparathyroïdie

- Tumeurs de la surrénale
 - ✓ Adénome ou corticosurrénalome : cortisol ⇒ Syndrome de Cushing
 - ✓ Adénome de Conn: aldostérone ⇒ hyperaldostéronisme Primaire
 - ✓ Phéochromocytome : catécholamine ⇒ HTA
- Tumeurs du pancréas
 - ✓ Insulinome: insuline ⇒ hypoglycémie
 - ✓ Gastrinome: gastrine ⇒ Syndrome de Zollinger et Ellison
- Tumeur carcinoïde digestive ⇒ sérotonine ⇒ Syndrome carcinoïde Syndrome clinique associant (bouffées vasomotrices brutales + diarrhées + douleurs abdominales + crises de dyspnée asthmatiforme)
- Syndrome endocrinien paranéoplasique (chapitre suivant)

III-4- LE SYNDROME PARANEOPLASIQUE

- Ensemble de manifestations cliniques et /ou biologiques survenant à distance de l'endroit où se développe une tumeur ou ses métastases et lié à un médiateur chimique sécrété par la tumeur.
- Ces manifestations peuvent précéder apparaître et évoluer avec la tumeur (disparaissent avec sa disparition et réapparaissent avec sa récurrence).
- Exemples :

1- Syndrome para néoplasique **endocrinien** secondaire à une sécrétion

ectopique d'hormones ou peptide.

- Syndrome de Cushing para néoplasique (Cancer du poumon, Cancer du pancréas).
- Syndrome de Schwartz- Barter : sécrétion inappropriée d'ADH (Cancer bronchique).

2- Syndrome para néoplasique **hématologique** : polyglobulie (cancer du rein).

3- Syndrome para néoplasique **rhumatologique** : Ostéo arthropathie hypertrophiante pneumonique (cancer bronchique).

العلامات العامة للأورام

الأهداف :

- تعريف المصطلحات التالية : ورم، ورم حميد، ورم خبيث، ورم كاذب pseudotumeur
- وضع فرضية وجود ورم أمام عدم البدن [altération d'état général للمريض.
- تمثيل طريقة تشخيص حالة ورم بواسطة متلازمة صماوية syndrome endocrinien.
- تمثيل متلازمة الورم syndrome tumorale.
- تعريف متلازمة الجارورمية syndrome para néoplasique.

1. تعاريف :

أ. ورم :

أ.1. التعريف النسيجي :

عبارة عن تكاثر خلوي موضعي، مع اضطراب نسبي واضح وعميق للإنقسام الخلوي الذي ينفلت من آليات تنظيم الجسم، ويؤدي إلى تكون نسيج جديد غير عادي.

أ.2. التعريف السريري :

ظهور وتطور كتلة نسيجية أو تورم حديث التنسج tuméfaction néo-formée غير طبيعي من حيث الحجم والموضع، في نقطة أو عدة نقاط من الجسم.

أ.3. التعريف التطوري définition dynamique :

عملية نمو موسعة سريعة نسبيا، وغير متحكم فيها نظريا.

ب. ورم كاذب :

- المظهر العياني والتعريف السريري يشبه الأورام الحقيقية، لكن دون إنقسام خلوي منفلت.
- أصل هذه الأورام التهابي، أو فرط تنسجي hyperplasie، أو حثلي dystrophie.

ج. السرطان :

- تتميز الأورام الخبيثة ب :

- غزو envahissement وتوسع على مستوى العضو: توسع محلي extension locale.
- غزو الهياكل والأعضاء المجاورة: توسع جهوي extension régionale.
- إنتشار عن طريق الجهاز اللمفاوي.
- نقائل métastases عن بعد من الموقع الأساسي : الكبد، الرئة، العظام.

2. المعايير المميزة بين الأورام الخبيثة/الحميدة (جدول المقارنة) :

ورم خبيث	ورم حميد	الخصائص
غامضة منتهكة مدمرة ومتسربة	بيئية أحيانا مغلقة مدفوعة إلى الوراء ومضغوطة	_الفحص العياني : -الحدود -الأعضاء -أعضاء الجوار
جد متباينة أو قليلا أو لا متباينة كبيرة وغير منتظمة نعم فوضوي anarchique غير مناسب	جد متباينة منتظمة لا عضوي organoide مناسب	_الفحص المجهري - الخلايا - النواة - الإنقسامات المعتلة - العمارة - سدى stroma
سريع نعم كثير	بطيئ لا نادر للغاية	_التطور - محلي - نقائل - موت

3. علم الأعراض السريرية للأورام :

- يمكن أن ينكشف الورم أيا كان موضعه لعلامة أو علامات تدرج داخل متلازمة نسبيا كاملة، متلازمة ورمية، متلازمة صماوية، متلازمة الجارورمية، أو متلازمة عامة.

أ. متلازمة ورمية :

- مجموعة من المظاهر السريرية المتعلقة بتطور الورم في حيز أو منطقة تشريحية معينة.
- يمكن أن يؤدي الورم إلى مضاعفات قد تكون في طبيعة هذه المظاهر، إضافة إلى علامات متعلقة بحجم الورم.

أ.1. الكتلة الورمية :

- يمكن أن تتغير من بضع مليمترات (سليلة polype) إلى عدة سنتيمترات، ويمكن أن تكون واضحة ومجسوسة(أنظر كتل البطن المجسوسة)، أو على العكس مكتشفة بواسطة الإستقصاءات المورفولوجية فقط.
- يمكن للنقائل على مسافة من الموقع الأصلي، أن تكون حشوية و/ أو عقدية، مفردة أو متعددة.

أ.2. المضاعفات :

- علامات الضغط أو الإنسداد :

- المريء.....عسر الهضم dyspahgie، تعذر الأكل aphagie.
- المعدة.....قيء.

- الأمعاء.....إسداد، إسداد جزئي **subocclusion**.
- المسلك الصفراوي الرئيسي.....يرقان.
- الحالب.....موه حالبكوي **uretéro hydronéphrose**.
- الرغامى-الحنجرة.....ضيق النفس، إختناق **asphyxie**.
- النخاع الشوكي.....فالج سفلي **paraplégie**.
- النزف :
- نزف داخوري : يتجلى في فقر الدم، أو متلازمة نزفية **syndrome hémorragique**.
- نزف داخلي :نزف مخرج: قيء الدم، تغوط الدم الأسود، نزف مستقيمي، نزف الرحم، غزارة الطمث، نفث الدم **hémoptysie**، بيلة دموية، رعاف.
- إنتقاب ورمي **perforation tumorale** في تجويف مصلي، عضو أجوف أو على مستوى الجلد.
- عدوى ورمية مع خراج محيط بالورم.
- ب. متلازمة عامة :
- مجموعة العلامات الغير النوعية :وهن، فقدان الشهية، فقدان الوزن، حمى.
- يؤدي حضور هذه العلامات إلى إنعدام نسبي للبدن.
- يلاحظ عدم البدن بشكل كبير في الأورام الخبيثة.
- ت. متلازمة صماوية :
- مجموعة من المظاهر المرتبطة بإفراط أو بنقص في الإفرازات الهرمونية، نتيجة نمو ورم في عضو معين، حيث يفرز هذا الهرمون المعني من طرف العضو الذي يتموضع به الورم.
- أمثلة :
- ❖ الأورام الدرقية:
- ورم غذي سام للدرقية **adénome toxique** = الفرطرقية **Hyperthyroidie**.
- ورم غذي دريقي (هرمون الدريقات: باراثورمون) = الفرطدريقي **hyperparathyroidie**.
- ❖ الأورام الكظرية :
- ورم غذي أو القشر كظري **corticosurrénaome** : الكورتيزول =متلازمة كوشينغ **syndrome de Cushing**.
- الورم الغدي لكون **adénome de Conn** : الألدوستيرون **aldostérone** = فرط الألدوستيرون الأولي
- ورم القواتم **phéochromocytome** : كاتيكولامين **catécholamines** = ارتفاع الضغط الدموي.
- ❖ الأورام البنكرياسية :
- أنسولينوم **insulinome** : الأنسولين = نقص السكر دمياً.
- غاسترينوم **gastrinome** : الغاسترين = متلازمة زوليكر إيسون **syndrome de**

Zollinger Elisson.

❖ أورام سرطاوية هضمية :

▪ أورام سرطاوية هضمية = tumors carcinoides digestives

السيريتونين =sérotonine متلازمة سرطاوية .syndrome carcinoide

متلازمة سريرية تجمع بين فوران دمكري مفاجئ bouffées vasomotrices brutales، إسهال، ألم بطني، وأزمات نهيج شبه ربوية crise de dyspnée asthmatiforme.

▪ متلازمة صماوية جارورمية.

ج. متلازمة الجارورمية :

- مجموعة من المظاهر السريرية و/ أو البيولوجية التي تحدث على مسافة من موضع نمو الورم أو نقائله، وترتبط بوسيط كيميائي مفرز من طرف الورم.
- هذه المظاهر قد تسبق ظهور الألم، ويمكنها أن تتطور مع الورم فيما بعد (تختفي باختفاء المرض وتظهر في حالة عودته).

▪ أمثلة :

ج.1. متلازمة الجارورمية الصماوية :

نتيجة عن إفرازات منتبذة للهرمونات ectopique des hormones أو

للبيبتيدات .peptides

- متلازمة كوشينغ الجارورمية** (سرطان الرئة، البنكرياس).
- متلازمة شوارتز بارتر syndrome de Schwartz Barter: إفراز غير مناسب لهرمون مضاد إدرار البول(سرطان قصيبي).

ج.2. متلازمة الجارورمية الدموية :

▪ الفرط كروية** polyglobulie (سرطان الكلي).

ج.3. متلازمة الجارورمية الروماتيزية:

- إعتلال مفصلي عظمي ضخامي رئوي المنشأ ostéo arthropathie hypertrophiante
- pneumonique (سرطان قصيبي).

LES ICTERES RETENTIONNELS

Prérequis :

- Anatomie du foie et des voies biliaires.
- Métabolisme et excrétion de la bile.

Objectifs :

- Expliquer de manière schématique les conséquences physiopathologiques d'un obstacle sur les voies biliaires,
- Identifier chez un malade présentant un ictère les signes orientant vers sa nature obstructive (choléstatique),
- Situer le niveau de l'obstacle à la lumière des données clinique et/ radiologique,
- Identifier les signes en faveur de la nature lithiasique, ou tumorale de l'obstacle.

I – DEFINITIONS :

L'ictère choléstatique est une coloration jaune des téguments (peau et muqueuses) causée par une augmentation du taux de bilirubine conjuguée dans le sang due à une diminution ou un arrêt de l'excrétion biliaire à la suite d'un obstacle sur les voies biliaires.

Lorsque la bilirubinémie dépasse légèrement 15mg/l, elle entraîne un subictère et un ictère franc quand elle dépasse 30mg/l.

II – PHYSIOPATHOLOGIE :

L'obstacle à l'écoulement de la bile entraîne un ensemble de perturbations anatomiques et physiopathologiques qui peuvent expliquer tous les signes clinique et biologiques.

Une cholestase quelle soit extrahépatique ou intrahépatique a pour conséquence le reflux des différents composés de la bile dans la circulation systémique :

- La bilirubine conjuguée formée dans l'hépatocyte (mais non encore excrétée) reflue dans les plasmas, s'accumule dans la circulation systémique (ictère), s'élimine dans les urines (urines foncées), mais n'est pas éliminée dans la bile par les hépatocytes (selles claires).
- Les sels biliaires : s'accumulent dans la circulation systémique (prurit), s'éliminent dans les urines (urines mousseuses) mais pas dans la bile (mal digestion avec selles graisseuses et carence en vitamines liposolubles).
- Le cholestérol : s'accumule dans le secteur systémique en cas d'obstacle persistant (hypercholestérolémie) : xanthomes sous cutanées.

III- SEMIOLOGIE CLINIQUE

III-1 L'ICTERE

La recherche de l'ictère se fait à la vue et doit être faite sous la lumière naturelle dite du jour. L'ictère est flagrant quand il est cutané ; la recherche d'un ictère débutant ou subictère se fait au niveau des conjonctives en abaissant, par appui doux, la paupière inférieure.

III-2 LE SYNDROME CLINIQUE DE CHOLESTASE

Associe à côté de l'ictère :

1. Urines foncées : C'est un signe important que rapporte le patient et qui sera vérifié et recherché par le médecin en demandant au patient d'uriner dans un bocal transparent en verre clair.

2. Selles décolorées : Les selles perdent leur couleur jaune habituelle et prennent une couleur de pâte de farine dite blanc mastic.
3. Stéatorrhée : Ce sont des selles riches en graisses non digérées et ceci est dû à l'absence de bile nécessaire à leur émulsion. Les selles deviennent alors luisantes et collent aux toilettes et sont difficiles à chasser.
4. Prurit : Signe inconstant, peut parfois précéder l'ictère, dû à l'accumulation dans le corps des sels biliaires qui stimulent les terminaisons nerveuses au niveau cutané. Il est souvent généralisé à tout le corps depuis la plante des pieds jusqu'au cuir chevelu. Les lésions de grattage qu'il provoque peuvent s'infecter.

III-3 EXAMEN PHYSIQUE:

EG : Fievre

L'examen doit être complet et doit rechercher :

1. Un gros foie de cholestase : Le foie est augmenté de volume dans son ensemble de façon homogène. Son bord inférieur est moussé.
2. Une grosse vésicule : masse d'allure kystique rénitente, piriforme qui se projette sur l'aire de la vésicule biliaire et mobile à la respiration. Elle peut être absente (cholécystectomie, vésicule scléroatrophique).

Il est classique d'évoquer un cancer de la tête du pancréas en premier devant tout ictère choléstatique avec une vésicule palpable, c'est la loi de Courvoisier et Terrier.

3. Des xanthomes ou xanthélasmas : Ce sont des lésions cutanées blanchâtres, légèrement surélevées dues à l'excès de cholestérol

dans l'organisme. Ces lésions siègent surtout au niveau des paupières.

IV- SIGNES BIOLOGIQUES (SYNDROME DE CHOLESTASE)

La bilirubinémie est élevée surtout au dépend de sa fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines sont augmentées, leur dosage est très intéressant surtout dans les cholestases dites anictériques. Le dosage des autres enzymes : (Gama GT, 5 nucléotidase) est peu demandées. Le taux de prothrombine est diminué mais se corrige après injection de la vitamine K.

V – SIGNES RADIOLOGIQUES:

V-1 SEMIOLOGIE ECHOGRAPHIQUE

Le signe majeur est la dilatation des voies biliaires ;

- Quand les voies biliaires intrahépatiques (VBIH) sont dilatées elles deviennent visibles sous forme d'images hypoéchogènes multiples et diffuses à tout le foie.
- Quand la VBP est dilatée, elle réalise avec le tronc porte une image dite en canon de fusil.
- Le siège de la dilatation dépend du niveau de l'obstacle : Ainsi un obstacle hilaire (tumeur) donnera une dilatation isolée des VBIH alors qu'un obstacle bas situé (cancer de la tête du pancréas, ampulome vaterien, lithiase du cholédoque) donnera une dilatation de la VBP, de la vésicule biliaire et des voies biliaires intrahépatiques.
- Les obstacles tissulaires se traduisent par des images échogènes sans cône d'ombre et les lithiases par des images hyperéchogènes donnant des cônes d'ombre).

V-2 SEMIOLOGIE SCANOGRAPHIQUE (TDM):(sans et avec injection de Produit de Contraste)

En plus de la dilatation des VBIH et/ou des VBEH, la tomodynamométrie est plus sensible que l'échographie pour montrer la cause de l'obstacle notamment de nature tumorale : tumeur vésiculaire, hépatique, biliaires (tumeur du hile) ou céphalopancréatique. La TDM permet aussi d'apprécier l'extension aux organes adjacents (viscères, vaisseaux, ganglions)

La sensibilité du scanner pour la détection lithiase cholédocienne est supérieure à celle de l'échographie.

V-3 SEMIOLOGIE A L'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE :
(cholangio – IRM ou bili IRM)

Elle permet une visualisation de la VBP normale ou dilatée. En cas d'obstacle de la VBP, notamment tumorale, la dilatation biliaire et le niveau de l'obstruction peuvent être identifiés dans la majorité des cas. L'identification de la cause de l'obstruction est plus difficile en raison de la faible résolution spatiale.

VI- PRINCIPALES ETIOLOGIES:

VI-1 L'ICTERE LITHIASIQUE

Il s'agit d'un ictère d'installation brutale, intermittent variable évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

La succession de douleurs, fièvre et ictère en 24 à 28 heures caractérise la triade de VILLARD. Le plus souvent l'ictère régresse voir disparaît rapidement comme il était apparu.

VI-2 L'ICTERE NEOPLASIQUE:

L'ictère s'installe progressivement et évolue en un seul tenant, sans rémission. L'ictère devient de plus en plus intense et vire vers le vert. Le prurit presque constant s'intensifie de jour en jour. Les signes infectieux sont rares. L'état général s'altère avec l'évolution.

اليرقان السدي :

المعارف المسبقة :

- تشريح الكبد والقنوات الصفراوية **excrétion de la bile**
- إستقلاب و إفراغ الصفراء

الأهداف :

- شرح النتائج الإعراضية لحاجز على مستوى القنوات الصفراوية بشكل مبسط.
- تعريف العلامات الموجهة نحو الطبيعة السدية (ركود صفراوي **choléstatique**) عند مريض مصاب باليرقان.
- تحديد موضع الحاجز في ضوء المعطيات السريرية والمشعاعية.
- تحديد العلامات الدالة على الطبيعة الحصوية أو الورمية للحاجز.

1. تعاريف :

- **اليرقان الركودي** **ictère choléstatique** : هو إصفرار الجلد **téguments** (البشرة، الأغشية المخاطية) الناتج عن ارتفاع معدل البليروبين المقترن في الدم، والراجع إلى إنخفاض أو توقف تفرغ الصفراء على إثر حاجز في القنوات الصفراوية.
- عندما يتجاوز البليروبيندمية **15 مغ/لتر**، فإنه يؤدي إلى يرقان خفيف **subictère**، بينما يسبب يرقانا واضحا عندما يتجاوز **30 مغ/لتر**.

2. الإعراضية :

- يؤدي وجود حاجز أمام تدفق الصفراء إلى مجموعة من الإضطرابات التشريحية والإعراضية التي تمكن من شرح كافة العلامات السريرية والبيولوجية.
- يسبب ركود الصفراء سواء كان خارجكبدي أو داخلكبدي إلى إرتداد مختلف عناصر الصفراء إلى داخل الدورة الدموية :
- ✓ ينحسر البليروبين المقترن المشكل داخل خلايا الكبد (غير مخرج) في البلازما، ويتراكم في الدورة الدموية(يرقان)، وتتم إزالته إلى البول(بول غامق **urines foncées**)، وليس إلى الصفراء عن طريق الخلايا الكبدية(إبيضاض البراز **selles claires**).
- ✓ الأملاح الصفراوية **sels biliaires** : تتراكم في الدورة الدموية (حكة **prurit**)، وتتم إزالتها إلى البول (بول رغوي **urines mousseuses**)، وليس إلى الصفراء(سوء الهضم **maldigestion** وبراز غني بالدهنيات **selles graisseuses**، مع نقص في الفيتامينات الذائبة في الدهون **vitamines liposolubles**).
- ✓ الكولسترول : يتراكم في القطاع النظمي عند وجود حاجز لازم (فرط الكولسترول)، ويسبب الصفارم تحتجلدية **xanthomes sous cutanées**.

3. علم الأعراض السريرية :

أ. اليرقان **ictère** :

- يتم البحث عن اليرقان بالرؤية، اعتمادا على ضوء النهار الطبيعي.

▪ يكون اليرقان واضحاً في حالة اليرقان الجلدي، أما في حالة اليرقان البادئ أو الخفيف،
فنبحث عنه على مستوى الملتهمة **conjonctive**، وذلك بخفض الجفن السفلي **subictère**،
paupière inférieure برفق.

ب. المتلازمة السريرية للركود الصفراوي : تضم إلى جانب اليرقان العلامات التالية :

ب.1. بول غامق :

علامة مهمة يرونها المريض، ويجب البحث عنها والتأكد منها حيث نطلب من المريض أن يتبول في جرة شفافة زجاجية وواضحة.

ب.2. براز مبيض selles décolorées :

يفقد البراز لونه الأصفر الإعتيادي، ويأخذ لون العجين الدقيق ويسمى "أبيض عجيني" blanc mastic

ب.3. إسهال دهني stéatorrhée :

عبارة عن براز غني بالدهنيات الغير المهضومة، وهذا يرجع إلى غياب الصفراء اللازمة لاستحلابهم émulsion، يصبح البراز جد لامع ويلصق بالمرحاض ويصعب إزالته.

ب.4. الحكة :

علامة غير ثابتة، وتسبق اليرقان أحيانا، وذلك بسبب تراكم الأملاح الصفراوية sels biliaires في الجسم، والتي تحفز النهايات العصبية على مستوى الجلد، وتنتشر الحكة بكامل الجسم من أخمص القدم إلى فروة الرأس غالبا، ويمكن لإصابات الحكة اناتجة أن تتعفن.

ت. الفحص السريري :

• العلامات العامة : الحمى

يجب أن يكون الفحص كاملا ونبحث عن :

ت.1. تضخم كبدي gros fois ناتج عن ركود صفراوي :

يتزايد حجم الكبد بشكل متجانس في المجل، مع حافة سفلية ناعمة.

ت.2. حويصلة كبيرة grosse vésicule :

كتلة على هيئة كيس مقاوم **rénitente**، كمثري الشكل piriforme، متحرك أثناء التنفس، على مستوى منطقة الحويصلة الصفراوية، ويمكن أن تكون غائبة (إستئصال المرارة cholecystectomy، حويصلة ضامرة vésicule scléroatrophique).

تقليديا نستحضر أولا سرطان رأس البنكرياس أمام كل يرقان سدي مصحوب بحويصلة مجسوسة، وهذا ما يسمى بقانون كورفوازييه وتيريبي loi de Courvoisier et Terrier.

ت.3. الصفاريم xanthélasmas :

عبارة عن آفات جلدية بيضاء مرتفعة قليلا (عن سطح الجلد)، ناتجة عن فرط الكوليسترول في الجسم، وتتموضع خاصة في الجفون.

4. العلامات البيولوجية(متلازمة الركود الصفراوي) :

▪ ارتفاع البيلروبيندمية، خاصة المقترن.

▪ ارتفاع الفوسفاتات القلوية **phosphatases alcalines**، حيث أن معايرتهم جد مهمة في الركود

- الصفراوي المسمى "اللايرقاني" "anictérique".
- معايرة أنذر الأنزيمات الأخرى : (ناقلة البيبتيد غاما غلوتاميل Gamma GT، 5 نوكليو تيداز 5 (nucléotidase).
- معدل البروثرومبين منخفض، ويتم تصحيحه بعد حقن فيتامين ك vitamine k .

5. العلامات المشعاعية :

أ. المصدانية échographie :

- العلامة الرئيسية هي توسع القنوات الصفراوية.
- عندما تتوسع القنوات الصفراوية الداخلكبدية، تصبح مرئية على شكل صور لامصدية hypoéchogène، متعددة ومنتشرة على طول الكبد.
- عندما تتوسع القناة الصفراوية الرئيسية، تشكل مع الجذع البابي tronc porte صورة تسمى "مدفع البندقية" "en canon de fusil" image dite.
- موضع التوسع يعتمد على مستوى الحاجز :
 - ✓ حاجز نقيري obstacle hilaire (ورم): يسبب توسعا منعزلا للقنوات الصفراوية الداخلكبدية.
 - ✓ في حين إذا كان الحاجز متموضعا بالأسفل (سرطان رأس البنكرياس، ورم أنبوية
- فاتر ampulome Vatérien، تحصي القناة الصفراء lithiase du cholédoque)، فإنه يسبب توسع كل من القناة الصفراء الرئيسية، الحويصلة الصفراوية، والقنوات الصفراوية الداخلكبدية.
- تترجم الحواجز النسيجية بصور مصدية لا مخروطية conique، بينما تترجم الحصوات بصور مصدية مخروطية.

ب. المفراسية (مع أو بدون حقن مادة التباين) :

- بالإضافة الى توسع القنوات الصفراوية الداخلكبدية والقنوات الصفراوية الخارجكبدية، يعتبر المفراس أكثر حساسية من المصدانية في إظهار أسباب الحاجز خاصة الطبيعة الورمية (ورم حويصلي، كبدي صفراوي، ورم النقيير tumeur du hile، أو رأسي بنكرياسي)، كما يمكن التصوير من تحديد الإنتشار في الأعضاء المجاورة (الأحشاء، العروق والغدائد adénopathies)
- حساسية المفراس في إكتشاف تحصي القناة الصفراوية أكبر من المصدانية.

ت. المرنان: المرنان الصفراوي chologio-IRM.

- يسمح بمشاهدة القناة الصفراوية الرئيسية العادية أو المتوسعة.
- في حالة حاجز للقناة الصفراوية الرئيسية خاصة الورمي : يمكن تحديد التوسع الصفراوي ومكان الإنسداد في غالبية الحالات.
- لكن يصعب تحديد سبب الإنسداد نظرا لإنخفاض الدقة الفضائية résolution spatiale .

6. الأسباب الرئيسية :

أ. اليرقان الحصوي :

- عبارة عن يرقان مفاجئ، متقطع، متغير، في سياق الحفاظ على الحالة العامة.

▪ يميز تتابع العلامات التالية : الآلام، الحمى، اليرقان خلال 24-48 ساعة ثلاث فيلارد triade de .Villard

▪ في الغالب يتراجع اليرقان فيختفي سريعا كما ظهر.

ب. اليرقان الورمي :

▪ يرقان تدريجي، متصل، بلا رجعة.

▪ تتزايد شدة اليرقان، ويتحول الى اللون الأخضر.

▪ تبقى الحكة شبه ثابتة، وتتزايد من يوم لآخر.

▪ العلامات التعفنبة نادرة.

▪ تخور القوى مع التطور.

HERNIES ET EVENTRATIONS DE LA PAROI ABDOMINALE

OBJECTIFS DU COURS :

- Définir une hernie, une éventration, une éviscération.
- Mener correctement l'examen clinique d'un patient présentant une hernie de l'aine.
- Diagnostiquer cliniquement une hernie de l'aine non compliquée.
- Préciser les éléments cliniques aidant à différencier le type anatomique de la hernie l'aine.
- Connaître les signes cliniques d'une hernie étranglée.

DEFINITIONS

- **La hernie** se définit comme l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens hors des parois de l'abdomen par un **point faible anatomiquement** présent dans la paroi abdominale.
- **L'éventration** est l'issue spontanée des viscères abdominaux ou pelviens à travers **une zone de faiblesse musculo-aponévrotique** créée par une intervention chirurgicale antérieure (la peau est intacte).
- **L'éviscération** est l'issue, au dehors, des organes abdominaux due à la désunion précoce **d'une laparotomie ou secondaire à une plaie pénétrante de l'abdomen**. effectuée dans un but chirurgical (aponévrose, muscle et peau ouvert).

HERNIES DE L'AINE

I- EXAMEN CLINIQUE :

I-1 INTERROGATOIRE : on doit préciser

I-1-1-date et modalités d'apparition et d'évolution:

- La hernie de l'aine apparaît comme une tuméfaction dans la région inguino-crurale,
- Récente ou ancienne, progressive ou brutale, douloureuse ou non,
- Apparaît spontanément en position debout ou à l'effort et à la toux
- Réductible ou non par le repos au lit.

I-1-2-troubles fonctionnels

- Peuvent être absents,
- Simple gêne, pesanteur, tiraillement,
- Douleurs à l'effort, troubles digestifs,
- Retentissement sur l'activité physique.

I-1-3-conditions de vie et antécédents

- Facteurs favorisants : asthme, dysurie, constipation (hyperpression abdominale),
- Inactif, retraité, sédentaire ou au contraire actif et sportif,
- Récidive d'une hernie anciennement opérée.

I-2 EXAMEN PHYSIQUE:

Il affirmer à lui seul le diagnostic. Il doit être méthodique: en position debout puis couchée, en faisant tousser le malade.

- **INSPECTION** : Retrouve une tuméfaction de la racine de la cuisse et note l'aspect de la peau en regard de la hernie. Parfois la région de l'aine apparaît strictement normale.
- **PALPATION.**

- Précise les repères anatomiques de la région de l'aine :
 - l'épine iliaque antéro-supérieure,
 - l'épine du pubis,
 - et la **ligne de MALGAIGNE** : ligne tendue entre les 2 repères précédents, correspond anatomiquement à l'arcade crurale,
 - les vaisseaux fémoraux (pouls fémoral),
 - il faut préciser le siège de l'orifice herniaire par rapport à la ligne de Malgaigne (par où sort la tuméfaction),
 - Orifice **au dessus** de la ligne de Malgaigne = hernie **inguinale**
 - Orifice **au dessous** de la ligne de Malgaigne = hernie **crurale**
- Examen de l'orifice inguinal externe
 - L'index coiffé par la peau scrotale pénètre dans l'orifice inguinal externe, au dessus de l'arcade crurale. On recherche dans le canal une impulsion à la toux.
- Examen de l'orifice crural
 - Il est palpé sous la ligne de Malgaigne, en dedans des vaisseaux fémoraux.
- Le reste de l'examen clinique : doit préciser
 - Volume de la hernie, le contenu du sac, l'état de la paroi.
 - Des associations herniaires : coté controlatéral, Hernie crurale, Hernie ombilicale.
 - L'état des organes génitaux externes (examen des bourses), le toucher rectal.

- L'existence d'autres tares.

II-CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES D'UNE HERNIE NON COPMLIQUEE:

La hernie non compliquée est :

- Indolore : Ni douleur spontanée ni provoquée par la palpation.
- Réductible : La pression la fait disparaître et la réintègre dans l'abdomen.
- Expansive (Impulsive) à la toux : Elle augmente de volume et se met sous tension.

III- EVOLUTION:

La hernie n'a aucune tendance à la guérison spontanée, elle augmente progressivement de volume et peut se compliquer.

La principale et redoutable complication est **L'ETRANGLEMENT HERNIAIRE**

- C'est une striction permanente au niveau du collet de la hernie entraînant rapidement des accidents d'occlusion intestinale aigue, d'ischémie, de nécrose et de perforation intestinale avec tableau de péritonite aigue(quand le sac herniaire contient de l'intestin).
- Toutes les hernies peuvent s'étrangler et mettre alors en jeu le pronostic vital.
- Signes cliniques : une hernie étranglée est :
 - **Douloureuse** : c'est une douleur vive, maximale au collet, spontanée et exacerbée par la palpation.
 - **Irréductible et non expansive à la toux.**
 - **Peut s'accompagner de signes d'occlusion** (quand le

contenu de la hernie est intestinal) : nausées, vomissements, arrêt des matières et gaz, météorisme.

- C'est une urgence chirurgicale.

L'examen des orifices herniaires doit être systématique devant toute occlusion intestinale aigue.

IV-FORMES ANATOMIQUES DES HERNIES DE L'AINE

IV-1-Hernie inguinale : le collet est au dessus de la ligne de Malgaigne

- **HERNIE INGUINALE OBLIQUE EXTERNE (INDIRECTE)**

- C'est une hernie congénitale par persistance du canal péritonéovaginal, se voit chez le nouveau né et chez l'adulte jeune,
- Le sac herniaire peut atteindre le scrotum (Hernie inguinoscrotale), o Elle se réduit suivant un trajet oblique en haut et en dehors,
- Elle comporte un risque d'étranglement.

- **HERNIE INGUINALE DIRECTE**

- C'est une hernie acquise, de faiblesse, se voit chez l'adulte et le sujet âgé, o Ne descend jamais dans le scrotum,
- Se réduit directement d'avant en arrière.

- **UNE HERNIE INGUINALE DOIT ETRE DISTINGUEE D'UN (E)**

- Abscess,
- Testicule ectopique,
- Kyste du cordon (non réductible),
- Hydrocèle,
- Varicocèle.

IV-2-Hernie crurale : le collet est au dessous de la ligne de Malgaigne

o Se voit surtout chez la femme,

- L'examen se fait par la palpation sur malade couchée, cuisse en abduction, jambe pendante en dehors de la table d'examen,
- Tuméfaction de petit volume, au niveau de la région crurale (à la racine de la cuisse crurale car après réduction le collet de la hernie se situe au dessous de la ligne de

MALGAIGNE,

- Il s'agit d'une hernie à haut risque d'étranglement, o Elle doit être distinguée d'un (e)
 - Lipome,
 - Adénopathie inguinale,
 - Varice de la crosse de veine la saphène interne,
 - Anévrisme de l'artère fémorale.

HERNIE OMBILICALE

- Elle peut être congénitale :
 - Chez le nouveau né : Aplasie de la paroi abdominale.
 - Chez le nourrisson et l'enfant : Se présente comme un déplissement de l'ombilic, la guérison est spontanée en quelques mois, au delà de 5 ans il faut opérer.
- Elle peut être acquise :
 - Chez l'adulte :C'est une hernie de faiblesse,
 - C'est une masse ombilicale ayant les caractères d'une hernie, o La peau en regard peut être altérée,
 - S'accroît progressivement,

- Peut donner des épisodes d'engouement, o Elle peut s'étrangler.

Hernie de la ligne blanche

Due à la déhiscence de l'aponévrose entre les muscles grands droits au dessus de l'ombilic.

فتوق وإندحاكات جدار البطن

أهداف الدرس :

- تعريف الفتق، الإندحاق éventration، إستفراغ الأحشاء éviscération.
- الإجراء الصحيح للفحص السريري لمريض مصاب بفتق أربي.
- تشخيص الفتق الأربي غير مضاعف سريريا.
- تحديد العناصر المساعدة على تمييز النوع التشريحي للفتق الأربي.
- معرفة العلامات السريرية لفتق إختراقي étranglement herniaire.

1. تعاريف :

أ. الفتق :

يعرف بالإنبثاق التلقائي للأحشاء البطنية أو الحوضية خارج جدار البطن عبر نقطة الضعف التشريحية الموجودة على مستوى هذا الجدار.

ب. الإندحاق

إنبثاق تلقائي للأحشاء البطنية أو الحوضية عبر منطقة الضعف العضلية-السفافية zone de faiblesse musculo-aponévrotique ناتجة عن عملية جراحية سابقة (الجلد سليم).

ت. إستفراغ الأحشاء :

إنبثاق الأحشاء البطنية إلى الخارج، سواء نتيجة الإنفتاح المبكر لجراحة البطن أو نتيجة لجرح خارق للبطن، والتي أنجزت لهدف جراحي (غشاء صفاقي، عضلة وجلد مفتوح).

الفتوق الأربية hernie de l'aine

1. الفحص السريري :

أ. الإستجواب : يجب تحديد

أ.1. التاريخ وأشكال الظهور والتطور :

- يظهر الفتق الأربي على شكل تورم tuméfaction في المنطقة الأربية الفخذية
- حديثة أو قديمة، بشكل تدريجي أو مفاجئ، ألم أولا
- يظهر تلقائيا عند الوقوف أو أثناء مجهود، أو السعال
- قابلة للرد أو لا عند الإستلقاء

أ.2. الإضطرابات الوظيفية :

- يمكن أن تكون غائبة أو عبارة عن :
 - إنزعاج بسيط، ثقل pesanteur، ضيق tiraillement.
 - ألم أثناء مجهود، إضطرابات هضمية
 - التأثير على النشاط البدني.

أ.3. ظروف العيش والسوابق :

- العوامل المساهمة : الربو، عسر البول dysurie، الإمساك(فرط ضغط البطن hyperpression

(abdominale).

- شخص خامل، متقاعد، بدون نشاط، أو على العكس حيوي ورياضي.
- عودة فتق فتح سابقا.

ب. الفحص السريري :

- يمكن الفحص السريري لوحده من تشخيص الفتق الأربي.
- يجب أن يكون الفحص منهجيا، ويجرى في وضعية الوقوف، ثم وضعية الإستلقاء، ثم أثناء سعال المريض.

ب.1. المعايينة :

- وجود تورم في جذر الفخذ، تحديد مظهر الجلد المقابل للفتق.
- وأحيانا منطقة الفخذ جد طبيعية.

ب.2. الجس :**تحديد المعالم التشريحية للمنطقة الأربية :**

- الشوكة الحرقفية الأمامية العلوية **épine iliaque antéro-supérieur**
- شوكة عظم العانة **épine du pubis**
- خط مالغين **ligne de Malgaine**: خط مشدود بين المعلمين السابقين، ويتوافق تشريحا مع القوس

الفخذي arcade crurale

- العروق الفخذية (النبض الفخذي)
- يجب تحديد موضع فوهة الفتق بالنسبة لخط مالغين (مكان خروج التورم) :

✓ فوهة فوق خط مالغين = فتق أربي **hernie inguinale**

✓ فوهة تحت خط مالغين = فتق فخذي **hernie crurale**

فحص الفوهة الأربية الخارجية :

- إدخال السبابة المغطاة بجلد الصفن في الفوهة الأربية الخارجية الموجودة تحت القوس الفخذي والبحث في النفق الأربي عن إندفاع الفتق أثناء السعال.

فحص الفوهة الفخذية :

- يمكن لمس الفوهة بداخل العروق الفخذية، تحت خط مالغين.
- تحدد بقية الفحص :-حجم الفتق، محتويات الكيس، حالة الجدار.
- العلامات الفتقية المصاحبة :-الجانب المقابل للفتق، فتق فخذي، فتق سري.
- حالة الأعضاء التناسلية الخارجية (حالة الجراب **examen des bourses**)، اللمس المستقيمي.
- وجود عيوب أخرى.

2. الخصائص العرضية لفتق غير مضاعف:

فتق غير مضاعف هو فتق :

- غير ألم : ألما تلقانيا، أو ألما مهيجا باللمس.
- قابل للرد : الضغط يخفيه ويعيده للبطن.
- مندفعة بالسعال : يرفع من حجمه ويجعله متوترا.

3. التطور :

- ليس هناك سبيل إلى الشفاء التلقائي للفتق، بل يزداد حجمه تدريجياً، ويمكن أن يسبب مضاعفات.
- المضاعفة الرئيسية والخطيرة للفتق هي الفتق الإختناقي : عبارة عن إنقباض دائم على مستوى عنق الفتق، يؤدي سريعاً إلى حوادث متعددة : إنسداد معوي حاد، إقفار التروية، نخر وإنتقاب معوي في حالة ذات الصفاق الحاد (عندما يحتوي الكيس الفتقي على الأمعاء).
- جميع الفتوق يمكن أن تتحول إلى فتوق إختناقية، وتهدد المآل الحيوي للمريض.
- العلامات السريرية : الفتق الإختناقي هو :
- ✓ ألم : ألم قوي، يصل أقصاه على مستوى عنق الفتق، تلقائي ويتفاقم عند الجس.
- ✓ الفتق غير قابل للرد، وغير متدفق أثناء السعال.
- ✓ يمكن أن يصاحبه علامات الإنسداد (عندما يكون محتوى كيس الفتق معويًا) : غثيان، قيء، توقف البراز والغازات، تطبل البطن.

▪ وهو طارئ جراحي.

▪ ولهذا فيجب فحص المنافذ الفتقية بشكل منهجي أمام كل إنسداد معوي حاد.

الأشكال التشريحية للفتوق الأربية :

أ. الفتق الأربي : عنق الفتق فوق خط مالغين.

1. الفتق الأربي المائل الخارجي (غير مباشر) :

- عبارة عن فتق خلقي نتيجة لدوام القناة الصفاقية المهبلية canal péritonéalvaginal، يرى خاصة عند الرضيع والشباب البالغ.
- يمكن أن يصل كيس الفتق إلى الصفن scrotum (قيلة الخصى hernie inguinoscortale).
- ينقص الفتق متبعا مسارا مائلا إلى الخارج و الأعلى، كما يحمل خطر الإختناق.

2. الفتق الأربي المباشر :

- فتق مكتسب في مناطق الضعف التشريحي، يشاهد عند الشخص البالغ وكبار السن، لا ينزل أبدا إلى الصفن، ويمكن إعادته مباشرة من الأمام إلى الخلف.
- يجب تمييز الفتق الأربي عن :

• خراج abcés

• خصية منتبذة testicule ectopique

• كيس الحبل kyste du cordon (غير قابل للرد)

• قيلة مائية hydrocèle

• قيلة دواليبة varicocèle

ب. الفتق الفخذي : عنق الفتق تحت خط مالغين.

▪ يشاهد خاصة عند المرأة

- بجرى الفحص بواسطة الجس عند مريض مستلق مع فخزين متباعدتين وساقين متدليتين خارج طاولة الفحص.

- تورم ذو حجم صغير في المنطقة الفخذية (عند جذر الفخذ، لأنه بعدكس الفتق، يصبح عنقه تحت خط مالغين).
- عبارة عن فتق ذو نزعة كبيرة للاختناق.
- يجب تمييز الفتق عن :
 - ورم شحمي lipome
 - غدة إربية adénopathie inguinale
 - دوالي قوس الوريد الصافن الداخلي varice de la crosse de la veine saphène interne
 - أم الدم للشريان الفخذي anévrysme de l'artère fémorale.

الفتق السري hernie ombilicale

- -يمكن أن يكون خلقيا :
 - عند حديثي الولادة : عدم تنسج aplasie جدار البطن.
 - عند الرضيع والأطفال: خروج السرة بشكل واضح، ويبقى العلاج تلقائيا خلال بضعة أشهر، مع اللجوء إلى الجراحة بعد سن الخامسة.
- يمكن أن يكون مكتسبا :
 - عند الكبار : هو فتق في منطقة الضعف التشريحي كتلة في السرة لها خصائص الفتق، مع إمكانية تشوه الجلد الذي أمامها، تتزايد تدريجيا ويمكن أن تعطي فترات إنخناق يمكن أن تتطور إلى فتق إختناق.

فتق الخط الأبيض hernie de la ligne blanche

نتيجة لإتحال الغشاء الصفاقي بين العضلات المستقيمة البطنية فوق السرة.

SEMILOGIE PROCTOLOGIQUE

Prérequis : Anatomie de l'anus et du plancher pelvien

Objectifs :

- Mener correctement l'examen clinique en proctologie,
- Décrire les différents signes fonctionnels en proctologie,
- Définir les principales affections proctologiques.

I- EXAMEN PROCTOLOGIQUE

I-1 – INTERROGATOIRE

Il doit préciser les symptômes fonctionnels rencontrés lors de la pathologie proctologique.

Attention : Le patient a tendance à qualifier d'hémorroïdes toute symptomatologie proctologique, le but de l'interrogatoire est de mettre le terme médical exact sur le signe rapporté par le malade.

- **RECTORRAGIE**: Emission du sang rouge par l'anus. A différencier des melænas (émission de sang noir digéré) et des selles colorées par les betteraves, le vin ou certains médicaments.

Les caractères de la rectorragie doivent être précisés : son ancienneté, sa fréquence, Son abondance (petite, moyenne ou grande), son rapport avec la selles (précédant, enrobant ou mêlé aux selles), son mode évolutif (continue, intermittent ou par poussées récidivantes) et les signes accompagnateurs.

NB : Aucun caractère de la rectorragie ne permet d'éliminer, sur le simple interrogatoire, un cancer colorectal.

- **DOULEUR ANALE OU PROCTALGIE**
 - La douleur peut être déclenchée par la selle: c'est la sphincterralgie qui traduit la contracture de l'appareil sphinctérien; il s'agit souvent d'une fissure.
 - La douleur peut-être permanente et indépendante de la selle: thrombose hémorroïdaire, abcès, cancer canalaire.
 - La douleur peut être modifiée par la position: une douleur, exacerbée par la position assise et calmée par la position debout ou la marche évoque une névralgie anale.
- **ECOULEMENT ANAL**
 - Il peut s'agir simplement d'une impression d'humidité anale en rapport avec un prolapsus hémorroïdaire ou une dermite péri anale suintante
 - Il peut être purulent :
 - d'origine anale, fistule ou fissure infectée
 - d'origine sus-anale (rectum): maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Crohn et Rectocolite Hémorragique « RCH »).
 - ou à distance de l'ano-rectum: sinus pilonidal, maladie de Verneuil.
- **PRURIT:** Sensation de grattage ou démangeaisons, de cause générale (dermatologique, proctologique ou essentielle c'est-à-dire sans cause connue).
- **SYNDROME RECTAL « syndrome de Bensaude ».** Il associe

- Emissions afécales, purulentes ou glaireuses.
- Epreinte : C'est une douleur abdominale de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive de la partie terminale du côlon et du rectum.
- Ténesme : Tension douloureuse au niveau de l'anus avec sensation de corps étranger « dans le rectum » donnant l'envie constante d'aller à la selle.
- Faux besoins. Ce sont les envies d'aller à la selle qui ne peuvent se concrétiser.

▪ FORMATIONS TUMORALES.

C'est la perception par le patient d'une « excroissance » anormale au niveau de l'anus: Elle peut traduire une thrombose hémorroïdaire, un papillome encore appelé condylome acuminé , un abcès, une tumeur de la peau voire un cancer du canal anal ou rectal.

▪ MANIFESTATIONS LIEES A LA DEFECATION

- Apparition d'une boule lors de l'exonération: IL peut s'agir de la procidence d'un paquet hémorroïdaire, d'une partie du rectum (prolapsus rectal) ou d'une papille hypertrophiée.
- Sensation de vidange incomplète nécessitant des manœuvres « facilitatrices »: Ceci en cas de rectocèle (Saillie du rectum dans le vagin), ou d'un trouble de la statique pelvienne (Altération progressive des éléments de soutien du plancher pelvien).
- Trouble de la continence: c'est à dire un trouble lié à la capacité de rétention ou d'émission des selles. En cas de trouble on parlera d'incontinence. On fera préciser : La nature

de l'incontinence (incontinence au gaz, au selle liquide ou au solide), son caractère permanent ou intermittent, la nécessité du port d'une garniture et le retentissement sur la qualité de vie.

I-2- EXAMEN PHYSIQUE:

Il doit être méthodique, minutieux et effectué avec douceur et bon éclairage sur l'anus.

Le malade est en position genu-péctorale avec la joue posée sur la table. Lorsque le malade est âgé ou invalide l'examen peut se faire en décubitus latéral.

La présence d'un(e) infirmier(e) est obligatoire (voire médico-légale).

▪ L'INSPECTION :

Se fait les mains gantées en dépliant l'anus. Il faut déplier les plis radiés à la recherche d'une lésion moins apparente comme une fissure anale par exemple.

Il faut demander au malade de pousser pour rechercher un prolapsus hémorroïdaire ou rectal.

▪ LA PALPATION: □Comporte trois temps :

- La palpation externe à la recherche d'une anomalie péri-anale (induration ou écoulement provoqué signant la présence d'une fistule anale).
- Le toucher anal. Il apprécie la tonicité sphinctérienne. En cas de manque de tonicité on parlera d'hypotonie voire d'atonie sphinctérienne. En cas de contracture du sphincter, on parlera

d'hypertonie sphinctérienne. Ce toucher apprécie aussi au niveau de la ligne pectinée, les valvules anales qui recouvrent les cryptes de Morgani et les papilles anales sous forme de petites saillies triangulaires

- Le toucher rectal (TR):

❖ **Technique** : Sa technique doit être irréprochable.

Condition d'un bon TR :

- Rassurer le patient et lui expliquer le déroulement et le but de l'examen.
- La vessie et le rectum doivent être vides.
- L'examen doit être fait avec douceur chez un patient décontracté.

❖ **Position** :

Le TR est fait en position gynécologique : malade allongé sur le dos, sur un plan dur, les cuisses fléchies et bien écartées, le médecin à droite du malade.

Pour faire un toucher rectal, le médecin doit introduire son index, recouvert d'un doigtier lubrifié, dans l'anus du patient.

Pour une exploration complète de l'ampoule rectale, l'index doit être entièrement introduit à l'intérieur de l'anus, l'autre main déprimant la région hypogastrique à la rencontre du doigt rectal.

La paroi rectale doit être palpée sur toute sa circonférence et sur toute sa hauteur accessible au doigt. On profitera du TR pour examiner la prostate.

❖ Résultats :

On appréciera le contenu de l'ampoule rectale, la souplesse de la paroi, la tonicité du sphincter anal.

Toute anomalie doit être signalée : induration, ulcération, bourgeon tumoral, polype.

Si une lésion est détectée on doit préciser : sa taille, son étendue en hauteur et en circonférence, sa distance par rapport à la marge anale, sa sensibilité, sa mobilité et sa base d'implantation.

Au retrait de l'index, on examinera si le doigtier est souillé par du sang ou du pus.

I-3 EXPLORATIONS ANO-RECTALES

Font parties intégrantes de l'examen proctologique.

- **L'anuscopie** permet de voir la muqueuse du canal anal et d'apercevoir le bas rectum. Cet examen est indolore et ne nécessite aucune préparation.
- **La rectoscopie au tube rigide:** Explore la muqueuse de tout le rectum jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne.

II . PRINCIPALES AFFECTIONS PROCTOLOGIQUES

II-1 LES HEMORROIDES

Résultent de l'hypertrophie du plexus veineux hémorroïdaire, Ce ne sont pas des varices mais des ectasies vasculaires formées par la juxtaposition de logette veineuses. Leur aspect anatomique est celui de saccules remplies de sang, indépendantes les uns des autres mais regroupés en grappes. On distingue, les hémorroïdes internes situées au dessus de la ligne pectinée et les hémorroïdes externes situées au dessous de la ligne

pectinée sur le pourtour de l'anus

Elles se manifestent par des signes qu'on classe en 4 catégories :

- Les crises fluxionnaires : Correspondent à des accès de congestion hémorroïdaire. Se manifestent par une tension douloureuse accrue par l'activité physique.
- Les thromboses hémorroïdaires : Formation au niveau des hémorroïdes de caillots ou thrombus sanguins. Apparaissent comme une tuméfaction anale arrondie, bleutée ou noirâtre, dure et sensible.
- Les rectorragies hémorroïdaires : habituellement déclenchées par la défécation, arrosant la cuvette le papier et sont rarement spontanées.
- Les prolapsus hémorroïdaires sont dus à la laxité du tissu conjonctif sous muqueux qui permet l'extériorisation des hémorroïdes internes. Elles apparaissent comme des bourrelets rougeâtres. Il en existe plusieurs degrés.

II-2- LA FISSURE ANALE

C'est une ulcération superficielle de la muqueuse anale en forme de raquette de la partie basse « sous valvulaire » du canal anal. Elle s'accompagne assez souvent d'un repli cutané externe (dit également « marisque sentinelle ») et d'une papille hypertrophiée. L'ensemble est appelé « complexe fissuraire ».

Elle se manifeste par un syndrome « fissuraire », associant:

- Des douleurs anales caractéristiques, évocatrices. Elles sont ressenties comme soit une brûlure ou une déchirure légère, soit

comme une douleur intolérable. Cette douleur est provoquée par la défécation réalisant un rythme à trois temps +++ : Elle apparaît au passage des selles, s'efface ensuite pendant quelques minutes, pour reprendre pendant plusieurs heures avec intensité accrue, avant de disparaître complètement jusqu'à la selle suivante.

- Des rectorragies minimales, généralement à l'essuyage,
- Une contracture du sphincter anal : Élément essentiel du syndrome fissuraire qui rend l'examen difficile voire impossible. Il faut souvent pour voir la fissure, réaliser une anesthésie locale du sphincter.

A l'examen clinique, la fissure anale siège le plus souvent au niveau de la commissure anale postérieure, rarement antérieure ; Elle peut être « jeune » ou au contraire « évoluée » ou les formations para-fissuraires sont très développées.

II- 3- LA FISTULE ANALE:

C'est l'apparition d'un conduit entre le canal anal et la peau de la marge anale. Son origine est toujours une infection d'une crypte de Morgani ou s'ouvrent les glandes d'Hermann et Desfossés.

La suppuration comporte schématiquement trois étapes :

- Un stade initial de cryptite, correspond à l'infection d'une glande d'Hermann et Desfossés.
- Un stade secondaire de diffusion, ou la suppuration se propage par les canaux d'Hermann et Desfossés à travers le système sphinctérien.

- Un stade terminal d'ouverture à la peau par un orifice externe ou secondaire. Si l'infection se fait par un mode aigu, il y a abcès. Si l'infection se fait à bas bruit, il y a fistule.

Selon la hauteur et la complexité des trajets, on distingue des fistules simples et des fistules complexes (Classification d'Arnous et Parnaud).

Sur le plan clinique, le patient consulte pour un abcès anal; pour un écoulement purulent et dont l'examen révèle la présence d'un orifice autour de l'anus, d'où sourd du pus.

II.4. MALADIE PILONIDALE OU SINUS PILONIDAL

Se voit souvent chez le sujet jeune, de sexe masculin.

Son étiopathogénie est discutée : soit affection congénitale, soit affection acquise (rôle possible de microtraumatismes de la région sacro coccygienne ou défaut de pousse pileuse).

Le diagnostic repose sur différents éléments :

- Le siège de la lésion dans la région sacro coccygienne avec parfois de nombreux orifices externes
- L'existence, sur la ligne médiane, dans le pli inter fessier, de petits orifices sous forme de pores dilatés
- La perception de cordons inflammatoires conduisant des orifices fistuleux latéraux, non pas vers le canal anal, mais vers les pores dilatés médians (Il n'existe aucune communication avec le canal anal).

II-5- CANCER COLORECTAL OU ANAL

Rappelons, enfin, que n'importe quel signe d'appel doit attirer l'attention vers une lésion beaucoup plus grave, en particulier un

cancer colorectal ou anal et ne pas s'arrêter au simple diagnostic d'hémorroïdes.

علم أعراض المستقيم والشرج

المعارف المسبقة :

- تشريح الشرج وقاع الحوض **plancher pelvien**

الأهداف :

- الإجراء الصحيح للفحص السريري في طب المستقيم والشرج **proctologie**
- وصف مختلف العلامات الوظيفية في طب المستقيم والشرج
- تعريف الإصابات الرئيسية في طب المستقيم والشرج

1. فحص المستقيم والشرج

أ. الإستجواب :

- يجب تحديد الأعراض الوظيفية التي يواجهها المريض في أمراض المستقيم والشرج.

إنتباه:

- يميل المريض إلى تسمية جميع أعراض المستقيم والشرج بالبواسير، لهذا الهدف من الإستجواب هو إيجاد المصطلح الطبي الملائم للعلامة المذكورة من طرف المريض.

1.أ. النزف المستقيمي :

- خروج الدم الأحمر عبر فتحة الشرج، ويجب تمييزها عن تغوط الدم الأسود **meleana** (إنبعاث دم أسود غير مهضوم)، أو عن براز ملون بالبندر **betterave** (أطعمة)، الخمر أو بعض الأدوية.
- يجب تحديد خصائص النزف المستقيمي : الأقدمية، التردد(العدد)، الكمية (صغيرة، متوسطة، كبيرة)، علاقته مع البراز (قبل البراز، مطلي، أو مختلط مع البراز)، نمط التطور(لازم، متقطع **récidivante** أو دفعات **poussées**)، والعلامات المصاحبة.
- ملاحظة : لا تسمح أي خاصية للنزف المستقيمي المذكورة في الإستجواب البسيط من إلغاء وجود سرطان القولون والمستقيم.

2. ألم شرجي/الم مستقيمي :

- ألم مثار بالبراز : يترجم ألم العاصرة الشرجية **sphincterralgie** بإنقباض الجهاز المصري => شقاق شرجي **fissure anale** غالبا.
- ألم لازم ومستقل عن البراز : خثار باسوري **thrombose hémorroïdaire**، خراج، سرطان أنبوبي **cancer canalaire**
- ألم متغير بتغير وضعية المريض : ألم يتزايد بالجلوس، ويختفي في الوقوف أو المشي => ألم عصبي شرجي **névralgie anale**.

3.أ. سيلان شرجي **écoulement anal** :

- يمكن أن يكون مجرد إحساس برطوبة الشرج متعلق بتدلي البواسير **prolapsus hémorroïdaire**
- أو ذات جلد مسيلة جار شرجي **dermite péri anale suintante**.
- يمكن ان يكون قيحيا :
- نشأه شرجي، ناسوري أو شقائي متعفن.

- أصله فوقشرجي(المستقيم): الأمراض الإلتهابية المزمنة للأمعاء(مرض كرون maladie de Crhon، وذات القولون المدمية rectocolite hémorragique).
- بعيدا عن الشرج والمستقيم: جيب شعري sinus pilonidal، مرض فرنيل maladie de Verneuil.

أ.4. الحكمة :

- إحساس بالحكة أو بالأكلة démangeaison، ويبقى السبب عاما(أمراض جلدية، أمراض المستقيم والشرج، أو مجهول السبب).

أ.5. متلازمة المستقيم : (متلازمة بونزود syndrome Bensaude)

يجمع بين :

- الإنبعاثات غير البرازية émissions afécales: قيحية أو مخاطية glaireuse.
- تبرز كاذب épreinte : ألم بطني على شكل مغص، مصاحب لإنقباضات آلمة ومتكررة للجزء الأخير من القولون والمستقيم.
- الزحير ténesme : توتر ألم على مستوى الشرج مع إحساس بوجود جسم غريب "في المستقيم" يعطي الرغبة الدائمة للذهاب للتبرز.
- الإحتياجات الكاذبة faux besoins : هي رغبات الذهاب للتبرز مع عدم إخراج أي شيء

أ.6. الأشكال الورمية :

- شعور المريض بوجود نتوء غير طبيعي excroissance على مستوى الشرج، ويمكن أن تدل على وجود : خثار باسوري thrombose hémorroïdaire، ورم حليمي papillome (يسمى أيضا ورم لقمي مؤنف condylome acuminé)، خراج، سرطان جلدي أو سرطان قناة الشرج أو المستقيم.

أ.7. المظاهر المتعلقة بالتغوط :

- ظهور كرة خلال الإفراغ exonération : عبارة عن تدلي باسوري procidence d'un paquet hémorroïdaire، أو جزء من المستقيم (تدلي مستقيمي، أو حليلة تضخمية papille hypertrophique).

- الإحساس بالتفريغ الغير المكتمل: والذي يحتاج الى عمليات مسهلة، وهذا في حالة قيلة مستقيمية rectocèle(نتوء مستقيمي داخل المهبل)، أو إضطراب ثبات الحوض(التغير التدريجي لعناصر دعم ثبات قاع الحوض).

- خلل حصر الغائط continence - :

✓ وهو خلل متعلق بالقدرة على حصر أو إخراج البراز.

- ✓ في حالة وجود خلل نتكلم عن :سلس مستقيمي، ويجب تحديد طبيعة السلس incontinence

(سلس غازي، براز سائل أو براز صلب)، خاصية اللزوم أو التقطع، الحاجة الى إرتداء

حافظة garniture، وتأثيره على نوعية الحياة.

ب. الفحص السريري :

- يجب ان يكون بشكل منهجي وشامل، برفق مع إضاءة جيدة على مستوى الشرج.

- يوضع المريض في وضعية التجبية (وضعية الركبة صدر position genu pectoral)، مع وضع الخد على الطاولة، لكن في حالة مريض كبير السن أو مقعد يجرى الفحص في وضعية الإستلقاء الجانبي **décubitus latéral**.
- حضور ممرض أمر ضروري (إلى حد إعتباره أمرا طب-شرعي).
- ب.1. **المعاينة :**
- باستعمال قفازات، حيث يجب فتح الطيات الشعاعية بحثا عن إصابة خفية مثل الشقاق الشرجي **fissure anale**.
- يجب أن نطلب من المريض أن يحاكي جهد التبرز. للبحث عن تدلي باسوري، أو تدلي مستقيمي.
- ب.2. **الجزس :** يتكون من 3 مراحل :
- **الجزس الخارجي :** البحث عن آفة جارشرجية (تصلب **induration**، تدفق مثار يدل على وجود ناسور شرجي **fistule anale**).
- **اللمس الشرجي :** يقدر التوتر العاصري **tonus sphinctérien** :
 - ✓ في حالة خلل التوتر نتكلم عن نقص **hypotonie** إلى إنعدام التوتر **atonie sphinctérienne**
 - ✓ في حالة إنقباض العاصرة نتكلم عن فرط التوتر العاصري **hypertonie sphinctérienne**.
- يحدد أيضا على مستوى الخط المسنن **ligne pectinée** : الصمامات الشرجية **valvules anales** التي تغطي خبايا مورغاني **cryptes de Morgani** والحليمات الشرجية **papilles anales** على شكل نتوءات ثلاثية **saillies trangulaires** صغيرة.
- **اللمس المستقيمي :**
 - ✓ **التقنية :** يجب أن تكون التقنية غير معيبة.
 - ✓ **شروط اللمس المستقيمي الجيد :**
 - -طمأنة المريض وشرح سير وهدف الفحص.
 - -يجب أن تكون مثناة ومستقيم المريض فارغتين.
 - -إجراء الفحص برفق عند مريض مسترخ.
 - ✓ **الوضعية :**
 - يجرى الفحص في وضعية نسائية **position gynécologique**
 - الطبيب على يمين المريض المستلقي على ظهره على سطح صلب وسيقان مثنية ومتباعدة.
 - يقوم الطبيب بإدخال سبابته المغطاة بقفاز مدهون في فتحة شرج المريض من أجل اللمس المستقيمي.
- من أجل إستقصاء كامل لأنبونة المستقيم **ampoule rectale**، يتم إدخال السبابة الى داخل الشرج والضغط باليد الأخرى في المنطقة الختلية **la région hypogastrique**، لتلتقي مع الأصبع الموجود داخلشرجي.
- جس جدار المستقيم على طول محيطه وعلى طول الإرتفاع الممكن بلوغه.

- فحص الموثة prostate.

✓ نتائج :

- تحديد محتوى أنبوبة المستقيم، مرونة الجدار، توتر العاصرة الشرجية.
- الإشارة إلى أي خلل على مستوى الفحص: قساوة، تقرح **ulcération**، برعم ورمي **bourgeon tumoral**، سلية **polype**.
- عند إكتشاف آفة يجب تحديد طولها، إرتفاعها ومحيطها، المسافة التي تفصلها عن هامش الشرج، الحساسية، الحركية، وقاعدة الزرع **base d'implantation**.
- الفحص الأصبغي : عند سحب السبابة نقوم بالفحص الأصبغي بحثا عن الدم أو الفيح.

ت. الإستقصاءات الشرجية المستقيمية :

هي جزء لا يتجزأ من فحص المستقيم والشرج.

ت.1. **المشراج l'anuscope**: يمكن من رؤية الغشاء المخاطي للقناة الشرجية ومشاهدة أسفل المستقيم،

هذا الفحص غير ألم ولا يحتاج لإعداده.

ت.2. **تنظير المستقيم عبر الأنبوب الصلب la rectoscopie au tube rigide** : يمكن من إستقصاء الغشاء

المخاطي للمستقيم إلى حدود الرزة المستقيمية السينية **charnière recto sigmoïdienne**.

2. الإعتلالات الرئيسية للمستقيم والشرج :

أ. البواسير:

- هي نتيجة لتضخم الوريدية الباسورية، وهي ليست عبارة عن دوالي **varices**، ولكنها توسعات عرقية تشكلت عبر تجاور بيوت وريدية **logettes veineuses**، حيث أن مظهرهم التشريحي يشبه الحويصلات الممتلئة بالدم والمستقلة إحداهما عن الأخرى، ولكنها تبقى مجمعة على شكل عناقيد **grappes**.
- تتميز بين البواسير الداخلية التي تقع فوق الخط المسنن **ligne pectinée** في محيط الشرج، والبواسير الخارجية التي تقع تحت الخط المسنن في محيط الشرج.
- تعرض بعلامات يمكن تصنيفها إلى 4 فئات :

- **نوبات إتهابية crise fluxionnaire**: تتمثل في نوبات من الإحتقان الباسوري **congestion**

hémorroïdaire، وتتمظهر على شكل توتر ألم يتزايد مع النشاط البدني.

- **الخثار الباسوري thrombose hémorroïdaire**: تشكل جلطات **caillots** أو خثرة دموية

thrombus sanguins على مستوى البواسير، وتظهر على شكل تورم **tuméfaction** كروي، مزرق أو مسود، قاسي وحساس.

- **النزف المستقيمي الباسوري**: يسببه التغوط عادة.

- **التدليات الباسورية prolapsus hémorroïdaires** : نتيجة لرخاوة النسيج الضام **tissu**

conjonctif تحت الغشاء المخاطي الذي يمكن من إخراج البواسير الداخلية، والتي تظهر على

شكل حبات حمراء، حيث يوجد منها عدة درجات.

ب. الشقاق الشرجي fissure anale:

- هو تقرح سطحي للغشاء المخاطي الشرجي، للجزء السفلي "تحت صمامي" sous valvulaire من القناة الشرجية على شكل مضرب، يصاحبه في كثير من الأحيان طية جلدية خارجية (تسمى أيضا الباسور الحارس (marisque sentinelle) وحمليمة متضخمة papille hypertrophiée، ويطلق على الكل "مجمع شقائي" complexe fissuraire.
- ويتجلى عبر "متلازمة شقية" syndrome fissuraire تجمع :
 - ألأم شرجية مميزة ودلالية : حيث يشعر المريض كما لو أنها حروق، تمزقات خفيفة، أو ألم لا يطاق، يثار الألم بالتغوط محققا إيقاعا على 3 فترات: يظهر عند مرور البراز ويختفي بعدها لمدة بضع دقائق لتستمر شدته بالتزايد عدة ساعات قبل أن يختفي تماما الى حلول التبرز المقبل.
 - نزف مستقيمي ضئيل : عادة عند المسح.
 - تقفع العاصرة الشرجية contracture du sphincter anal : عنصر مهم في المتلازمة الشقية، يصعب الفحص إلى حد جعله مستحيل، لهذا نحتاج إلى تخدير موضعي للعاصرة لرؤية الشقاق.
- على مستوى الفحص السريري :
 - ✓ يتموقع الشقاق الشرجي غالبا في الصوار الشرجي الخلفي commissure anale، ونادرا الأمامي.
 - ✓ يمكن أن يكون الشقاق "حديثا"، أو على العكس "متطورا"، أو التشكلات الجار شقاقية formation para fissuraire أكثر تطورا.

ت. الناسور الشرجي :

- ظهور مسلك رابط بين القناة الشرجية وجلد هامش الشرج، أصله دائما تعفن خبايا مورغاني cryptes de Morgani، حيث تتفتح غدد هيرمان وديسفوس glandes d'Hermann et Desfossés.
 - يستلزم التفحح ثلاثة مراحل:
 - **مرحلة أولية :** ذات الخبايا [35] : يتوافق مع تعفن غدد هيرمان وديسفوس.
 - **مرحلة ثانوية للانتشار :** ينتشر التفحح عبر قنوات هيرمان وديسفوس بواسطة أنظمة العاصرة système sphinctérien.
 - **مرحلة نهائية :** فتح مسلك في الجلد بواسطة فتحة خارجية أو ثانوية.
 - يؤدي التعفن عبر نمط حاد إلى خراج، في حين أن التعفن الهادئ يؤدي الى ناسور.
 - ميز بين النواسير البسيطة والنواسير المعقدة اعتمادا على الإرتفاع وتعقيد المسارات (تصنيف أرنوس وبارنود (classification d'Arnous et Parnaud).
 - لى المستوى السريري : يزور المريض الطبيب من أجل خراج شرجي، أو سيلان قيحي حيث يكشف الفحص عن فتحة صماء جار شرجية يخرج منها القيح.
- ### ث. الجيب الشعري (مرض شعري) maladie pilonidale):

- يشاهد غالبا عند شخص، شاب ذكر.
- الأمراضية تبقى محل نقاش : إما إعتلال خلقي أو مكتسب (دور محتمل للرضوح المجهري للمنطقة العجزية العصبية la région sacro coccygienne، أو حملة شعرية (pousse pileuse).
- يعتمد التشخيص على العناصر المختلفة التالية :
 - ✓ موضع الإصابة في المنطقة العجزية العصبية مع أحيانا منافذ خارجية معقدة.
 - ✓ وجود منافذ صغيرة على شكل مسام متسعة على مستوى الخط الوسطي، وفي الطية بين الأليتان pli inter fessier.
 - ✓ الشعور بحبال التهابية تفقد المنافذ الناسوبية الجانبية إلى المسام الموسعة الوسطي، وليس إلى القناة الشرجية (غياب أي اتصال مع القناة الشرجية).
- ج. سرطان القولون والمستقيم أو الشرج :
- أخيرا، وجب ذكر أن أية علامة وظيفية، يجب أن تجلب الانتباه إلى إصابة جد خطيرة خاصة سرطان القولون والمستقيم أو الشرج، وأن لا نتوقف فقط عند التشخيص البسيط للبواسير.

INFECTION CHIRURGICALE AIGUE DES PARTIES MOLLES

Objectifs :

- Reconnaître cliniquement une inflammation suppurée des parties molles : abcès chaud, panaris et phlegmon de la main.
- Décrire les signes cliniques de la gangrène gazeuse.

I- INFECTIONS SUPPUREES DES PARTIES MOLLES

I-1-ABCESCHAUD: Type de description : abcès chaud du tissu cellulograisieux sous-cutané de la fesse

- Définition : lésion inflammatoire suppurée localisée, collectée dans une cavité néoformée
- Signes cliniques
 - A L'interrogatoire
 - Histoire et terrain :
 - Porte d'entrée, antécédents d'abcès, médicaux et tares associés (diabète)
 - Signes fonctionnels
 - douleur lancinante, augmentant le soir, insomnante
 - spontanée et exacerbée par le contact
 - limitant le mouvement
 - Examen physique
 - Signes généraux
 - fièvre : peut être rémittente, oscillante, intermittente
 - céphalées, anorexie, asthénie
 - Signes physiques (Les signes cardinaux de l'inflammation aigue)

1. Masse indurée au début puis fluctuante au stade d'abcès collecté.
2. Douleur (douleur locale exacerbée par la pression)
3. Rouge (rougeur s'effaçant à la pression).
4. Chaude (La palpation douce par le dos de la main trouve une chaleur localisée à la masse).

Le reste de l'examen trouve des adénopathies régionales et satellites.

- Evolution : quatre phases
 - Début : du 1er au 3ème jour: signes locaux seuls, peu de signes généraux.
 - Collection : à partir du 3ème jour exacerbation des signes locaux, apparition des signes généraux.
 - Fistulisation : entre le 5ème et le 8ème: ulcération au sommet, évacuation du pus, diminution des signes généraux.
 - Cicatrisation : fermeture progressive, cicatrice indélébile.

I-2-LE PANARIS

- Définition : infection du doigt souvent d'origine staphylococcique ou parfois streptococcique secondaire à une plaie qui peut passer inaperçue. Elle est souvent superficielle, mais peut être sous cutanée voir profonde.
 - Signes cliniques
 - Au début les signes inflammatoires locaux sont présents, mais la douleur cède le soir et le patient est apyrétique (stade réversible).

- Au stade de collection (stade irréversible++). Les signes locaux sont exacerbés avec apparition d'une collection fluctuante blanchâtre, péri-unguéale ou sous unguéale, dorsale ou pulpaire avec surtout une douleur intense, pulsatile et insomnante.
- Il existe parfois à ce stade des adénopathies satellites.
- Signes généraux : fièvre et signes biologiques de l'inflammation.

I-3- LE PHLEGMON DE LA MAIN

- Définition : C'est une infection des espaces cellulux ou des gaines. Elle peut être secondaire à une piqûre septique directe, ou à un panaris mal traité.
- Signes cliniques
 - Au début :
 - Signes inflammatoires locaux, Flexum antalgique du doigt,
 - Douleur à la pression du cul de sac proximal de la gaine ou à l'extension du doigt + + +,
 - Absence de fièvre et de signes généraux.
 - Au stade de collection
 - Œdème,
 - Douleur vive, pulsatile, insomnante. Il s'agit d'une douleur traçante, long de la gaine correspondante jusqu'au pli palmaire inférieur de la paume,

- Attitude des doigts en crochet, irréductible signe déjà des lésions avancées,
- Signes généraux présents.

II-INFECTIONS NECROSANTES DES PARTIES MOLLES : GANGRENE GAZEUSE

- Définition : Infection nécrosante des tissus avec production de gaz par des germes anaérobies (certains auteurs réserve ce terme uniquement pour l'étiologie clostridienne)
- Signes cliniques
- Circonstances de diagnostic
 - 48 H après un écrasement des membres
 - Chez un malade fragile : diabète, cachexie, artérite
 - Terrain local fragile : Dévascularisation, mauvais parage
- Signes généraux :
 - Malade agité anxieux avec faciès altéré, plombé, gris, pouls filant rapide Pas de fièvre
- Signes locaux
 - Douleur en striction, Œdème pale, luisant, blanchâtre
 - Gonflement diffus, signe du godet, Crépitation neigeuse sous cutanées
 - Pas d'adénopathies
- Signes radiologiques
 - Bulles d'air dans les parties molles
 - Emphysème sous cutané le long des aponévroses

التعفنات الجراحية الحادة للأجزاء اللينة

الأهداف :

- ✓ التعرف على ذات تقيح الأجزاء اللينة inflammation suppurée des parties molles سريريا :
خراج ساخن abcés chaud، داحس panaris، فلغمون اليد phlegmon de la main.
- ✓ وصف العلامات السريرية للغنغرينة الغازية gangrène gazeuse.

1. التعفنات التقيحية للأجزاء اللينة infections suppurée des parties molles :

أ. خراج ساخن

- ✓ نموذج الوصف :خراج ساخن للأنسجة الخلوية الدهنية التحتجلدية tissu cellulograisieux
sous cutané على مستوى الألية fesse.

1.أ. تعريف :

إصابة التهابية تقيحية موضعية متجمعة في تجويف حديث cavité néo-formée.

2.أ. العلامات السريرية :

■ الإستجاب

- ✓ التاريخ، والسياق.
- ✓ المنفذ porte d'entrée : سوابق وجود خراج، سوابق مرضية، والمرضات tares (مرض السكري).
- ✓ العلامات الوظيفية :
- ألم وخزي douleur lancinante، يتزايد في المساء، مؤرق insomiant، تلقائي، يتفاقم باللمس، ويحد من الحركة.

■ الفحص السريري :

❖ علامات عامة :

- ✓ الحمى : قد تكون مترددة rémittente، متموجة oscillante ومتقطعة intermittente.
- ✓ صداع، فقدان الشهية، وهن.

❖ علامات سريرية(العلامات الرئيسية للإلتهاب الحاد les signes cardinaux de l'inflammation

(aigue

- ✓ كتلة متصلبة في البداية، ثم مترجرة fluctuante في مرحلة الخراج المتجمع.
- ✓ آلمة : (ألم موضعي مهيج بالضغط).
- ✓ حمراء (احمرار يختفي بالضغط)
- ✓ ساخنة (وجود حرارة موضعية للكتلة أثناء لمسها برفق بظهر اليد).
- نجد في بقية الفحص : غدائد محيطية وتابعة.

❖ التطور : 4 مراحل :

- البداية : من اليوم الأول الى اليوم الثالث، علامات موضعية فقط، والقليل من العلامات العامة.
- التجميع collection : ابتداء من اليوم الثالث، تفاقم العلامات الموضعية، ظهور علامات عامة.

▪ **التنوسر fistulisation** : ما بين اليوم الخامس إلى اليوم الثامن، تقرح الجزء العلوي، تفريغ القيح، تراجع العلامات العامة.

▪ **إلتئام cicatrisation** : الإغلاق التدريجي، ندبة لازمة **indélébile**.

2. **الداحس :**

أ. **تعريف :**

تعفن الأصبع، غالبا عنقودي المنشأ *origine staphylococcique*، وأحيانا عنقودي ثانوي لجرح غير

ملاحظ.

هذه الإصابة، غالبا سطحية، لكن يمكن أن تكون تحتجلدية إلى عميقة.

ب. **العلامات السريرية :**

▪ **في البداية :** وجود العلامات الإلتهابية الموضعية، لكن يتوقف الألم مساء وتختفي الحمى (مرحلة رجعية **réversible**).

▪ **في مرحلة التجميع :** (مرحلة لا رجعية **irréversible +++**)

✓ تفاقم العلامات الموضعية، وظهور تجمع مترجرج، أبيض جارظفري **péri unguéale** أو تحتظفري **sous unguéale**، ظهرية أو لبية **pulpaire**، خاصة مع ألم قوي، ضرباني مؤرق، أحيانا وجود غداند في هذه المرحلة.

✓ علامات عامة : حمى والعلامات البيولوجية الإلتهابية.

3. **فلغمون اليد :**

أ. **تعريف :**

هو تعفن في الأمكنة الخلوية أو الأعماد **gaines** ناتج عن لدغة إنتانية مباشرة **pique septique** **directe**، أو عن داحس غير معالج جيدا.

ب. **العلامات السريرية :**

▪ **في البداية :**

✓ علامات إتهابية موضعية، الثني المسكن للأصبع **flexum antalgique du doigts**.

✓ ألم أثناء الضغط على الرذب الداني من الغمد **cul de sac proximal de la gaine** أو أثناء تمديد الأصبع **+++**.

✓ غياب الحمى والعلامات العامة.

▪ **في مرحلة التجمع :**

✓ وذمة **oédeme**

✓ ألم حي، ضرباني، مؤرق، عبارة عن ألم متابع، على طول الغمد المعني إلى الثنية الراحية السفلية من راحة اليد.

✓ وضعية الأصابع على شكل كلاب(صنارة) **attitude des doigts en crochet**، غير

متكس **irréductible**، تدل على إصابات متقدمة.

✓ وجود العلامات العامة.

4. **التعفن الناخر للأجزاء اللينة** **infection nécrosante des parties molles**: **غنغرينا**

غازية gangrène gazeuse :**أ. تعريف :**

تعفن ناخر للأنسجة مع إنتاج الغاز بواسطة الجراثيم اللاهوائية (بعض الكتاب يحتفظون بهذا المصطلح للمسببات المطثية clostridienne l'étiologie فقط).

ب. العلامات السريرية**■ ظروف التشخيص :**

✓ 48 ساعة بعد سحق الأطراف.

✓ عند مريض هش : السكري، دنف cachexie، ذات الشرايين artérite.

✓ منطقة موضعية هشة : إزالة العروق، تنظيف سيء mauvais parage.

■ العلامات العامة :

✓ مريض هائج، قلق، مع سحنة متغيرة صفراء، رمادية، نبض جد ضعيف وسريع، مع غياب الحمى.

■ العلامات الموضعية :

✓ ألم إنقباضي، وذمة شاحبة لامعة وبيضاء.

✓ إنتفاخ منتشر، علامة كودي signe de godet، فرقعات ثلجية تحتجلدية crépitations

.neigeuses sous cutanées

✓ غياب الغداند adénopathjies.

■ العلامات المشعاعية :

✓ فقاعات هواء في الأجزاء اللينة.

✓ نفاخ تحتجلدي emphysème sous cutané على طول السقف.

الباب الثاني: الملفات الصحية

الملف الأول:

الملف الطبي : (ألم البطن الحاد عند الشخص البالغ)

■ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء :

- ألم بطني

■ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا(مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية، مضادات التخثر...).

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.
- ✓ السوابق نسائية :تاريخ آخر دورة شهرية، رقم الحمل، رقم الولادة، موانع الحمل.....

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا(وجود حالة مشابهة)

■ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، ونمط البداية.

- العلامات الوظيفية :

- ألم بطني مع تحديد الخصائص العرضية لهذا الألم(الموضع، التشعب، النوع، القوة، الناشطات، المسكنات.....)

- العلامات المصاحبة : علامات هضمية(قيء، إمساك.....)، علامات نسائية(نزف الرحم، إنقطاع الحيض...)،

علامات أخرى.....

- العلامات العامة : حمى، عدم البدن....

- التطور والتأثير على الحالة العامة.

▪ الفحص السريري :

❖ الفحص العام :

▪ حالة الوعي(هياج)، ضغط الدم(منخفض)، النبض(سريع)، سرعة التنفس، تلون الملتحمة(شحوب شديد، يرقان..)، زرقة الوجه والأطراف، درجة الحرارة...

❖ فحص البطن :

✓ المعاينة :

البحث عن إنتفاخ بطني، تموجات تمعجية، ندبة جراحية، وملاحظة التنفس البطني(غير متناظر).

✓ الجس :

البحث عن موضع الألم، عن وجود دفاع، أو تقفع، عن كتلة بطنية، تضخم طحالي، كبدي....

✓ القرع :

البحث عن تطبل بطني مع غياب أصمية المنطقة قبلكبديّة، أصمية منحدرّة الجانبين(إنصباب سانلي)، أصمية الكرة المثانية.

✓ التسمع :

البحث عن صمت بطني(إيلوس شللي)، أو عن إرتفاع الأصوات الماءغازية(إنسداد معوي).

✓ فحص الحوض :

البحث عن ألم أثناء اللمس المستقيمي، وجود براز، عن ألم أثناء لمس رذب دوغلاس، تضيق أو كتلة متدلّية، مع تحديد حالة الموثة.

اللمس الرحمي : البحث عن ألم أثناء تحريك الرحم، عن كتلة الملحقات، مع تحديد عنق الرحم، الرحم، الرذبات الجانبية والامامية.

✓ فحص الباحات العقدية : البحث عن فتق إختناقي.

❖ فحص القلب والشرايين :

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوت إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رنوي :

- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا
- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

■ الفحوص التكميلية :

- ✓ **مشعاعية البطن اللامعدة:** مستويات ماء غازية، إسترواح الصفاق....
- ✓ **المصدانية:-** التقييم لمختلف أعضاء التجويف البطني.
- تأكيد التشخيص(ذات المرارة، ذات الأقفنية الصفراء، ذات الحويضة....)
- التأكد من وجود سائل صفاقي.
- ✓ **المفراس:** إبراز المستويات الماء غازية مع تقدير خطورة الإنسداد المعوي
- تأكيد التشخيص(ذات البنكرياس...)
- ✓ **التنظير :** تأكيد تشخيص النزف الهضمي، قرحة المعدة، ذات المعدة.....
- ✓ **تصوير الشرايين :** وجود إقفار التروية في الشرايين....
- ✓ **الفحوص البيولوجية:** صيغة دموية، الوظيفة الكلوية، الوظيفة الكبدية، السكرمية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي، الليبازدمية.....

■ الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ.....
 مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

■ التشخيصات الممكنة :

❖ البطن الحاد المحموم: على حسب موضع الألم :

- **المراق الأيمن :** ذات المرارة، ذات الأقفنية الصفراوية(يرقان مصاحب)، خراج كبدي.
- **الشرسوف :** ذات البنكرياس، قرحة هضمية، ذات المعدة
- **الحفرة الحرقفية اليمنى:** ذات الزائدة الدودية.
- **الحفرة الحرقفية اليسرى :** ذات السيني الرتجية
- **الحفرة القطنية :** ذات الحويضة
- **ألم منتشر :** ذات الصفاق (بطن متخشب).

❖ **البطن الحاد المسدود :** إنسداد معوي حاد (متلازمة إنسدادية)

❖ **البطن الحاد النزفي :** نزف خارجي، أو نزف داخلي(صدمة نزفية).

❖ **البطن الحاد الإقفاري :** إقفار المساريق.

■ تدبير الحالة :

- الإستشفاء
- وضع المريض في وضع الإعداد :
- ✓ مسالك وريدية جانبية
- ✓ مسبار مثاني sonde urinaire (حالة الصدمة، أنبوب معدي sonde gastrique (إضطراب الوعي).
- ✓ الفحص البيولوجي البدني : صيغة دموي، فصيلة الدم...
- تدابير الإنعاش :

- ✓ تحرير القصبات الهوائية
- ✓ أوكسلاجية و أو التهوية الإصطناعية في حالة تدهور الوعي أو اللانفس
- ✓ ملء العروق، نقل الدم
- المعالجة الطبية :مسكنات الألم، مضادات حيوية.....
- المعالجة الجراحية : على حسب التشخيص.
- **المراقبة والتطور** : المراقبة السريرية واللاسريرية للمريض، الحالة الدمحركية، درجة الحرارة، صيغة دموية، متابعات ما بعد العملية الجراحية.
- **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء.**

الملف الثاني:

الملف الطبي : (ذات الصفاق الحاد)

■ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء :

- ألم بطني

■ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض كبدي، مرض كلوي (تحصي، سرطان الكلي..)، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- البحث عن سوابق تقرحية، تعففات نسائية، إعتلالات قلب-عرقية.
- البحث عن سوابق سرطانية....
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا(أسبرين، مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية...).

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا.

■ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، نمط البداية.

- العلامات الوظيفية :

- ألم بطني مع تحديد الخصائص العرضية لهذا الألم(الموضع، النوع، التشعع....)
- قيء، غثيان، خلل التغوط
- - العلامات العامة : حمى، عدم البدن....

- التطور والتأثير على الحالة العامة.**▪ الفحص السريري :****❖ الفحص العام :**

- حالة الوعي، ضغط الدم منخفض، النبض سريع، ضيق التنفس، تلون الملتحمة (شحوب..)، حالة التميّه (جفاف الأغشية المخاطية، عطش، ثنيات جلدية...)، إدرار البول (نقص البول، إنعدام البول)، درجة الحرارة، إرتعاش...

❖ فحص البطن :**✓ المعاينة :**

غياب التنفس البطني مع وجود تفتق بطني.

✓ الجس :

بطن متخشّب، ألم أثناء تخفيف ضغط البطن، إنعدام المنعكسات الجلدية البطنية.

✓ القرع :

البحث عن تطبل بطني (إيلوس)، غياب الأصمية قبلكبديّة (إسترواح الصفاق)، أصمية على مستوى الخاصرة (إنصباب)

✓ التسمع :

صمت بطني.

✓ فحص الحوض :

البحث عن ألم أثناء اللمس المستقيمي : صرخة دوغلاس.

✓ فحص الباحات العقدية :**❖ فحص القلب والشرابين :**

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رنوي :

- المظهر الخارجي للمصدر عادي أو لا
- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

▪ الفحوص التكميلية :

- ✓ مشعاعية البطن اللامعدة : مستويات ماء غازية (إيلوس)، إسترواح الصفاق، إنصباب .
- ✓ المصدائية، المفراسية: علامات الإنصباب داخل الصفاق، ويوجه نحو المسببات
- ✓ مشعاعية الصدر : إسترواح الصفاق

✓ **الفحوص البيولوجية:** صيغة دموية (فرط الكريات البيضاء، فقر الدم)، فصيلة الدم، معدل البروثرومبين (فحص الإرقاء)، الوظيفية الكلوية (تجفاف)، السكر دموية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي، سرعة التثفل.....

■ الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره.....، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ..... مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من..... (العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

■ التشخيصات الممكنة :

✓ ذات الصفاق الحاد

✓ قرحة هضمية

✓ ذات الزائدة الدودية

✓ إنتقاب معوي، قولوني

✓

■ تدبير الحالة :

■ الإستشفاء

■ وضع المريض في وضع الإعداد :

• مسالك وريدية جانبية.

• مسبار مثاني (حالة الصدمة)، أنبوب معدي (إضطراب الوعي).

• الفحص البيولوجي البدني : صيغة دموية، مكونات الدم، فصيلة الدم.

■ تدابير الإنعاش :

• تحرير القصبات الهوائية.

• أوكسلاجية و أو التهوية الإصطناعية في حالة تدهور الوعي أو اللانفس.

• إعاضة السوائل الكهرلية، تصحيح الإضطرابات الأيونية و الحماض الإستقلابي.

• ملء العروق، نقل الدم

■ المعالجة الطبية : المضادات الحيوية+++ (طيف المضاد الحيوي عريض)

■ المعالجة الجراحية :

• تنظيف الصفاق

• علاج السبب

• نزح عريض

■ **المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، متابعات ما بعد العملية الجراحية (حالة

الندية، علامات عامة، المنازح drains، الفغرة stomie، عودة العبور المعوي إلى طبيعته

■ **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء.**

الملف الثالث:

الملف الطبي : (الإنسداد المعوي الحاد)

■ تعريف المريض **idéntité**:

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء **motif d'hospitalisation**:

- توقف البراز والغازات

■ السوابق المرضية **antécédents**:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا؟

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية؟

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا (خاصة سوابق الإصابة بسرطان المستقيم والشرج).

■ التاريخ المرضي **histoire de la maladie**:

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، ونمط البداية.

- العلامات الوظيفية :

- ألم بطني مع تحديد الخصائص العرضية لهذا الألم

■ قيء : صفراوي، أو غذائي، أو برازي

- العلامات العامة : حمى، عدم البدن....

- التطور والتأثير على الحالة العامة.

■ الفحص السريري **examen clinique**:

❖ **الفحص العام :**

- حالة الوعي(عادي، فتار، تخليط عقلي...)، ضغط الدم(منخفض)، النبض(سريع)، سرعة التنفس، تلون الملتحمة(شحوب..)، حالة التميح (جفاف الأغشية المخاطية، عطش، ثنيات جلدية...)، إدرار البول(نقص البول، إنعدام البول)، درجة الحرارة...

❖ **فحص البطن :**✓ **المعاينة :**

البحث عن إنتفاخ بطني، تموجات تمعجية، ندبة جراحية، وملاحظة التنفس البطني.

✓ **الجس :**

البحث عن ألم مسبب، عن وجود أو غياب التققع طحالي splénomégalie، كبدي hépatomégalie....

✓ **القرع :**

البحث عن تطبل بطني tympanisme abdominale

✓ **التسمع :**

البحث عن خصائص الأصوات المعوية، وجود الصمت أو لا.

✓ **فحص الحوض :**

البحث عن ألم أثناء اللمس المستقيمي، وجود براز، أنبوبة المستقيم فارغة أو لا؟، الجانب السفلي لورم

مستقيمي....

✓ **فحص الباحات العقدية examens des aires ganglionnaires :** البحث عن فتق إختاقي.❖ **فحص القلب والشرابين :**

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ **الفحص الجنب-رئوي examen pleuro-pulmonaire :**

- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا
- الإهتزازات الصوتية vibrations vocales طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي murmures vésiculaires طبيعي أو لا
- وجود خراخر râles أو لا أثناء التسمع.

❖ **باقي الفحص الجسدي :** البحث عن وجود إعتلالات أخرى.▪ **الفحوص التكميلية :**

- ✓ **مشعاعية البطن اللامعدة:** مستويات ماءغازية تمكن من تأكيد التشخيص.
- ✓ **التصوير المفراسي:** إبراز المستويات الماءالغازية مع تقدير خطورة الإنسداد المعوي (تثخين الجدار

المعوي، وجود الهواء أو الماء في التجويف الصفاقي).

✓ **التعقيم الهضمي بالمواد الذائبة في الماء :** يمكن من تحديد موضع الإنسداد وأحيانا السبب.

✓ **الفحوص البيولوجية:** صيغة دموية (فرط الكريات البيضاء، فقر الدم) معدل البروثرومبين، الوظيفية

الكلى، السكر دموية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي.....

■ الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ

..... مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص

السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

■ التشخيصات الممكنة :

-الانسدادات الورمية :

■ سرطان المستقيم والشرج

■ ورم معوي

-الانسدادات الغير الورمية :

■ إلتواء سيني

■ فتق إختناقي، إنغلاق معوي

■ إنسداد ما بعد العملية الجراحية، إيلوس صفراوي

■ التضيقات: ذات السيني، sigmoidite، مرض كرون، maladie de Crhon، إقفار.....

■ متلازمة أوجيلفي syndrome d'ogilvie، إيلوس شللي....

■ تدبير الحالة :

■ الإستشفاء

وضع المريض في وضعية الإعداد : مريض صائم، وضع أنبوب معدي sonde gastrique، مسبار

مثاني sonde urinaire، شفط معدي برفق..

■ تدابير الإنعاش : إصلاح الإضطرابات الكهرلية.

■ المعالجة الطبية : مسكنات الألم، المضادات الحيوية...

■ المعالجة الجراحية : مستعجلة بعد تثبيت الدمركية، والهدف منها نزع الحاجز(طرق مختلفة على

حسب الأسباب).

■ العلاج الآلي traitement instrumental : في الحالات التالية : الإنغلاق المعوي، الإلتواء

السيني، متلازمة أوجيلفي...

■ **المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، والمتابعات ما بعد العملية.

■ **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الملف الرابع:

الملف الطبي : (النزف الداخلي)

***تعريف المريض :**

_الإسم والنسب

_العمر، الجنس، الحالة العائلية

_الأصل الجغرافي، السكن الحالي

_المهنة

_التغطية الصحية

***سبب الإستشفاء :**

-إغماء

السوابق المرضية:*** السوابق الشخصية :**

✓ السوابق الطبية :

-البحث عن مرض السكري، عن ارتفاع ضغط الدم

-البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر

-البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.

-البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)

-هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

-هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

✓ السوابق العائلية :

-وجود سوابق عائلية أو لا.

***التاريخ المرضي :**

تحديد العناصر التالية :

-التاريخ، نمط البداية، وظروف الإكتشاف:

- رضخ (traumatisme)سقوط، حادثة سير...

- امرأة في فترة الإنجاب خاصة مع تأخر الحيض.

- مريض مصاب بقرحة المعدة، تشمع الكبد، أو مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية، أو مضادات التخثر.

- بعد الولادة أو بعد إجراء عملية جراحية.

- دون سوابق مرضية.

-العلامات الوظيفية :

-إغماءlipothymie، غشيsyncope، عطش شديد، ضيق الصدر، الشعور بالبرد.

-قلة إلى إنعدام البول، كربة، قلق، والخوف من الموت، متلازمة تخليطية syndrome

.confusionnel

-ألم.....

-العلامات العامة : الوهن، فقدان الشهية، فقدان الوزن.

-التطور والتأثير على الحالة العامة.

***الفحص السريري :**

❖ الفحص العام :

علامات عامة : شحوب جلدي، هياج، كربة، تغيم الوعي، انخفاض درجة حرارة الجسم، نبض سريع، انخفاض الضغط

الدموي والضغط الوريدي المركزي....

❖ علامات الفحص السريري : البحث عن العلامات التالية :

*علامات جلدية :

- شحوب الجلد والأغشية المخاطية (الملتحمة).

- ارتفاع زمن إعادة تلون الجلد.
- تزرق جلدي تبتدئ عند الركبتين ويمكن أن تنتشر على أنحاء الجسم
- عرق بارد.
- *علامات قلب-عرقية :
- نبض سريع وضعيف، تستطيع ملامسته فقط في الفخذ أو الشريان السباتي.
- تباطؤ دقات القلب، الضغط الوريدي المركزي منخفض.
- ضغط الدم الشرياني عادي، منخفض أو الفرق بين الضغط الإنقباضي و الإنبساطي جد صغير.
- أوردة مسطحة.

*علامات تنفسية :

-تسارع التنفس السطحي، زرقة الشفاه والأطراف.

* علامات بولية :

-قلة البول :إدرار البول أقل من 0.35مل/كغ/س

- إنقطاع البول : إدرار البول منعدم

*علامات عصب-حسية :

هياج، دوخة، كربة، اضطرابات الوعي : تغميم الوعي إلى حد الغيبوبة.

*علامات بطن حوضية :

حساسية، دفاع، تقفع

وردم بطن جداري

أصمية منحدرية للجانبين : تدمي الصفاق

وردم حوضي :كسر الحوض

فحص الحوض : ألم على مستوى رذب دوغلاس، تدمي الصفاق.

*علامات عظمية-مفصالية : كسر، خلخluxation، ورادم جدارية.

❖ البحث عن علامات الخطر :

بطء القلب المتناقض، انخفاض ضغط الدم لفترة طويلة (أكثر من ثلاثون دقيقة)، حماض لبني، فشل متعدد الأعضاء (غيبوبة، إفقار عضلة القلب، ضيق الجهاز التنفسي الحاد، القصور الكلوي الحاد، القصور الكبدي، نقص البومين الدم، فرط بيليروبين الدم).

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

*الفحوص التكميلية :

- ✓ مشعاعية البطن اللامعدة: تدمي الصفاق
- ✓ المصدائية: إنصباب سائلي، صورة لحمل خارجرحمي، أم الدم الأبهرية، تمزق الأعضاء المملوءة.
- ✓ المشعاعية الصدرية : إنصباب جنبي (صدر مدمى)، توسع المنصف distension médiastinale (تدمي المنصف (hémomédiastin).
- ✓ أشعة الحوض والأطراف والعمود الفقري.
- ✓ المفراسية : (مع أو بدون حقن مادة التباين)+++

البطني، الصدري..

- ✓ تصوير الشرايين : تسريب مادة التباين (علاجي : إصمام embolisation
- ✓ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية(الهيموغلوبين والهيماتوكريت+++))، الوظيفة الكبدية، الوظيفية الكلوية، السكردمية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي، فحص التخثر،....
- ✓ التنظير الهضمي : في حالة النزف الهضمي.

*الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....،يعاني من..... منذ.....مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

***التشخيصات الممكنة :**

- تدمي الصفاق
- صدر مدمى، تدمي المنصف، تدمي الشغاف **hémopéricarde**
- وردم خلفصفاقي **.....hématome rétro-péritonéale**

***تدبير الحالة :**

- الإستشفاء.
- وضع المريض في وضع الإعداد :
- مسالك وريدية جانبية.
- مسبار مثاني (حالة الصدمة)، أنبوب معدي (اضطراب الوعي).
- الفحص البيولوجي البدني : صيغة دموية، مكونات الدم، فصيلة الدم.
- تدابير الإنعاش :
- تحرير القصبات الهوائية.
- أوكسلاجية و/أو التهوية الإصطناعية في حالة تدهور الوعي أو اللانفس.
- ملء العروق، نقل الدم (معاوضة نقص الدم).
- إيقاف النزف (الأرقاء).
- معالجة السبب.
- *المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، المتابعات ما بعد العملية الجراحية، درجة الحرارة....
- *قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الملف الخامس:

الملف الطبي : (رضوخ البطن)

■ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء :

- رضخ بطني (أعراض مختلفة : نزف حاد، إغماء.....)

■ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم.
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر.
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...).
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

✓ السوابق العائلية :

■ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- المرضوخ (المصاب) :

- العمر، المراضات، السوابق المرضية.
- العلامات الوظيفية: نزف حاد، غشي، آلام في المراق الأيمن، أو الأيسر...
- آخر وجبة متناولة، آخر تبول.

- الرضخ :

- الساعة، العامل المسؤول، نقطة التأثير، المسار، بشكل مضغوط أو لا.
- - الآلية : -رضخ مغلق : كدمة مباشرة أو غير مباشرة (تباطؤ، سقوط من إرتفاع عال)

- رضخ مفتوح : جرح بسلاح أبيض أو بسلاح ناري (منافذ الدخول والخروج)
- العلامات العامة : علامات الصدمة النزفية (نبض جد ضعيف، إنخفاض ضغط الدم، شحوب، عرق أطراف باردة...)

- التطور والتأثير على الحالة العامة.

▪ الفحص السريري :

➤ التقييم الأولي :

وضع المريض في حالة الإعداد :

❖ التحقق من الوظائف الحيوية الرئيسية :

- تحرير القنوات الهوائية : جسم غريب، وذمة.
- التنفس.
- الدمركية.
- الحالة العصبية.
- خلع ملابس المريض من أجل الفحص.

❖ استخراج العناصر الموجهة نحو إصابة في البطن :

- التأكد من وجود الكدمات، ورادم، تقرحات أو جروح.
- عدم إستقرار الدمركية.
- صدمة ثنائية القطب : إصابة جزئين من جانبي البطن.

❖ استخراج العناصر المشيرة الى عملية جراحية طارئة :

- حالة الصدمة النزفية الشديدة التي تدل على نزف هائل ولازم، رغم عملية الملء العرقى المهمة .
- رضخ مفتوح مع خروج الأحشاء و/أو سائل هضمي، صفراء، بول، الخ...
- وجود عوامل إثارة نزف صاعق.

➤ التقييم الثانوي :

❖ فحص البطن :

✓ المعاينة :

- نقط التأثير : كدمات، ورادم، جرح أو آثار حزام السلامة، كسور الضلوع، بطن منتفخ ذي تنفس مضطرب.
- في حالة الجرح : يجب تحديد مدخل الدخول، مدخل الخروج، مسار العامل الجرح من أجل إستنتاج الأعضاء المحتمل إصابتها، درجة تعفن الجرح، وأخيرا خروج الأحشاء، أو سائل بيولوجي.

✓ الجس :

- ألم مثار أو مهيج
- دفاع تقفع بطني
- إصابة الضلوع السفلى

✓ القرع :

- أصمية منحدر

- يشير صوت غير طبيعي في المنطقة القبلكبديية إلى إسترواح الصفاق (إنتقاب في عضو أجوف).
✓ **التسمع :**
- إنخفاض الأصوات الماء غازية ناتج عن إيلوس منعكس.
✓ **فحص الحوض :**
- إنتفاخ أو ألم رذب دوغلاس
- تمزق المهبل أو المستقيم
- ✓ **فحص البول :** إدرار البول، البحث عن بيبة دموية.
- ✓ **الفحص العام :-** يتم إستكمال فحص البطن بفحص عام خاصة فحص الصدر، الرأس، العنق والأطراف.
- ✓ **قياس النبض، ضغط الدم، الضغط الوريدي المركزي، وفحص حالة الوعي وحالة التنفس بشكل مستمر.**

❖ **فحص القلب والشرائيين :**

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ **الفحص الجنب-رنوي :**

- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا.
- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ **باقي الفحص الجسدي :** البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

▪ **الفحوص التكميلية :**

- ✓ المصدانية عند سرير المريض:
- التقييم الكامل لمختلف أعضاء التجوييف البطني(الكبد+++، الطحال+++،...)
- التأكد من وجود سائل صفاقي
- إظهار وردم جداري، أو ورم في الأحشاء
- تجنب فتح البطن الإستقصائي.
- ✓ **عينة دموية :** صيغة دموية(الهيموغلوبين، الهيماتوكريت+++)، فصيلة الدم، معدل البروثرومين، ناقلية الأمين ومعدل الليبازدمية....
- ✓ **مشعاعية البطن اللامعدة:** البحث عن :
 - استرواح الصفاق
 - مستويات ماء غازية
- ✓ **مشعاعية الصدر :**

- كسور ضلعية
- إنصباب جنبي
- إسترواح المنصف
- غاز واضح في علاقته بتمزق الحجاب
- ✓ المفراس: تدمي الصفاق، ورا دم، تهتك، تمزق طحالي، كبدي.....
- ✓ بزل مع غسل صفاقي :
- تستعمل هذه التقنية فقط في غياب المصدانية والمفراس.
- **الملخص المشعاعي السريري :**
- يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، ضحية لرضخ بطني.....يعاني من..... منذ..... مصحوب بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدت الفحوص التكميلية التالية.....
- **التشخيصات الممكنة :**
- إنتقاب عضو أجوف (ذات الصفاق الحاد، إصابة الطحال، الكبد.....)
- تدمي الصفاق (النزف الداخلي)
- **تدبير الحالة :**
- الإستشفاء
- وضع المريض في وضع الإعداد :
- مسالك وريدية جانبية.
- مسبار مثاني (حالة الصدمة)، أنبوب معدي (اضطراب الوعي).
- الفحص البيولوجي البدني : صيغة دموية، مكونات الدم، فصيلة الدم.
- تدابير الإنعاش :
- تحرير القصبات الهوائية.
- أوكسلاجية و /أو التهوية الإصطناعية في حالة تدهور الوعي أو اللانفس.
- ملء العروق، نقل الدم.
- المعالجة الطبية
- المعالجة الجراحية : حسب الأعضاء المتأثرة.
- **المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، الحالة الدمركية، درجة الحرارة، صيغة دموية، متابعات ما بعد العملية الجراحية.
- **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الملف (الساوس):

الملف الطبي : (كتل البطن المجسوسة)

■ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- تغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء :

- كتلة بطنية

■ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

- السوابق الطبية :

- لبحث عن مرض السكري، عن ارتفاع ضغط الدم
- لبحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- لبحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- لبحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

-السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

-السوابق العائلية :

- وجود أو غياب سوابق سرطانية.

■ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، ونمط البداية: ظروف إكتشاف الكتلة (سياق استعجالي: في مناسبة احدى المضاعفات، سياق غير

استعجالي: غياب الأعراض، سياق رضخ بطني)

- العلامات الوظيفية (على حسب موضع الكتلة) :

- ألم بطني (مع تحديد الخصائص العرضية)
- علامات هضمية :- غثيان،خلل التغوط، نزف هضمي
- علامات كبد-صفراوية:- يرقان ictère، حكة، تلون البول والبراز.

- علامات بولية : بيلة دموية، بيلة قيحية، إخراج الحصى.
- علامات أمراض النساء : إنقطاع الحيض، غزارة الطمث، نزف الرحم.
- علامات الغدد الصماء : البحث عن ورم إفرازي ووظيفي.....
- العلامات العامة : الوهن، فقدان الشهية، فقدان الوزن.
- التطور والتأثير على الحالة العامة.
- **الفحص السريري :**
- ❖ **الفحص العام :**
- سخنة، الوزن، الطول، حالة الوعي، الحالة العصبية، ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، تلون الملتحمة، إدرار البول، درجة الحرارة...
- ❖ **فحص البطن :**
- ✓ **المعاينة :**
- ملاحظة لون الأغشية بحثًا عن يرقان، علامات إتهابية، علامات الحكّة.
- البحث عن ندبة جراحية، دورة وريدية رادفة بطنية، زيادة حجم البطن، تقبب أو بطن غير مثنائل.
- ✓ **الجس :**
- تحديد الخصائص العرضية للكتلة (الموضع، العدد، الشكل، الطول، الصلابة، وضوح الحدود، الحركية، الحساسية، التموج، التمدد....)
- ✓ **القرع :**
- البحث عن صمت، عن رنين، عن أصمية منحدرّة (إنصباب سائلي)، قياس السهم الكبدي.
- ✓ **التسمع :**
- البحث عن نفخة، صمت، أو الأصوات الماء غازية.
- ✓ **فحص الحوض :**
- **اللمس المستقيمي : - رذب دو غلاس ممتلئ، تحبيبات صفاقية.
- كتلة لمعية أو خارجلمعية أمامية أو جانبية.
- **اللمس المهيلي : (مشارك مع جس البطن)
- كتلة وسطية وعنق رحم متحرك: كتلة رحمية
- كتلة جانبية الرحم وعنق رحم غير متحرك: كتلة ملحقية.
- ✓ **فحص الباحات العقدية :** البحث عن فتق إختناقي.
- ❖ **فحص القلب والشرابيين :**
- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنّا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.
- ❖ **الفحص الجنب-رئوي :**
- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا.

- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.
- ❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.
- الفحوص التكميلية :
- ❖ مشعاعية البطن اللامعدة: عتامة، تكلس، إنحراف البنيات، مستويات ماء غازية.
- ❖ المصدانية: تحديد طبيعة الكتلة (سانل، صلب، أو مزدوج)، موضع الكتلة، طولها وأبعادها، علاقتها مع الأعضاء المجاورة، مع إبراز مشعاعية العروق الخاصة العرقية للكتلة.
- ❖ المفراس: (مع او بدون حقن مادة التباين)+++
- أكثر حساسية ونوعية من المصداء في إبراز خصائص الكتلة.
- ❖ التعقيم الهضمي، التصوير بالمرنان، التنظير.....
- ❖ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية Némuration formule sanguine، الوظيفة الكبدية، الوظيفة الكلوية، السكردمية، أيوندمية ionogramme، بروتين التفاعل سي CRP، فحص التختر bilan de crase، الواصمات الورمية marqueurs tumoraux.....
- الملخص المشعاعي السريري :
- يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ..... مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....
- التشخيصات الممكنة Diagnostic à évoquer :
- على حسب موضع الكتلة :
- المراق الأيمن : ورم كبدي، ورم صفراوي.....
- المراق الأيسر : كتل معدية، أورام بنكرياسية، أورام قولونية.
- الشرسوف : أورام معدية، إثناعشرية، رأس بنكرياسية....
- المنطقة الختالية : التأكد من غياب الكرة المثانية، أورام مثانية مبيضية أو رحمية (المرأة).
- منطقة الخاصرة : أورام كلوية، كظرية، قولونية.
- الحفرة الحرقفية اليمنى : كتلة زاندية، أمراض منطقة التقاطع اللفانفي الأعوري، كتلة أعورية، كتلة مبيضية.
- الحفرة الحرقفية اليسرى : كتلة المبيض الأيسر، كتلة المستقيم العلوي أو المستقيم السيني.
- منطقة السرة : أورام معوية، أورام القولون المستعرض.
- تدبير الحالة :

- الإستشفاء
 - التدبير العلاجي : على حسب الأسباب
- يبقى التشذيب الجراحي مع إحترام القواعد السرطانية هو الضامن الوحيد للشفاء
- **المراقبة والتطور** : المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، المتابعات ما بعد العملية الجراحية، درجة الحرارة...
 - **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الملف السابع:

الملف الطبي : (العلامات العامة للأورام)

*تعريف المريض :

- _الإسم والنسب
- _العمر، الجنس، الحالة العائلية
- _الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- _المهنة
- _التغطية الصحية

*سبب الإستشفاء :

_عدم البدن للمريض

*السوابق المرضية:

** السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن ارتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض الس، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- البحث عن سوابق سرطانية.
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

-هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

✓ السوابق العائلية :

-وجود أو غياب سوابق سرطانية.

*التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

-التاريخ، ونمط البداية، وظروف الإكتشاف

-العلامات الوظيفية : علامات الإنسداد أو الضغط، النزف، أو إنتقاب عضو أجوف

_علامات هضمية :- غثيان، قيء، نزف هضمي، عسر الهضم

_علامات كبد-صفراوية :- يرقان، حكة، تلون البول والبراز.

_علامات بولية : بيلة دموية، بيلة قبحية، إخراج الحصى.

_علامات أمراض النساء :إنقطاع الحيض، غزارة الطمث، نزف الرحم.

_علامات الغدد الصماء : البحث عن ورم إفرازي ووظيفي.....

-العلامات العامة : الوهن، فقدان الشهية، فقدان الوزن.

-التطور والتأثير على الحالة العامة.

*الفحص السريري :

❖ الفحص العام :

-سحنة، الوزن، الطول، حالة الوعي، الحالة العصبية، ضغط الدم، النبض، سرعة

التنفس، تلون الملتحمة، إدرار البول، درجة الحرارة...

❖ فحص البطن :

✓ المعاينة :

_ ملاحظة لون الأغشية بحثاً عن يرقان، علامات إنتهاية، علامات الحكة.
_ البحث عن ندبة جراحية، دورة وريدية رادفة، زيادة حجم البطن، تقبب أو بطن غير مثنائل.

✓ الجس :

تحديد الخصائص العرضية للكتلة (الموضع، العدد، الشكل، الطول، مدى الصلابة، وضوح الحدود، الحركية، الحساسية، المتموج، التمدد...)، البحث عن دفاع، تقفع، تضخم طحالي، كبدي، حويصلة كبيرة...

✓ القرع :

البحث عن صمت، عن رنين، عن أصمية منحدر (إنصباب سائلي)، قياس السهم الكبدي.

✓ التسمع :

البحث عن نفخة، صمت، أو الأصوات الماء غازية.

✓ فحص الحوض :

**اللمس المستقيمي: - رذب دو غلاس ممتلئ، تحبيبات صفاقية.

- كتلة لمعية أو خارجلمعية أمامية أو جانبية.

**اللمس المهلي: (مشترك مع جس البطن)

- كتلة وسطية وعنق رحم متحرك: كتلة رحمية

- كتلة جانبية الرحم وعنق رحم غير متحرك: كتلة ملحقية.

✓ فحص الباحات العقدية : البحث عن فتق إختناقي.

❖ فحص القلب والشرايين :

- الأصوات القلبية عادية أو لا.

- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.

- وجود صفير أو أصوات إضافية.

- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رنوي :

- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا

- الإهترزازات الصوتية طبيعية أو لا.

- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا

- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

*الفحوص التكميلية :

✓ مشعاعية البطن اللامعدة: عتامة، تكلس، إنحراف البنيات، مستويات ماء غازية.

✓ المصدائية: - تحديد طبيعة الكتلة (سائل، صلب، أو مزدوج)، موضع الكتلة، طولها وأبعادها،

علاقتها مع الأعضاء المجاورة، مع إبراز المصداء للعروق الخاصة العرقية للكتلة.

- التقييم الكلي لأعضاء التجويف البطني.

- البحث عن غدائد adénopathies، عن إستسقاء.

✓ المفراس: (مع أو بدون حقن مادة التباين)+++

أكثر حساسية ونوعية من المصداء في إبراز خصائص الكتلة، تحديد الإنتشار على مستوى الأعضاء المجاورة.

✓ المرنان، التنظير.....

✓ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية، الوظيفة الكبدية، الوظيفة الكلوية، السكردمية، أيوندمية،

بروتين التفاعل سي، فحص النخثر، الواصمات الورمية.....

*الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ..... مصحوبة

بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....
*التشخيصات الممكنة :

على حسب موضع الكتلة :

- المراق الأيمن : ورم كبدي، ورم صفراوي.....
- المراق الأيسر : ورم معدي، أورام بنكرياسية، أورام قولونية.
- الشرسوف : أورام معدية، إثناعشرية، رأس بنكرياسية....
- المنطقة الختلية : التأكد من غياب الكرة المثانية، أورام مثانية مبيضية أو رحمية (المرأة).
- الحفرة الحرقفية اليمنى : ورم زاندي، أمراض منطقة التقاطع اللفانفي الأفعوري، ورم أفعوري، ورم مبيضي.
- الحفرة الحرقفية اليسرى : ورم المبيض الأيسر، ورم المستقيم العلوي أو المستقيم السفلي.
- منطقة السرة : أورام معوية، أورام القولون المستعرض.

.....

*تدبير الحالة :

- الإستشفاء
 - فحص الإنتشار لمعرفة الحدود التشريحية للورم : المفراس الصدري، البطني والحوضي، مشعاعية الصدر، التصوير الومضائي، واستقصاءات أخرى على حسب علامات النداء.
 - التدبير العلاجي : على حسب الأسباب
- يبقى التشذيب الجراحي مع إحترام القواعد السرطانية هو الضامن الوحيد للشفاء.
- *المراقبة والتطور : المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، المتابعات ما بعد العملية الجراحية، درجة الحرارة....
- *قرار خروج المريض مع وصفة الدواء.

الملف الثامن:

الملف الطبي : (اليرقان السكري)

*تعريف المريض :

- _الإسم والنسب
- _العمر، الجنس، الحالة العائلية
- _الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- _المهنة
- _التغطية الصحية

*سبب الإستشفاء :

-يرقان

*السوابق المرضية:

** السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن ارتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

**السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا (خاصة سوابق الإصابة بسرطان رأس البنكرياس).

*التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

-التاريخ، نمط بداية اليرقان :حادة، تدريجية.

(حادة : تحصي صفراوي، تدريجية : سرطان القنوات الصفراوية أو البنكرياس).

-العلامات الوظيفية :

-علامات الركود الصفراوي : يرقان، بول غامق، براز مبيض (أبيض عجيني)، الحكمة.

-العلامات المصاحبة :

- ألم صفراوي+حمى+يرقان [(ثالث فيلارد) يوجه الطبيب نحو تحصي القناة الصفراوية الرئيسية].
- تغوط الدم [يشير الى ورم أنبوبة فاتر].
- حكة تسبق اليرقان [تشير الى ضغط أو تضيق القناة الصفراء الرئيسية، تشمع صفراوي أولي cirrohse biliaire primitive].
- عدم البدن مع فقدان الوزن [يشير الى سرطان].

-العلامات العامة : حمى، عدم البدن....

-التطور والتأثير على الحالة العامة.

*الفحص السريري :

❖ الفحص العام :

-حالة الوعي، ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، تلون الملتحمة، يرقان جلدي، درجة

الحرارة....

❖ فحص البطن :

✓ المعاينة :

البحث عن شدة اليرقان، إصابات الحكة *lésion de grattage*، وحة نجمية *angiome stellaire*.

✓ الجس :

البحث عن تضخم طحالي، تضخم كبدي، حويصلة كبيرة، صفاريم (الجفون).

✓ القرع :

البحث عن إنصباب سانلي.

✓ فحص الحوض :

اللمس المستقيمي

✓ فحص الباحات العقدية : البحث عن غداند...

❖ فحص القلب والشرايين :

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رنوي :

- المظهر الخارجي للمصدر عادي أو لا.
- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

*الفحوص التكميلية :

✓ المصدانية +++ (مستعجلة في حالة وجود حمى : التأكد من غياب ذات الأقفنية الصفراوية *angiocholite*)

- البحث عن توسع القنوات الصفراوية الداخلكبدية والخارجكبدية، عن توسع القناة الصفراء الرئيسية.
- تحديد مستوى الحاجز (حاجز نقيري : ورم، حاجز متموضع بالأسفل : سرطان رأس البنكرياس، ورم أنبوية فاتر، تحصي القناة الصفراء).

✓ الفحوص البيولوجية :

- صيغة دموية (الفرطكروية=ذات الأقفنية الصفراوية)،

- الفحوص الكبدية :

- متلازمة الركود الصفراوي : فرط البيليروبيندمية خاصة المقترن، ارتفاع الفوسفاتات القلوية، ارتفاع ناقلة الببتيدي غاما غلوتاميل.

- متلازمة الإنحلال الخلوي *syndrome de cytolys* : ارتفاع ناقلات الأمين *transaminases*.- متلازمة القصور الكبد خلوية *syndrome d'insuffisance hépatocellulaire* : إنخفاض معدلالبروثروميين *taux de prothrombine* والعامل الخامس *facteur 5*.

**فحوصات أخرى : على حسب الأسباب

✓ المفراس : (مع أو بدون حقن مادة التباين)

- البحث عن توسع القنوات الصفراوية الداخل والخارجكبدية.
- إظهار أسباب الحاجز خاصة الطبيعة الورمية (ورم حويصلي، كبدي صفراوي، ورم النقيير، أو رأسي بنكرياسي).
- تحديد الإنتشار في الأعضاء المجاورة (الأحشاء، العروق والغداند).

✓ المرنان :

-توسع القناة الصفراوية الرئيسية .

-تحديد التوسع الصفراوي ومكان الإنسداد في حالة الحواجز ذات الطبيعة الورمية.

*الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ..... مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدت الفحوص التكميلية التالية.....

*التشخيصات الممكنة :

- تحصي القناة الصفراء الرئيسية : (ألم صفراوي، حمى، يرقان)+++

- الحواجز الورمية :

- سرطان رأس البنكرياس +++
- ورم أنبوية فاتر

- تشخيصات أخرى :

- غدائد ضاغطة على القناة الصفراوية الرئيسية
- تشمع صفراوي أولي.....

***تدبير الحالة :**

- الإستشفاء.
- معالجة المسببات المرضية :
- سبب خارجكبدى عن طريق نزع جراحي أو آلي(التنظير).
- عملية زرع الكبدى في حالة التشمع الصفراوي الأولي وذات الأفتنية الصفراوية المتصلبة.
- معالجة نتاج الركود الصفراوي :
- الحكة : أخذ الكوليستيرامين cholesteramine.
- إسهال دهني : نظام غذائي فقير من حيث الدهون.
- نقص الفيتامينات : إضافة الفيتامينات خاصة في حالة ركود صفراوي مطول.
- *المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، متابعات ما بعد العملية الجراحية.
- *قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الملف التاسع:

الملف الطبي : (فتوق وإندحاقات جدار البطن)

▪ تعريف المريض :

- لإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

▪ سبب الإستشفاء :

- ظهور تورم على مستوى جدار البطن

▪ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم.
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر.
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...).
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا.

▪ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ وأوقات الظهور (أثناء مجهود، السعال، وضعية الوقوف)، ونمط البداية (مفاجئ، تدريجي)، والتطور (آلم أو لا، قابل للرد أو لا)
- الموضع (أربي، فخذي، سري)،
- العوامل المساهمة : الربو، الإمساك، عسر البول، ضعف عضلي صفاقي.
- العلامات الوظيفية :

- إنزعاج بسيط، ثقل، ألم أثناء مجهود، إضطراب هضمية (متلازمة سدية)....

- العلامات العامة : حمى، عدم البدن....
- التأثير على الحالة العامة.
- الفحص السريري :
- ❖ الفحص العام :
- حالة الوعي، ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، تلون الملتحمة، درجة الحرارة...
- ❖ فحص البطن :
- يجب أن يكون الفحص منهجي، ويجرى في وضعية الوقوف، ثم وضعية الإستلقاء، ثم أثناء سعال المريض.
- ✓ المعاينة :
- وجود تورم في جذر الفخذ، تحديد مظهر الجلد المقابل للفتق، وجود إندحاق في الجدار.
- وأحيانا منطقة الفخذ جد عادية.
- ✓ الجس :
- يجب تحديد موضع فوهة الفتق بالنسبة لخط مالغين (مكان خروج التورم) :
- "فوهة فوق خط مالغين = فتق أربي"
- "فوهة تحت خط مالغين = فتق فخذي"
- فحص الفوهة الأربية الخارجية :
- إدخال السبابة المغطاة بجلد الصفن في الفوهة الأربية الخارجية الموجودة تحت القوس الفخذي والبحث في النفق الأربي عن إندفاع الفتق أثناء السعال.
- فحص الفوهة الفخذية :
- يمكن لمس الفوهة بداخل العروق الفخذية، تحت خط مالغين.
- تحدد بقية الفحص :-حجم الفتق، محتويات الكيس، حالة الجدار.
- العلامات الفتقية المصاحبة :الجانب المقابل للفتق، فتق فخذي، فتق سري.
- حالة الأعضاء التناسلية الخارجية (حالة الجراب)، اللمس المستقيمي.
- وجود عيوب أخرى.
- ✓ فحص الباحات العقدية : البحث عن تورم مقاوم، غير قابل للرد، غير متدفق أثناء السعال (فتق إختناقي+++)
- ✓ فحص الحوض : اللمس المستقيمي++++
- ❖ فحص القلب والشرابيين :
- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمنا الإنقباض و الإنبساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.
- ❖ الفحص الجنب-رئوي :
- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا.

- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.
- ❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.
- الفحوص التكميلية :
- ✓ مشعاغاية البطن اللامعدة: مستويات ماء غازية(إنسداد معوي حاد).
- ✓ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية، معدل البروثرومبين، الوظيفة الكلوية، السكردمية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي.....
- الملخص السريري :
- يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ..... مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية(المتلازمة التالية).....
- التشخيصات الممكنة :
- فتق إختناقي ++++(أربي، فحذي، سري)
- فتق غير مضاعف (أربي، فحذي، سري)
- تدبير الحالة :
- الإستشفاء.
- وضع المريض في وضعية الإعداد : مريض صائم، وضع أنبوب معدي، مسبار مثاني، شفط معدي برفق.
- تدابير الإنعاش : إصلاح الإضطرابات الكهرلية.
- المعالجة الجراحية :
- فتق خلقي : قبل 6 أشهر : تتم عملية إغلاق القناة الصفاقية المهبلية تلقانيا (عصابة بطنية+مراقبة من طرف الوالدين)، ثم جراحة ما بعد 6 أشهر.
- فتق مكتسب غير مضاعف : عملية جراحية :
- تسليخ وقطع الكيس الفتقي بعد إعادة إدماج محتواه، مع إغلاق فوهة الفتق بخياطة مباشرة عند الشخص الشاب، ووضع صفيحة ترقيعية عند كبار السن أو في حالة التكرار(نكس).
- فتق إختناقي: طارئ جراحي+++
- يتعلق الأمر بحيوية القولون المعوي (طبيعي أو لا)
- إذا كان يأخذ شكله الطبيعي بعد رفع الخنق، فيمكن إعادة إدماجه.
- أما في حالة الشك أو وجود نخر، فيجب القيام بإستئصال معوي.
- المراقبة والتطور : المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، المتابعات ما بعد العملية الجراحية.
- قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .

الملف العاشر:

الملف الطبي : (علم أعراض المستقيم والشرح)

■ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

■ سبب الإستشفاء :

- نزف مستقيمي

■ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم.
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر.
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا.

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.
- ✓ السوابق النسائية : تاريخ آخر دورة شهرية، رقم الولادة والحمل، موانع الحمل.....

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا (خاصة سوابق الإصابة بسرطان المستقيم والشرح).

■ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، نمط البداية.

- العلامات الوظيفية :

- النزف المستقيمي مع تحديد خصائص هذا النزف (الأقدمية، العدد، الكمية، علاقتها بالبراز).
- العلامات المصاحبة : ألم شرجي / ألم مستقيمي (تحديد خصائص هذا الألم)، سيلان شرجي، حكة، متلازمة المستقيم (الإنبعاثات الغير البرازية، الزحير، براز كاذب، الإحتياجات الكاذبة)....

- العلامات العامة : حمى، عدم البدن (وهن، فقدان الوزن، فقدان الشهية)....

- التطور (لازم، متقطع، أو دفعات) والتأثير على الحالة العامة.

■ الفحص السريري :

❖ الفحص العام :

■ حالة الوعي، ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، تلون الملتحمة (شحوب..)، درجة الحرارة...

❖ فحص البطن :

✓ المعاينة :

البحث عن إنتفاخ بطني، ندبة جراحية، وملاحظة التنفس البطني.

الكشف عن فتحة الشرج، فتح الطيات الجلدية بحثاً عن شقاق جلدي، البحث عن تدلي باسوري أو تدلي

مستقيمي.

✓ الجس :

البحث عن ألم مثار، عن وجود أو غياب التققع، عن كتلة بطنية، تضخم طحالي، كبدي.

البحث عن آفة جارشرجية (تصلب، تدفق مثار).

الجس الشرجي :-تقدير التوتر العاصري (خلل التوتر، إنعدام التوتر أو فرط التوتر).

■ تحديد الصمامات الشرجية والحليمات الشرجية (ننوعات ثلاثية صغيرة).

✓ القرع :

البحث عن تطبل بطني.

✓ التسمع :

البحث عن خصائص الأصوات المعوية، وجود الصمت أو لا.

✓ فحص الحوض :

■ تحديد محتوى أنبوية المستقيم، مرونة الجدار، توتر العاصرة الشرجية.

■ البحث عن أي خلل على مستوى الفحص: قساوة، تفرح، برعم ورمي، سلية، الجانب السفلي لورم

مستقيمي...

■ تحديد خصائص الإصابات: طولها، إرتفاعها ومحيطها، المسافة التي تفصلها عن هامش الشرج،

الحساسية، الحركية، وقاعدة الزرع.

■ فحص الأصبعي : عند سحب السبابة نقوم بفحص الأصبعي بحثاً عن الدم أو القيح.

✓ فحص الباحات العقدية : البحث عن فتق إختناقي.

❖ فحص القلب والشرايين :

■ الأصوات القلبية عادية أو لا.

■ زمن الإنباض و الإنبساط عادية أو لا.

■ وجود صفير أو أصوات إضافية.

■ وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رنوي :

■ المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا.

- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

▪ الفحوص التكميلية :

- ✓ المشراج : يمكن من رؤية الغشاء المخاطي للقناة الشرجية، ومشاهدة أسفل المستقيم.
- ✓ تنظير المستقيم عبر الأنبوب الصلب : يمكن من إستقصاء الغشاء المخاطي للمستقيم الى حدود الرزة المستقيمة السينية.
- ✓ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية، معدل البروثرومبين، الوظيفة الكلوية، السكردمية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي.....

▪ الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمرضى عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

▪ التشخيصات الممكنة :

- سرطان المستقيم والشرج
- الناسور الشرجي
- الشقاق الشرجي
- الجيب الشعري، خراج شرجي
- البواسير

▪ تدبير الحالة :

- الإستشفاء
- تدابير النظافة والحماية الصحية : علاج الإمساك، تغذية غنية بالألياف، شرب الكثير من الماء.....
- المعالجة الطبية : مسكنات الألم، المضادات الحيوية، مسهلات العبور المعوي، مضادات الإلتهاب، الأدوية المؤثرة على توتر العروق، ...
- المعالجة بالتنظير : شقاق مع تفريغ الخثرة، حقن مادة مصلبة تحت شقية...
- المعالجة الجراحية : على حسب التشخيص(تشذيب معوي، نزع جراحي لخراج.....)
- المراقبة والتطور : المراقبة السريرية واللاسريية للمريض، المتابعات ما بعد العملية الجراحية.
- قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .

الملف (الحموى) عشر:

الملف الطبي : (التعفنات الجراحية الحادة للأجزاء اللينة)

▪ تعريف المريض :

- الإسم والنسب
- العمر، الجنس، الحالة العائلية
- الأصل الجغرافي، السكن الحالي
- المهنة
- التغطية الصحية

▪ سبب الإستشفاء :

- إلتهاب تقيحي لأصابع اليد.

▪ السوابق المرضية:

❖ السوابق الشخصية :

✓ السوابق الطبية :

- البحث عن مرض السكري، عن إرتفاع ضغط الدم
- البحث عن مرض قلبي، مرض كلوي، أو أي مرض آخر
- البحث عن إصابة بمرض السل، أو وجود عدوى بهذا المرض.
- البحث عن عادات ضارة بالجسم (شرب الكحول، التدخين، مخدرات...)
- البحث عن لدغة، جرح، إصابة جلدية.
- هل يأخذ المريض أدوية أو لا (قشرانيات لمدة طويلة، كابتات المناعة...)

✓ السوابق الجراحية :

- هل سبق للمريض إجراء أي عملية جراحية.

❖ السوابق العائلية :

- وجود سوابق عائلية أو لا.

▪ التاريخ المرضي :

تحديد العناصر التالية :

- التاريخ، السياق، ونمط البداية.

- العلامات الوظيفية :

- ألم على مستوى أصبع اليد مع تحديد خصائص هذا الألم.

العلامات المصاحبة : علامات الإلتهاب الموضعية

- العلامات العامة : حمى، فقدان الشهية....

- التطور والتأثير على الحالة العامة.

■ الفحص السريري :

❖ الفحص العام :

- سخنة، حالة الوعي(هياج، قلق....)، ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، تلون الملتحمة، درجة الحرارة...

❖ فحص اليد :

✓ علامات موضعية :

- البحث عن كتلة متصلبة، مترججة، ألمة، حمراء، ساخنة.
- البحث عن تورم متقلب، أبيض، جارظفري أو تحتظفري، ظهري أو لبي، خاصة مع ألم قوي، ضرباني مؤرق.
- البحث عن علامات إنتهاية موضعية، وضعية الثني المسكنة للأصبع.
- ألم أثناء الضغط على الرذب الداني من الغمد أو أثناء تمديد الأصبع+++.
- وضعية الأصابع : على شكل كلاب، لارجعية، عادية.
- ألم إنقباضي، وذمة شاحبة لامعة وبيضاء.
- البحث عن إنتفاخ منتشر، علامة كودي، فرقعات ثلجية تحتجلدية.
- فحص حركية وحساسية اليد.
- فحص نبض اليد.

✓ علامات عامة :

- البحث عن غدائد محيطية وتابعة، ذات العروق اللمفية.

❖ فحص القلب والشرابين :

- الأصوات القلبية عادية أو لا.
- زمن الإنتقباض و الإنتساط عادية أو لا.
- وجود صفير أو أصوات إضافية.
- وجود أو غياب علامات القصور القلبي.

❖ الفحص الجنب-رئوي :

- المظهر الخارجي للصدر عادي أو لا.
- الإهتزازات الصوتية طبيعية أو لا.
- الهمس الحويصلي طبيعي أو لا.
- وجود خراخر أو لا أثناء التسمع.

❖ باقي الفحص الجسدي : البحث عن وجود إعتلالات أخرى.

■ الفحوص التكميلية :

- ✓ مشعاعية اليد: فقاعات هواء في الأجزاء اللينة، نفاخ تحتجلدي.
- ✓ الفحوص البيولوجية: صيغة دموية(الفرطكروية)معدل البروثرومبين، الوظيفة الكلوية، السكردمية، أيوندمية، بروتين التفاعل سي.....

■ الملخص المشعاعي السريري :

يتعلق الأمر بمريض عمره..... ، يحمل السوابق المرضية.....، يعاني من..... منذ
 مصحوبة بالعلامات التالية.....، كل هذه الأعراض تطورت في جو من.....(العلامات العامة).....، الفحص السريري كشف عن الإعتلالات التالية.....، والتي أكدتها الفحوص التكميلية التالية.....

■ **التشخيصات الممكنة :**

- خراج ساخن لليد

- داحس على مستوى أصابع اليد

- فلغمون اليد

- غنغرينا غازية لليد

■ **تدبير الحالة :**

■ الإستشفاء

■ المعالجة الطبية : حمام مطهر، مسكنات الألم، المضادات الحيوية(مضاد العنقوديات...)

■ المعالجة الجراحية :

● إستئصال الأنسجة المتعفنة والمنخورة.

● البحث عن ناسور مع القيام باستئصاله.

● أخذ عينة باكتريولوجية.

● التضميد من أجل الإلتئام.

● أحيانا قطع اليد في الحالات الخطرة والمتقدمة.

■ المعالجة الوقائية :

● البحث عن الأسباب المحرضة(مرض السكري، نقص المناعة...).

● مصل مضاد للكزاز/تلقيح مضاد للكزاز+++

● الترويض المبكر.

■ **المراقبة والتطور :** المراقبة السريرية واللاسريرية للمريض(العلامات البيولوجية للإلتهاب)، المتابعات ما

بعد العملية الجراحية.

■ **قرار خروج المريض مع وصفة الدواء .**

الباب الثالث:

أمثلة تدير حالات سريرية

الجماعة الأولى:

Cas clinique : Occlusion intestinale aigue

M B ,35 ans, se présente aux urgences pour des épigastralgies, évoluent depuis 5 jours accompagnées d'un arrêt des matières et des gaz depuis 3 jours, avec des vomissements depuis 12heures.

Examen clinique : patient conscient, T° 38,7°C, TA 13/07mmHg, FC : 100 bpm

Abdomen météorisé, avec une sensibilité épigastrique.

TR : normal, orifices herniaires libres.

NFS : GB :14500 éléments/mm³, Bilan Hépatique normal.

ASP : NHA plus larges que hauts.

1. Quel syndrome présente ce patient ?

❖ Réponse : Syndrome occlusif (arrêt des matières et des gaz + douleur abdominale +vomissements +météorisme abdominale)

2. Quel est le diagnostic le plus probable ?

❖ Réponse : occlusion intestinale aiguë(occlusion grêlique)

3. Citer les principales étiologies de votre diagnostic

❖ Réponse : – volvulus du grêle
– invagination intestinale
– étranglement herniaire

الحالة السريرية الأولى : الإنسداد المعوي الحاد **occlusion intestinale aigue**

م ب، 35 سنة، قدم للإستشارة الطبية بسبب ظهور ألآم شرسوفية منذ خمسة أيام، مصحوبة بتوقف البراز والغازات arrêt des matières et des gaz منذ ثلاثة أيام، وقيء منذ حوالي 12 ساعة.

- على مستوى الفحص السريري:
- الفحص العام : مريض واع، درجة الحرارة 37.8°، النبض: 100 (دقة في الدقيقة)، ضغط الدم : 130/07 (مم زئبق).
- فحص البطن examen abdominal : بطن منتفخ مع حساسية شرسوفية sensibilité épigastrique.
- اللمس المستقيمي toucher rectal : عادي، المنافذ الفتقية orifices herniaires حررة (خالية)

▪ الصيغة الدموية numération formule sanguine : الكريات البيضاء : 14500 كرية/مم³، الإجراء الكبدي bilan hépatique عادي.

▪ مشعاعية البطن اللامعدة abdomen sans préparation : مستويات ماء غازية niveaux hydro-aériques متوسعة أكثر مما هي مرتفعة.

1. ما هي المتلازمة syndrome التي يعاني منها المريض ؟

❖ جواب : متلازمة إنسدادية syndrome intestinale (توقف البراز والغازات+ألم بطني+قيء+إنتفاخ بطني météorisme abdominale)

2. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً ؟

❖ جواب : الإنسداد المعوي الحاد occlusion intestinale aiguë (إنسداد معوي occlusion grêlique)

3. أذكر الأسباب الرئيسية لتشخيصك .

❖ جواب :

- إلتواء معوي volvulus du grêle
- إنغلاف معوي invagination intestinale
- فتق إختنافي étranglement herniaire

الجمالة الثانية:

Cas clinique : Hernies et éventrations de la paroi de l'abdomen

M R, 62 ans, admis en consultation pour une tuméfaction de l'aïne évoluée depuis 6 mois.

1_Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

*Réponse : + interrogatoire :

-La date et modalités d'apparition et évolution, signes fonctionnels, les conditions de vie et antécédent(facteurs favorisants).

+Examen clinique :

-inspection : tuméfaction de la peau, aspect de peau et de la région controlatérale.

-palpation : réductible ou non, indolore ou non, impulsive à la toux ou non, le siège de la hernie (crurale ou inguinale), le contenu du sac, l'état de la paroi, l'état des organes genitaux externes.

-La présence d'autres tares.

2_Quelle est la principale complication a redouter chez ce patient ?

*Réponse : l'étranglement herniaire

الحالة السريرية الثانية : فتوق واندحاقات جدار البطن hernies et eventrations de la paroi abdominale

يعاني السيد م ر ذو 62 سنة من تورم فخذي tuméfaction de l'aïne منذ 6 أشهر مما دفعه إلى إستشارة الطبيب.

1_ ما العناصر التي يبحث عنها الطبيب خلال الإستجواب والفحص السريري ؟

*جواب : العناصر التي يبحث عنها الطبيب هي :

الإستجواب :

التاريخ وأشكال ظهور التورم، التطور، العلامات الوظيفية، ظروف العيش والسوابق

المرضية (المهيجات favorisants)....

الفحص السريري :

-المعاينة : تورم الجلد، شكل الجلد والجهة المقابلة.

-الجس : قابلة للرد أو لا، ألمة أو لا، مندفعة أثناء السعال أو لا، موضع الفتق(فخذي أو

أربي)، محتوى الكيس، حالة الجدار، حالة الأعضاء التناسلية الخارجية.

-وجود إعتلالات أخرى.

2_ ما المضاعفة الرئيسية التي يخاف منها الطبيب عند هذا المريض ؟

*جواب : الفتق الإختناقي étranglement herniaire.

الجملة الثالثة:

Cas clinique : ictère rétionnel

M S, 55 ans se présente en consultation pour un ictère évoluant depuis 15 jours

1. Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

▪ Réponse :

+interrogatoire :

La recherche d'un ictère et d'un syndrome clinique de cholestase (urines foncées, selles décolorées, stéatorrhée, et prurit)

+L'examen clinique :

La recherche d'un gros fois, d'une grosse vésicule, des xanthomes, fièvre...

2. Quels caractéristiques sémiologiques vous orienteraient vers la nature néoplasique de l'ictère ?

▪ Réponse :

• AEG, le début progressive d'ictère et évolution en un seul tenant sans rémission, aggravation de la prurit, absence des signes infectieux.

3. Citer les examens complémentaires a demander.

▪ Réponse :

• Echographie /TDM abdominale+/-bili-IRM, bilan biologique (BT, BD, BI, PAL, TP...).

الحالة السريرية الثالثة : اليرقان السدي ictère rétionnel

يشكو م س ذو 55 سنة من يرقان منذ 15 يوما، الشيء الذي دفعه لزيارة الطبيب.

1. ما هي العناصر التي يبحث عنها الطبيب خلال الإستجواب والفحص السريري؟

▪ جواب :العناصر التي يبحث عنها الطبيب :

• الإستجواب interrogatoire :

البحث عن يرقان وعن متلازمة سريرية للركود الصفراوي syndrome clinique de choléstase (بول

غامق urines foncées، براز غير ملون selles claires، إسهال دهني stéatorrhée، وحكة prurit).

• الفحص السريري examen clinique :

البحث عن تضخم كبدي hépatomégalie، حويصلة كبيرة grosse vésicule، الصفاريم xanthomes،

حمى،...

2. ما هي العناصر العرضية الموجهة نحو الطبيعة الورمية لليرقان؟

▪ جواب :

عدم البدن altération d'état général، البداية التدريجية لليرقان والتطور مرة واحدة دون تراجع، تفاقم

الحكة، غياب العلامات التعفنية.

3. أذكر الفحوص التكميلية المطلوبة.

▪ جواب :

المصدانية/ المفراس البطني، +/- المرنان الصفراوي، فحص بيولوجي(بيليروبين مباشر، بيليروبين غير

مباشر، فوسفاتات قلبية، معدل البروثرومبين....).

الجملة الرابعة:

Cas clinique : douleur abdominale aigue

M F, 55 ans, ayant comme ATCD un DT2 sous glugophage, HTA de découverte récente sous régime sans sel, présente des douleurs abdominales de l'hypochondre droit et des vomissements depuis 24H.

1. Quelles caractéristiques sémiologiques recherchez-vous à l'interrogatoire ?

▪ Réponse :

Les caractéristiques sémiologiques de la douleur (siège, irradiation, mode de début, le type, horaire par rapport au repas, évolution dans le temps, intensité, facteurs déclenchant, facteurs calmants, signes associés), les circonstances révélatrices, antécédents médicaux et chirurgicaux, prise médicamenteuse.

L'examen clinique trouve un patient conscient, fébrile à 39°C, FC : 100 bpm,

L'examen abdominal : douleur intense de l'hypochondre droit qui inhibe l'inspiration,

Le reste de l'examen est sans particularités .

2. Quel est le diagnostic le plus probable ?

▪ Réponse : une cholécystite aigue

3. Quel examen complémentaire demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

▪ Réponse : une échographie abdominale

الحالة السريرية الرابعة : ألم بطن حاد

يتعلق الأمر ب م ف، 55 سنة، متابع طبيا من أجل داء السكري تحت علاج "غليوكوفاج"، ومن أجل ارتفاع ضغط الدم مؤخرا تحت تدبير غذائي بدون ملح، يعاني من ألم في المراق الأيمن مصحوب بقيء منذ 24 ساعة.

1. ما هي العناصر العرضية المبحوث عنها من خلال الإستجواب؟

▪ جواب :

العناصر العرضية للألم(الموضع، التشعب، نمط البداية، النوع، وقت الألم وعلاقته بالأكل، تطوره في الزمن، القوة، المهيجات، المسكنات، و العلامات المصاحبة)، ظروف الإكتشاف، السوابق المرضية والجراحية، أخذ الأدوية.

على مستوى الفحص السريري :

الفحص العام : مريض واع، محموم 39°C ، النبض : 100 (دقة في الدقيقة)

فحص البطن : ألم قوي يكبح التنفس على مستوى المراق الأيمن.

باقي الفحص عادي.

2. ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟

▪ جواب : ذات المرارة الحادة cholécystite aigue.

3. ما هو الفحص التكميلي المطلوب من أجل تأكيد تشخيصك ؟

▪ جواب : المصدانية البطنية échographie abdominale.

الجمالة الخامسة:

Cas clinique : Masse palpable de l'abdomen

70 ans, ayant comme ATCD une cardiopathie ischémique depuis 5 ans sous traitement, une HTA depuis 2 ans sous Amep 5mg, une douleur épigastrique depuis 2 mois, irradiant vers le dos, associé à des nausées, à une anorexie et un amaigrissement de 2kg, consulte pour une masse abdominale.

L'examen clinique : patient conscient, TA 14/09, FC : 76 bpm, T° :38,2 , P : 70KG, T : 1,65m

A l'examen abdominale : masse épigastrique, ronde, dure et mobile à la respiration et sensible, le reste de l'examen est sans particularités.

GB : 9000élém/mm³ , Hb : 10g/dl, ASAT : 54UI/L, ALAT : 82UI/L , Gamma Gt : 60UI/L

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

▪ Réponse :

+pathologie maligne :

- ✓ Cancer de l'estomac
- ✓ Tumeur du colon transverse
- ✓ Tumeur du corps du pancréas

+pathologie bénigne :

- ✓ tumeur bénigne de l'estomac
- ✓ Faux kyste du pancréas
- ✓ Kyste hydatique du foie

2. Quel examen de première intention demandez-vous ?

▪ Réponse : une TDM abdominale

الحالة الخامسة : الكتل المجسوسة للبطن les masses palpables de l'abdomen

70 سنة، تتلخص سوابقه المرضية في داء القلب الإفقاري cardiopathie ischémique تحت علاج، ارتفاع ضغط الدم منذ سنتين تحت دواء "اميب 5 مغ" amep 5mg، يعاني من ألم شرسوفي ذو تشعع ظهري منذ شهرين، مصحوب بغثيان، بفقدان الشهية، وفقدان الوزن حوالي 2 كغ، قدم للإستشارة الطبية من أجل كتلة بطنية.

على مستوى الفحص السريري :

الفحص العام : مريض واعى، ضغط الدم : 14/09 (مم زنبق)، النبض : 76 (دقة في الدقيقة)، درجة الحرارة 38.2°C، الوزن: 70 كغ، الطول: 1.65 متر.

فحص البطن : كتلة شرسوفية، كروية، صلبة، متحركة أثناء التنفس وحساسة، باقي الفحص عادي.

صيغة دموية : الكريات البيضاء : 9000 (كروية/مم3)، الهيموغلوبين : 10 غ/دل، ناقلة الأمين الأسباراتات 54: وحدة عالمية/لتر،

ناقلة الأمين الألانين : 82 وحدة عالمية/لتر، ناقلة الغاما غلوتاميل : 60 وحدة عالمية/لتر.

1. ما هي التشخيصات الأكثر احتمالاً ؟

▪ **جواب :**

الباثولوجيا الخبيثة pathologie maligne :

سرطان المعدة cancer de l'estomac

ورم القولون المستعرض cancer du colon transverse

ورم جسم البنكرياس cancer du corps du pancréas

الباثولوجيا الحميدة pathologie bénigne :

ورم حميد للمعدة cancer bénigne de l'estomac

كيس كاذب للبنكرياس faux kyste pancréatique

كيس ماني كبدي kyste hydatique hépatique

2. ما هو الفحص التكميلي المطلوب في المقام الأول ؟

▪ **جواب :** المفراس البطني.

الحالة السوسنة:

Cas clinique : Pérítónite aigue

30 ans, sans ATCD pathologique notables, tabagique 1P / jour, admis aux urgences pour des douleurs abdominales généralisées évoluant depuis 12H, avec des vomissements.

L'examen clinique trouve un patient conscient, fébricule 38°C, TA : 10/05, FC : 112 bpm avec des sueurs.

L'examen abdominale : contracture abdominale, avec une douleur au toucher rectal, le reste de l'examen est normal.

ASP : un pneumopéritoine

NFS : GB 15800 elem /mm³ , Hb :11g /dl

1. Quel est le Dg le plus probable ?

- Réponse :Pérítónite aigue généralisée

2. Citer les principales étiologies du diagnostic évoqué

- Réponse :
 - ✓ Pérítónite biliaire
 - ✓ Pérítónite ulcéreuse
 - ✓ Pérítónite appendiculaire

الحالة السريرية السادسة : ذات الصفاق الحاد

30 سنة، ليس له أي سوابق تذكر، مدخن (علبة سجائر يوميا)، يعاني من آلام بطنية عامة مصحوبة بقيء منذ 12 ساعة، مما دفعه للقدوم إلى المستعجلات.

على مستوى الفحص السريري :

الفحص العام : مريض واعى، حمى خفيفة 38°C، ضغط الدم 10/05 (مم زئبق)، النبض : 112 (دقة في الدقيقة)، مع تعرق.

فحص البطن : تفتح بطني contracture abdominale، مع ألم على مستوى اللمس المستقيمي toucher rectal، باقي الفحص عادي.

مشعاعية البطن اللامعدة (ASP(abdomen sans préparation) : إسترواح الصفاق pneumopéritoine

صيغة دموية : الكريات البيضاء : 15800 كرية/مم³ الهيموغلوبين hémoglobine : 11 غ/دل.

1. ما هو التشخيص الأكثر احتمالا ؟

▪ **جواب :** ذات الصفاق الحاد المنتشرة péritonite aigue généralisée

2. أذكر المسببات الرئيسية لتشخيصك.

▪ **جواب :**

ذات الصفاق الصفراوي péritonite biliaire

ذات الصفاق القرصي péritonite ulcéreuse

ذات الصفاق الزائدي péritonite appendiculaire

الباب الرابع: مفاهيم هامة

- **التمثيل:** هو الشرح بأمثلة لحالة مرضية.
- **المصداق:** من الصدى وهي آلة تستعمل الفحص بالصدى لتصوير الجسم.
- **المرنان:** من الإرنان وهي آلة تستعمل الرنين المغناطيسي للحصول على تصوير مقطعي للجسم.
- **المميزات:** العناصر المساعدة على تمييز نوع من الأمراض.
- **اليرقان السدي:** يرقان ناتج عن حاجز في القنوات الصفراوية (القانون في الطب).
- **عدم البدن:** تدهور نسبي أو كلي للحالة العامة للمريض.
- **الوهط:** وهط فلان: ضعف ووهي.
- **المجسوسة:** التي تشخص بعملية الجس.
- **الحمى اللازمة:** هي حمى تلزم المريض لأكثر من 3 أسابيع.
- **رجرجة:** هي التي تقبل التحرك عند الجس باليد فنحس بتموج داخلي.
- **لمعية:** موجودة في تجويف أنبوب المستقيم أو في عضة مجوف.
- **إنقسام خلوي منفلت:** هو إنقسام خلوي غير متحكم فيه.
- **مستكشفة:** أي قابلة للكشف.
- **الفرطدرقية:** هو إفراز الهرمونات من طرف الغدة الدرقية.
- **الفرطدرقية:** هو إفراز الهرمونات من طرف الغدة الدرقية الموجودة بجوار الغدة الدرقية.
- **الغدة الدرقية:** وهي غدو بجوار الدرقية وتسمى الجار الدرقية.
- **القشركظري:** الذي يصيب قشرة الكظرة الموجودة فوق الكلي.
- **الجارورمية:** كل ما يصاحب الورم من أعراض غير مرتبطة بتأثيره الإنتشاري أو الإنضغاطي.
- **الفرطكروية:** ارتفاع نسبة الكريات الحمراء مقابل الحجم الدموي الكلي أي الهيماتوكريت.
- **إستصفاق:** وتعني تغطية صفاقية.
- **عرق:** الأجوف الذي يكون فيه الدم (لسان العرب)، ومنه تعرق. ونقول تعرق الشجر أي امتدت عروقه في الأرض.
- **جوف:** جوف الشيء أي باطنه الذي يقبل الشغل والفراغ.
- **ألم مهيج:** ألم في حالة وجود ألم تلقائي.
- **ألم مثار:** ألم في حالة عدم وجود ألم تلقائي.
- **فتار:** الإنكسار والضعف، ويعني يكن بعد حدة ولان بعد شدة.
- **تمعجية:** من تمعج، أي تلوى وتثنى.
- **تهتك:** أي تمزق وتلاشى.
- **هياج:** حالة الإنفعال التي تدعو إلى نشاط يظهر في صورة حركات إندفاعية.
- **الإمراضية:** ما يفسر ظهور المرض إنطلاقاً من أسبابه.
- **الإعراضية:** ما يفسر آلية ظهور أعراض المرض.
- **مواد معرفة:** مادة تغير شكل وعمل العرق.
- **الأيوندمية:** قياس كمية الشوارد الدانبة في الدم.

الباب الخامس:

معجم الترجمة العربية للمصطلحات الفرنسية

الفصل الأول: السوابق واللواحق

السوابق و اللواحق PREFIXES ET SUFFIXE

	<u>منهجية توليد المصطلح</u>	<u>الترجمات و المصطلحات المختارة من بينها للتداول (مسطرة)</u>
a	لا+نحت	لاِبْرَلا، ائْعْدَام، نَقْد
Acro		نِهَائِيَّة، لِمَارَف
Adéno		عُدِّي، عُدِّي
Aero-		هَوَائِي
Angio-		وَعَائِي
Anté-	أَبْ + نحت	أَمَام، أَيْل
Anti-	ضِدْ + نحت	مُضَاد، ضِد
Artério-		شِرْيَانِي
Auto-		دَاتِي
Bi-		ثَنَائِي، مُرْدُوج
-blast		أُرُومَة
Brachy-		قَصِير، قَصْر
-céle		قِبْلَة، الجُوف
cephalo		رَأْسِي
cervico		رَبِّي، عُنْقِي
cinési, cinéto		حَرَكي
contra-	ضِدْ + نحت	مُقَابِل، مُضَاد، مَانِع
cortico-		قِشْرِي
cyclo-		دُورَوِي، هُدَابَوِي، حَلْقِي
cysto-		كَيْسِي
dé-		نَزْع، اِزَالَة، زَوَال، عَكْس
di-		ثَنَائِي، مُرْدُوج، مُضَاعَف
dys-		عُسْر، سُوء، خَلل، شَذُوذ
-éctasie		تَوَسُّع
-éctomie		اِسْتِنصَال
-émie	نحت + دِمِّي	دِمِّي

endo-	باطن + تحت	دَاطن، باطن
épi-		تَوق، على
exo		خَارجي، ظاهري، برّاني
extra	خارج + تحت	خَارج، اضافي
fluoro-		الأق
-forme		الشكل
-gène		المُنشأ
-gramme		صُورَة، مَخَطَط
-graphie		مَخَطَط
-graphie		تَصوير، تَخَطيط
hemat(o)-, hem(o)-		دَموي
hétero-		مُتغَيّر
homo-		مُتجانِس
hydr(o)-		مَوه، مَائي
hyper-	فَرط + تحت جُد + تحت	فَرط، إفراط، مُفَرط، جِد (7)
hypo-		نَقص، ناقِص، قُصُور، ضعف
infra-		تَحْت، دُون
inter-	بَين + تحت	بَين، بَين
intra-		دَاخل، باطن، أثناء
iso-		تَمائل، دَساوي، اتّساق
latéro-		جَانِبي
-logie		عِلْم، مَبْحَث
lymph-		لِمْفوي
-lyse		حَل، انحلال
-lytique		انحلالي
macro-		ضَخْم، عياني، ضخم (حسب السياق)
mal-		سُوء
-malacie		تَدَيّن
méga-, mégalo-		ضَخامة،
-mégalie		ضَخامة

méta-		تآلي ، خَيفَة، تَبْلُل
-mètre		مِقَاس
-mètrie		قِيَاس
micro-		صَغِير، صِغَر، صغري، مِكَرَوِي (حسب السياق)
mono-		وَحِيد، أَحَادِي
-morphe		الشَّكْل
multi-		عَدِيد، مُتَكَرِّر
myelo-		نُخَاعِي، نَقِي
néo-		جَدِيد، حَدِيث، مُسْتَحْدَث
neuro-		عَصَبِي
oïde	شَبِيه +نحت أو مزج	شَبِيه، مُشَابِه، أَيْ
oligo-		ذَلِيل، قِلَة
-ome	وَرَام في بعض الحالات	وَرَم
organo-		عَضْوِي
-ose	تصريف الكلمة ب"ية" في آخرها	داء، بِيَة
ostéo		عَظْمِي
ovo-,ovi-		بَيْضِي، بَيْضَوِي
pachy-	أَوْ مُتَخَن	أَتَخِين، ثَخَن
pan-		شَامِل
pariéto-		جِدَارِي
-pathie	أَوْ وَزَن فُعَال	اعْتِلَال
patho-		مَرَضِي
-pénie		قِلَة
péri-	جوار + مزج	حَوْل، حَوَالِي، مُجِيط، مُجَاوِر
phlébo-		وَرِيد
photo-		ضَوْنِي
pneumo-		استرواح، هوائي، رئوي
pneumato-		هوائي، رئوي
Poly-		مُتَعَدَّد، عَدِيد، كَثِير، غَزَارَة
post-	بَعْد + نحت بالمزج	بَعْد

postéro-	خَف + نحت بالمزج	خَلْفِي، تَالِي
pré-	أَب + نحت	أَبْل، بَدء، مُدَم، أَمَام، سَلِيق
pro-		أَمَامِي، مُؤَيِّد طَلِيعَة، مُدَم
pseudo-	شبهه + نحت بالمزج	كَاذِب
-ptose		تَطَلِي
pyo-		أَبْحِي، تَقِيح
-que	ياء النسب	ي
radio-		إِشْعَاعِي، شِعَاعِي
re-		عَوْد، كَرَّة، إِعَادَة
rétro-		خَلْف، رَاجِع، تَرَاوِع
Scinti-		وَمَضَانِي
scléro-		صَلْبَوِي، تَطَلِي
-scope		مَنْظَار
-scopie		تَنْظِير
-scopique		تَنْظِيرِي
semi-	نِصْف + نحت بالمزج	نِصْف
sério-		سِلْسَلِي
-spasme	تَشْجُج +	تَشْجُج
spino-		نُخَاعِي، شُوكِي
stase-	رُكُود +	رُكُود
stèno-		تَضْيِيق، صَيِّق
stèrio-		مُجَسِّم
sub-	جَزْئِي أَوْ شِبْه + نحت بالمزج	تَحْت، دُون، دُون، خَفِيف، جَزْئِي
supra-	فَوْق + نحت	أَوْق
télé-		بُعَادِي، عَن بُعْد
thoraco-		صَدْرِي
-tomie		فَتْح
tomo-		مَقْطَعِي
trans-	عَبْر + نحت	خِلَال، عَبْر، بَيْن
tri-		ثَلَاثِي

uni-		أَحَادِي، وَحِيد
vaso-		وَعَائِي
veino-		وَرِيدِي
xéro-		جَاف

الفصل الثاني:

أمثلة لاستعمالات السوابق واللواحق

أمثلة لاستعمالات السوابق و اللواحق

1. أمثلة لاستعمالات الاستعارة في ترجمة السوابق و اللواحق

أمثلة	معناه	الوزن المستعمل	اللاحقة
ثَلَاب	مرض	فَعَال	-pathie - ose
كَبَاد			
سُنَاخ			
انحلال	تشتت	أَفْعَال	-lyse
مِقْصَاب	اسم الآلة	مَفْعَال	-opie
مِقْيَاسِ النَّفْسِ			-mètre
مِشْعَاعِيَّة			-graphie
تَقْرِيز	مبالغة	تَفْعِيل	-hyper

2. أمثلة لترجمة سوابق و لواحق كثيرة الاستعمال في اللغة الفرنسية و طرق نحتها:

ترجمة السابقة أو اللاحقة	الكلمات الملصقة و اشتقاقاتها	ترجمة الكلمة	ترجمة السابقة أو اللاحقة
anté-	allergie	أرجية	أمام، قَبْل
	allergique	أرجية	
	anté-allergique	قَبْأَرْجِي	
anti-	parasitaire	لُفِيلِي	مضاد، ضد
	antiparasitaire	ضُدُّفِيلِي	
	infectieux	تَعْفَنِي	
endo-	anti-infectieux	ضُدُّتَعْفَنِي	دَاخِلِي، بَاطِن
	bronche	القِصْبِيَّة	
	bronchique	القِصْبِي	
hyper-	endobronchique	بَاطِنُقِصْبِي	قَرَط، افراط، مُفْرَط
	hydraté	مُمَيَّة	

	hydratation	مديه	
	hyperhydratation	رطّمديه	
hypo-	dense	كثيف	نقص، ناقص، قُصُور، ضعف
	densité	كثافة	
	hypodensité	ضعفكثافة	
inter-	bronche	القصبة	داخل، بين
	bronchique	القصبي	
	interbronchique	داخلقصبي	
	cellule	خلية	
	cellulaire	خلوي	
	intercellulaire	بينخلوي	
	cote	ضلع	
	costal	ضلعي	
	intercostal	بيضلعي	
intra-	derme	أدمة	داخل ، باطن ، أثناء
	dermique	أدمي	
	intradermique	داخلأدمي	
-ose	derme	أدمة	ية
	dermatose	أدمية	
	hématique	دموي	
	hématose	تدمية	
post-	opération chirurgicale	عملية جراحية	بعد
	opérateur	جراحي	
	postopérateur	بَعجراحي	
thérapie	radiothérapie	العلاج بالأشعة	معالجة، علاج
	radiothérapie	الإشعاعية	
	curiethérapie	معالجة كوري	
	curiethérapie	كوريلاجية	

الفصل الثالث:

المعجم فرنسي عربي لمصطلحات طب الجهاز

الهضم

المصطلح الفرنسي	المصطلحات العربية المولدة في أطروحتنا	المصطلحات العربية المولدة سابقا ومصادرها
-A-		
*A jeun		على الريق(1)
*abaisse langue		خافضة اللسان(2)
*Abcédation		تكون خراج(2) أو تدمل(2)
*abcés		خراج(1)
*abcés anal		خراج شرجي(1)
*abcés appendiculaire		خراج زاندي(2)
*abcés bactérien		خراج جرثومي(1)
*abcés froid		خراج بارد(1)
*abcés hépatique		خراج كبدي(2)
*abdomen		البطن(2)
*abdomen sans préparation	مشعاعية البطن اللامعدة(3)	بطن بدون إعداد(2)
*Abduction		تبعيد(1)
*Ablation		إستئصال(2)
*Abondant		غزيرة، وافرة(2)
*Abondance		وفرة(2)
*Abord chirurgical (voie d'abord)	مباشرة جراحية(طريق)(3)	أسلوب جراحي(1)
*Abouchement		إفغام(1)
*Absence		غياب(2)
*Absorption		إمتصاص(2)
*Accès		نوبة(1)
*Accès facile		دخول سهل، مدخل سهل(2)
*Accès fébrile	نوبة حموية(3)	
*Accessoire		إضافي، ثانوي(2)
*Accompagnateur		مرافق(2)
*Accueil		إستقبال(2)
*Achalasie		تعذر الإرتخاء(1)
*Achalasie de l'œsophage	اللاارتخاء المريئي(3)	تعذر الإرتخاء المريئي(1)
*Achalasie du colon	اللاارتخاء القولوني(3)،	
*Achyliè		فقد العصارة(1)
*Acide		حمض(2)
*Acide aminé		حمض أميني(2)
*Acidité		حموضة(2)
*Acidose métabolique		حماض إستقلابي(1)
*Acidose respiratoire		حماض تنفسي(1)
*Acquise		مكتسبة(1)
*Acquisition		إكتساب(1)
*Action		فعل(1)
*Action chimique		فعل كيميائي(2)
*Action mécanique		فعل ميكانيكي(2)
*Activation		تنشيط، تفعيل(1)
*Actif		فاعل(1)
*Adénocarcinome	سرطان غدي(3)	ورم غدي خبيث(1)
*Adénome	عدرم(3)	ورم غدي(1)
*Adénome toxique	عدرم سام(3)	ورم غدي سام(1)
*Adénopathie	غدة(التراث)(3)	تضخم العقد اللمفية(1)، عقادة(2)
*adhérence		إلتصاق(1)

*Adjacente		مجاور، ملاصق، مقارب(2)
*Admission		إستقبال(1)
*Adulte		بالغ(2)
*Adventice		غشاء براني(1)
*Aerocolie	الغاز قولونية(3)	
*Aerogrêlie	الغاز معوية(3)	
*Affection		إعتلال(1)
*Alpha feoto proteine		ألفا بروتين الجنيني(2)، ألفا فيتو بروتين(2)
*Age		العمر(1)
*Agent		عامل(1)
*Agitation		هياج أو رج(1)
*Agrandissement		تكبير(2)
*Agrégation plaquettaire		تكسد الصفائح(1)
*Agression		إعتداء(2)
*Agressivité		عدائية(2)
*Aigue		حاد(2)
*Aine		أربية(1)
*Aires ganglionnaires		باحات عقدية(1)
*Albumine		ألبومين(1)، الزلال(2)
*Alcalin		قلوي(1)،
*Alcoolisme		إدمان كحولي(2)
*Alimentaire		غذائية(2)
*Aliments		غذاء(2)
*Alitement prolongé		ملازمة الفراش مطولة(2)(معاجم اللغة)
*Algie		ألم(2)
*Allergie		أرجية(2)
*Altération de l'état général	عدم البدن(3)	وهن عام(2)، تدهور الحالة العامة(2)
*Amaigrissement		نقص الوزن(2)
* Amaigrissement important	هزال(3)	
*Ambulatoire(traitement)	خارجي(علاج)(3)	إسعافي(1)
*Amélioration		تحسن(4)
*Ampliance thoracique	إرتفاع صدري(3)	توسع صدري(2)
*Ampoule	أنبوبة(3)	أمبولة(1)
*Ampoule du rectum	أنبوبة المستقيم(3)	أمبولة المستقيم(2)
*Ampoule de Vater	أنبوبة فاتر(3)	أمبولة فاتر(2)
*Ampullome vaterien	ورم أنبوبة فاتر(3)	ورم أمبولة فاتر(2)
*Amputation		بتر، قطع(1)
*Amygdales		لوزة(1)
*Amygdalectomie		إستئصال اللوزتين(1)
*Amylase		أميلاز(1)
*Amylasémie	الأميلاز دموية(3)	نسبة الأميلاز في الدم(2)
*Anabolisme		إبتناء(1)
*Anaérobies		لاهوائية(2)
*Anal		شرجي(1)
*Analyse		تحليل(2)
*Anaphylaxie		تأق(1)
*Anastomose		مفاغرة(1)
*Anastomose colo anale	مفاغرة قولونية	
*Anastomose colo colique	شرجية(3)	
*Anastomose colo rectale	مفاغرة قولونية	

*Anastomose gastro jéjunale	قولونية(3) مفاغرة قولونية مستقيمة(3) مفاغرة معدية صائمية(3)	
*Anatomie *Anatomopathologique		تشريح(1) التشريح المرضي(1)
*Anéchogene	لامصدي(3)	عديم الصدى(2)
*Anémie		فقر الدم(2)
*Anesthésie *Anesthésie générale *Anesthésie locale *Anesthésie sous durale	لنج(التراث)(3)	تخدير(1) تخدير عام(1) تخدير موضعي(1) تخدير تحت الجافية(2)
*Anévrysme *Anévrysme aortique *Anévrysme de l'artère fémorale		أم الدم(1)، أم الدم الأبهرية(1) أم الدم للشريان الفخذي(2)
*Angines		حلاقم(2)(لسان العرب)
*Angiocholite	ذات الأفتية الصفراوية(3)	'لتهاب الأفتية الصفراوية(1)
*Angioscanner	مفراص عرقي(3)	مفراص وعائي(1)
*Angle de His		زاوية هس(2)
*Angoisse		كربة(1)
*Annexe		ملحق(2)
*Annexielle(pathologie)	ملحقي(مرض)(3)	مرض الملحقات(2)
*Anomalies	عيب(3)	
*Anorectale	شرج مستقيمي(3)	شرجي مستقيمي(1)
*Anorexie	قهم(التراث)(3)	فقد/انعدام الشهية(1)
*Anse		حلقة(2)
*Antalgique		مسكن(1)، مسكن الألم(2)
*Antécédents *Antécédents chirurgicaux *Antécédents médicaux *Antecedents personnels *Antécédents toxique		سوابق(1) سوابق جراحية(2) سوابق مرضية(2) سوابق شخصية(2) سوابق سمية(2)
*Anté flexion		إنحناء(2)
*Anti *Anti acidité	ضد(3) ضد حمضي(3)	مضاد(1) مضاد الحموضة(2)
*Antibacillaire	ضد عصوي(3)	مضاد العصبيات(2)
*Antibiogramme		تقييم ضدحيوي(2)
*Antibiothérapie *Antibiothérapie probabiliste *Antibiotique(traitement)	علاج ضدحيوية(3) علاج ضدحيوية إحتمالية(3) ضدحيوي(علاج)(3)	علاج ضدحيوي(2) علاج ضدحيوي إحتمالي(2) مضاد حيوي(1)
*Anticoagulant	ضدتخثري(3)	مضاد التخثر(1)
*Anticorps		مضاد الأجسام(1)، جسم مضاد(1)
*Anti-infectieux		ضد تعفني(2)
*Anti-inflammatoires non stéroïdiens		مضادات الالتهاب غير ستيرويديه(1)
*Anti parasitaire		ضد طفيلي(2)
*Antispasmodique	ضد تشنجي(3)	مضاد التشنج(1)
*Antre *Antrectomie		غار المعدة(2) أستئصال الغار(1)
*Anurie		إنقطاع البول(1)
*Anus		شرج(1)

*Anuscope(ie)	مشرح(ية)(3)	تنظير الشرج(1)
*Anxiété		قلق(1)
*Anxiolytique		ضد قلقي(2)
*Aorte		الأبهر(1)
*Aplasie médullaire		لا تنسج نخاعي(2)
*Aplasie de la paroi abdominale	عدم تنسج جدار البطن(3)	
*Apnée	خنقة(3)	إنقطاع التنفس، لا نفس(2)
*Aponévrose		غشاء سفاقي(1)
*Appareil		جهاز، آلة، أداة(2)
*Apparition		ظهور، بروز(2)
*Appendice		الزائدة(1)
*Appendicectomie		أستئصال الزائدة(1)
*appendicite	ذات الزائدة(3)	إلتهاب الزائدة(1)
*Apyrexie	خمود الحمى(3)	إقلاع الحمى(1)
*Arcade crurale		قوس فخذي(2)
*Arciforme	مقوس(3)	قوسي الشكل(2)
*Arrondie		مكورة(2)
*Artère		شريان(1)
*Artère mésentérique inférieur		الشريان المساريقي السفلي(1)
*Artère mésentérique supérieur		الشريان المساريقي العلوي(1)
*Artère splénique		الشريان الطحالي(1)
*Artère sus hépatique		الشريان فوق الكبد(2)
*Artériographie		تصوير الشرايين(1)
*Artériopathie		إعتلال الشرايين(1)، شريانية(2)
*Arthralgie		ألم مفصلي(1)
*Ascite		أستقساء(1)
*Ascitique	حبن(كتاب المخصص(3) محبون(3)	
*Aspecific		لا نوعية(2)
*Aspect		مظهر(1)
*Aspect macroscopique		مظهر عياني(1)
*Aspect radiologique		مظهر شعاعي(1)
*Asphyxie		إختناق(1)
*Aspirer		يشفط(1)
*Aspiration		شفط(1)
*Aspiration bronchique		شفط قصبي(1)
*Aspiration douce		شفط لين(1)
*Aspiration trans trachéale	شفط عبر رغامي(3)	شفط عبر الجدار الرغامي(2)
*Association		ترابط(1)
*Asthénie		وهن(1)
*Asthme		ربو(1)
*Asymétrie		لاتماثلية(2)
*Asymétrie ventilatoire	تهوية لا متناظرة/لا مماثلة(3)	
*Asymptomatique		لا عرضي(2)، عديم الأعراض(1)
*Atélectasie		إنخماص(1)
*Atélectasie des bases pulmonaires	إنخماص قواعد الرئة(3)	
*Athéromateux		عصيدي(1)
*Atrophie		ضمور(1)
*Atteinte		إصابة(1)
*Atteinte alvéolaire	إصابة سنخية(3)	سناخ(2)

*Atteinte bacillaire		إصابة عسوية(1)
*Atteinte myocardique		عضل القلب(2)
*Atteinte pleurale		جنبية(2)
*Atypique		لا نمطي، لا نموذجي(1)
*Augmentation		إزدياد(1)
*Auscultation		السمع(1)
*Auto immune		مناعة ذاتية(2)
*Auto digestion		إنهضام ذاتي(1)
*Avalement		بلع(2)
*Avancé		متقدم(2)
*Avasculaire	لا عرقي(3)	لا وعائية(2)
*Accident vasculaire cérébral	السكتة(3)	متلازمة السكتة(1)
-B-		
*Bactérien		جرثومي(1)
*Ballotement rénal		نهز كلوي(1)
*Bande		شريط(1)
*Barrage		حاجز، سد(2)
*Baryté		الباريوم(2)
*Bénigne		حميد(1)
*Berge		حافة(2)
*Bétadine		بتادين(1)
*Bettérvaves		البنجر(1)
*Bicarbonate		بيكربونات(1)
*Bilan		إجراء(2)
*Bilan diagnostique		إجراء تشخيصي(2)
*Bilan histologique		إجراء نسيجي(2)
*Bilan radiologique		إجراء شعاعي(2)
*Bilatérale		ثنائي جانب(1)
*Bile		الصفراء(1)
*Bilieus		صفراوي(2)
*Biliptysie		تنخم الصفراء(2)
*Bilirubine		بيليروبين(1)
*Bilirubinémie	بيليروبيندمية(3)	معدل البيليروبين في الدم(2)
*Biochimique		بيوكيميائي(2)
*Biologie		بيولوجي(1)
*Biopsie		خزعة(1)
*Biopsie étagées		خزعات طبقية(2)
*Blanc mastic	أبيض عجيني(3)	
*bloc opératoire		مركب جراحي(2)
*Bol alimentaire		لقمة غذائية(2)
*Bombement		إنتفاخ(2)
*Bord		حافة(1)
*Bord hépatique		حافة كبدية(2)
*Bouche		فم(1)
*Bouffées vasomotrices brutales	فوران دمكري مفاجي(3)	
*Bourgeon		برعم(1)
*Branche		فرع، قسم، جزء(2)
*Bras		ذراع(1)
*Bradycardie		بطء القلب(1)
*Bradypnée	بطء النفس(3)	بطء التنفس(1)

*Bride	رباط(3)	لجام(1)
*Bronchite	ذات القصبة(3)	إلتهاب القصبات(1)
*Bruits hydro-aerique	أصوات ماء غازية(3)	أصوات مائية غازية(2)
*Brûlure		حرق(1)
*Buccal		فموي، شفوي(2)
*Bucco-dentaire		شذقي سني(1)
*Bulbe		فقاعة(1)
*Bulbe rachidien		إستنصال فقاعي(2)
-C-		
*Cachexie		دنف(1)
*Cadre		إطار(1)
*Cadre colique		إطار قولوني(2)
*Caecum		الأعور(1)
*Cage thoracique		قفص صدري(1)
*Calcémie		كالسدمية(2)
*Calcification		تكلس(1)
*Calcul		حصاة، تحصي(1)
*Calories		سعرات(2)، سعرة(1)
*Canal		قناة(2)
*Canal anal		القناة الشرجية(1)
*Canal cholédoque		قناة الصفراء(1)
*Canal cystique		القناة المرارية(1)
*Canal pancréatique		القناة البنكرياسية(1)
*Canal péritoneo-vaginal		القناة الصفاقية المهبلية(2)
*Canal thoracique		القناة الصدرية(1)
*Cancer		سرطان(1)
*Canule veineuse		قنية وريدية(2)
*Capillaire sanguine		شعيرة دموية(1)
*Capricieuse		متقلب، حاد، ملح(2)
*Caractéristique sémiologique de la douleur		الخصائص العرضية للألم
*Carcinome	السرطانية(3)	سرطانة(1)، سرطان(2)
*Carcinose		داء سرطاني(1)
*Carcinose péritoneale	سرطانية صفاقية(3)	سرطان منتشر في الصفاق الجداري(2)
*Cardia		فواد(1)
*Cardiomégalie		تضخم قلبي(1)
*Cardiomyopathie hypertrophique		قلاب عضلي ضخامي(2)
*Carence		نقص، عوز(1)
*Carrefour		تقاطع(1)
*Cartilage		غضروف(1)
*Catabolisme		تقويض(1)
*Catarrhale		نزلي(1)
*Catécholamine		كاتيكولامين(1)
*Cathétérisme		قسطرة(1)
*Caustique		كاوي(1)
*Caverne		كهف(1)
*Cavité		تجويف(2)
*Cavité buccal	تجويف فمي/شذقي(3)	جوف الفم(2)
*Cavité close	تجويف مغلق(3)	
*Cavité néo-formée	تجويف حديث(3)	
*Ceinture		نطاق، حزام(1)

*Cellule		خلية(1)
*Centre		مركز(1)
*Centrifugation		تثبيت(1)
*Centrolobulaire		مركزي فصيصي(2)
*Cephalée		صداع(1)
*Cercle		الدائرة(1)، حلقة(2)
*Cercle de grand courbure de l'estomac	حلقة الإنحناء الكبير للمعدة(3)	
*Cercle de petit courbure de l'estomac	حلقة الإنحناء الصغير للمعدة(3)	
*Cervical		رقبي(1)
*Chaine sympathique		سلسلة ودية(1)
*Chaleur		حرارة(1)، سخونة(2)
*Chaleur rétro sternale		سخونة خلف قصبية(2)
*Chambre d'inhalation	منشاق(3)	غرفة الاستنشاق(1)
*Chancre d'inoculation		قرح التلقيح(1)
*Changement		تغيير، تبديل(2)
*Changement de position		تغيير الوضعية(2)
*Chimiothérapie		الكيميائية(2)
*Chirurgie		جراحة(1)
*Chirurgie sélective		جراحة نوعية(2)
*Chirurgien		جراح(1)
*Choc		صدمة(1)
*Choc anaphylactique		صدمة أرجية(1)
*Choc de pointe(du cœur)		صدمة ذروة القلب(2)
*Choc hémorragique		صدمة نزفية(1)
*Choc toxi-infectieux	صدمة سمعافية(3)	
*Cholangio-IRM	المرنان الصفراوي(3)	
*Cholécystectomie		إستئصال المرارة(1)
*Cholécystite		ذات المرارة(2)
*Choléra		كوليرا(1)
*Cholestase biliaire		ركود صفراوي(1)
*Chyle		الكيلوس(1)
*Chyleux		كيلوسي(1)
*Chylothorax		كيلوسية الصدر(1)
*Cicatrice		ندبة(1)
*Circonférentiel		محيطية(2)، كفافية(1)
*Circonstances de découvertes	ظروف الكشف(3)	حالات الكشف عن المرض(2)
*Circulaire		دائري(1)
*Circulation veineuse collatérale		دورة وريدية رادفة(2)
*Cirrhose du foie		تشمع الكبد(1)
*Ciseau		مقص(1)
*Clarté		وضحة(2)
*Classification		تصنيف(1)
*Clavicule		الترقوة(1)
*Cliché		صورة(1)
*Clinique		سريري(1)
*Cloison		فاصل(1)، حاجز(2)
*Cloisonnement de l'infection	حجز التعفن(3)	حجز(1)
*Coagulation		تخثر(1)

*Cocarde	مدورة(3)	مدور الشكل(2)
*Coelioscope(ie)	مبطن(ية)(3)	تنظير البطن(1)
*Cœur		قلب(1)
*Cœur pulmonaire aigue		قلب رئوي حاد(2)
*Cœur pulmonaire chronique		قلب رئوي مزمن(1) (ق،ر،م)
*Colectomie		إستئصال القولون(1)
*Colectomie segmentaire		إستئصال القولون الجزئي(2)
*Colique néphrétique		مغص كلوي(1)
*Colite inflammatoire	ذات قولون التهابي(3)	ذوات القولون الإلتهابية(2)
*Collapsus		وهط(2)
*Collective		جماعي(2)
*Collet		عنق(1)
*Colique hépatique		مغص كبدي(1)
*Colon		قولون(1)
*colon ascendant		القولون الصاعد(1)
*colon descendant		القولون الهابط(1)
*colon sigmoïde		القولون السيني(1)
*colon transverse		القولون المستعرض(1)
*Coloration		تلوين(1)
*Coloscopie		تنظير القولون(1)
*Colostomie		فغر القولون(1)
*Coma		غيبوبة(1)
*Commun		شائع، مشترك، أصلي(1)
*Communaire		مجتمعي(2)
*Communication		إتصال(1)
*Comparer		قارن(2)
*Compartiment		حيز(1)
*Complément	تكميل(3)	متمة(1)
*Complémentaire	تكميلي(3)	متممي(1)، تكميلي(2)
*Complexe(traitement)		معقد(2)(علاج)
*Complexe fissuraire	مركب شفاقي(3)	
*Compliance		مطاوعة(1)
*Compliance pulmonaire		مطاوعة رئوية(1)
*Complication		مضاعفة(1)
*Complicé		مضاعف(2)
*Compresse		ضمادة(2)، رفادة، كمادة(1)
*Compression		إنضغاط(1)
*Conclusion		خلاصة، ملخص(2)
*Cône d'ombre		مخروط الظل(1)
*Confirmation		تأكيد(2)
*Confluent		مقرن(1)
*Confluence		إقتران(2)
*Confusion		التباس(1)
*Confusion mentale		تخليط عقلي(1)
*Congénitale		خلقي(1)
*Congestif		إحتقاني(1)
*Conjonctive		ملتحمة(1)
*Conjugué		مقترن(1)
*Consécutif		متتابع(1)
*Conseil génétique	نصح وراثي(3)	توعية وراثية(1)

*Consistance		صلابة(2)
*Constant		ثابت(2)
*Constipation		إمساك(1)
*Constrictive	مضيقة(3)	
*Consultation		إستشارة، معاينة(1)
*Contact		تماس(1)، مخالطة(1)
* (entre deux organes)		تماس(1)
*avec le malade		مخالطة(1)
*Contact lombaire		تماس قطني(2)
*Contage tuberculeux		عدوى سلية(2)
*Contenu		مضمون(1)
*Contiguité		تجاور(1)
*Contour		كفاف(1)
*Contraception orale	منع الحمل الفموي(3)	
* Contraception orale(médicament de)		مانع الحمل الفموي(1)
*Contraction		تقلص(1)
*Contracture		تقفع(1)(كتاب العين)
*Contraste		تباين(1)
*Contre indication		مانع الإستعمال(1)
*Controlatéral		مقابل(2)
*Contusion		كدمة(2)
*Contusion abdominale	كدمة بطنية(3)	
*Convulsion		إختلاج(1)
*Coproculture	زرع برازي(3)	
*Cordon		حبل(1)
*Coronaire		تاجي(1)
*Corps étranger		جسم أجنبي(1)
*Corpuscule		جسيم(1)
*corpusculaire		جسيمي(1)
*Correction		تصحيح، تصليح(1)
*Corticoides		قشرانيات(1)
*Corticosurréalome		سرطانة قشر كظرية(1)
*Cote		ضلع(1)
*Cote cervicale		ضلع رقبي(1)
*Cote		جانب(1)
*Cou		عنق، رقبة(1)
*Couche		طبقة(1)
*Coup		ضربة، طعنة(2)
*Coup de poignard		طعنة خنجر(2)
*Coupoule diaphragmatique		قبيبية حجابية(1)
*Courbure		أنحاء(1)
*Crampe		تشنج(2)
*Crane		فحف(1)
*Crénelé	محززة(3)	
*Crépitant		فؤقي(1)
*Crête iliaque		عرف حرقفي(1)

*Creux *Creux axillaire *Creux épigastrique		تجوف (1) إبطي (1) تجوف شرسوفي (2)
*Cri de Douglas		صرخة دوغلاس (1)
*Crise *Crise de dyspnée asthmatiforme *Crise fluxionnaire	أزمة (3) أزمات نهيج شبه ربوية (3) أزمات نهيج شبه	
*Critères diagnostiques		معايير التشخيص (1)
*Crohn(maladie)		مرض كرون (1)
*Croissant gazeux		هلال غازي (1)
*Crosse de l'aorte	قوس الأبهر (3)	قوس الشريان الأبهر (1)
*CRP(proteine C réactive)		بروتين س تفاعلي (2)
*Cryothérapie		تجميد لاجية (2)
*Crypte *Cryptes de Morgani *Cryptite		خبيثة (1) خبايا مورغاني (2)
*Cul de sac *-costodiaphragmatique *-cardio-phrénique *de Douglas *de Mourisson *proximal de la gaine	ردب دوغلاس (3) ردب موريسون (3) الردب الداني من الغمد (3)	ردب (2) خندق ضلع حجابي (2) خندق قلبحجابي (2)
*Culture		زرع (1)
*Curage ganglionnaire/lymphadenectomie		تنظيف عقدي (2)
*Curatif		شاف (1)
*Cure d'hernie	علاج الفتق (3)	إصلاح/ترميم الفتق (2)
*Curiethérapie		كوريلاجية (2)
*Cutané		جلدي (1)
*Cyanose		زراق (1)، زراق (2)،
*Cylindre		أسطواني (2)
*Cytobactériologie des urines		فحص خلوي جرثومي للبول (2)
*Cytokine		سيتوكين (1)
-D-		
*Débit cardiaque		صبيب قلبي (1)
*Debout	قيام (3)	واقف وضعية الوقوف (2)
*Débris		حطام (1) فضلات (2)
*Début brutale		بداية مفاجئة (2)
*Décélération		تباطؤ (1)
*Déclive		منحدر (2)
*Décompensation		إنهيار المعاوضة (1)
*Décompression		تخفيف الضغط (1)
*Décubitus dorsale *Décubitus latérale *Décubitus ventral		إستلقاء (2) إضطجاع (2) إنبطاح (2)
*Défaut		نقص، عيب (1)
*Défaillance respiratoire *Défaillance multiviscérale		فشل تنفسي (1) فشل متعدد الأعضاء (1)
*Déficit immunitaire		عوز مناعي (1)

*Défense		دفاع (1)
*Défense pariétale		دفاع جداري (2)
*Définition		تعريف (1)
*Déformation		تشوه (1)
*Déglutition		بلع (1)
* Délire		هذيان (1)
*Démarche diagnostique		منهجية التشخيص (2)
*Démence		خرف (1)
*Dense		كثيف (2)
*Densité		كثافة (2)
*Dents		أسنان (1)
*Dépistage		تحري (1)
*Déplacement		إنزياح (1)
*Déplisser		فرد، فك الطي (2)
*Dermatite exofiate		ذات جلد تقشرية (2)
*Dermatite péri-anale suintante	ذات جلد مسيلة	
*Dermatomyosite		ذات العضلات الجلدية (2)
*Désaturation en oxygène	اللاتشبع	
*Désencombrement bronchique		إزالة الإحتقان القصبي (2)
*Déshydratation		تجفاف (1)
*Désincarcération		تخليص (1)
*Désinvagination		رد الانغلاف (1)
*Désordre métabolique		إضطراب إستقلابي (1)
*Destruction osseuse		تخرب عظمي (1)
*Désunion		تفزر (1)
*Détoxication		إزالة السمية، علاج الإدمان (1)
*Déviation médiastinale		إنحراف منصفي (1)
*Diabète sucré non équilibré		مرض السكري غير المتوازن (1)
*Diagnostic		تشخيص (1)
*Diagnostic d'élimination		تشخيص إستبعادي (2)
*Diagnostic différentiel		تشخيص تفريقي (1)
*Diagnostic histologique		التشخيص النسيجي (2)
*Diagnostic positif		تشخيص إيجابي (1)
*Diagnostic étiologique		تشخيص سببي (2)
*Diamètre		قطر (1)
*Diaphragme		حجاب، حاجز (1)
*Diarrhée		إسهال (1)
*Différenciation		تمايز (1)
*bien différencié	جد متمايز (3)	
*Différentiel		تفريقي (1)
*Diffus		منتشر (1)
*Diffusion		تشتت (بالنسبة لأمر آخر) أو إنتشار (بالنسبة للورم) (1)
*Digérer		يهضم (1)
*Digestif		هضمي (1)
*Digestion		هضم (1)
*Dilatation de bronche		توسع قصبي (1)
*Dilatation mécanique	توسع ميكانيكي (3)	توسع ميكانيكي (1)
*Dilaté		موسع (1)
*Diminution		تناقص (1)

*Direct		مباشر(1)
*Dirigé		موجه(2)
*Discret		متفصل(للدلالة على السرية)(1)، قليل(للدلالة على الكمية)(2)
*Disposition		إستعداد(1)، تموضع(للدلالة على المكان)(2)
*Dissection aortique		تسلخ الأبهر(1)
*Dissémination		إنتشار(1)
*Dissociation		تفارق(1)
*Distension		فرط الإنتفاخ، تمدد(1)
*Distension du thorax		تمدد الصدر(2)
*Distension unilatérale		تمدد أحادي(2)
*Distorsion		إنفعال، إلتواء(1)
*Diurèse		إدرار بولي(1)
*Diurétique		مدر البول(1)
*Diurétique de l'anse		مدر البول العروي(1)
*Diurétique alcalinisant		مدر البول القلوي(1)
*Diurne		نهاري(1)
*Diverticule		إندلاق(1)
*Diverticulite	ذات الرتج(3)	إلتهاب الرتج(1)
*Diverticulose	الرتجية(3)	داء الرتوج(1)
*Dopamine		دوبامين(1)
*Dose dépendante		مرتبط بالجرعات(1)
*Dorsal		ظهري(1)
*Dosage		معايرة، تقدير الجرعات(1)
*Dosage d'une molécule		معايرة جزيئة
*Dosage d'un médicament		جرعة دواء
*Douleur		ألم(1)
*Douleur aigue		ألم حاد(2)
*Douleur chronique		ألم مزمن(2)
*Douleur en coup de poignard	ألم خنجري(3)	
*Douleur provoquée		ألم مفتعل(2)
*Douleur pulsatile		ألم نابض(2)
*Douleur rétrosternale		ألم خلفصية(2)
*Douleur transfixiante	ألم ثاقب(3)	
*Drain	منزح(3)	أنبوب نزح(1)
*Drain à main	منزح ذو مقبض(3)	أنبوب نزح ذو مقبض(1)
*Drainage lymphatique		نزح لمفاوي(1)
*Drainage thoracique		نزح صدري(1)
*Drépanocytose		فقر الدم المنجلي(1)
*Duodénum		الإثناعشري(1)
*Dur		قاس، صلب(1)
*Dysenterie		زحار(1)
*Dysfonction		خلل وظيفي(1)
*Dyskinésie		خلل حركي(2)
*Dysmorphie		شذوذ البنية(1)
*Dyspepsie		عسر الهضم(1)
*Dysphagie	عسر السرط(3)(الغريب	عسر البلع(1)
*Dysphagie basse	المصنف)	عسر بلع سفلي(2)

*Dysphonie		خلل التصويت(1)
*Dysplasie		خلل التنسج(1)
*Dyspnée	نهيج(التراث)	نهيج(2) نهجة(2)
*Dyspnée d'effort		نهيج جهدي(2)
*Dystrophie musculaire		حتل عضلي(1)
*Dysurie		عسر البول(1)
-E-		
*E.coli		الإشريكية القولونية(1)
*ECG(électro cardio gramme)		مخطط كهربية القلب(1)
*Echec		فشل(2)
*Echelle visuelle analogique		مقياس تماثلي بصري(2)
*Echinococcus granulosus		مشوكة حبيبية(1)
*Echocardiographie	مصدائية القلب(3)	فحص صدى القلب(2)
*Echographie	مصدائية(3)	تخطيط بالصدى(1)
*Echographe	مصداء(3)	
*Eclat de bruit1		فرقة اللغظ الأول(2)
*Eclatement		إنفجار(1)
*Ecoulement		تدفق(1)
*Ecran		شاشة(1)
*Ecrasement		سحق(1)
*Eczéma		إكزيمة(1)
*Effet shunt		التأثير التحويلي(2)
*Effet toxique		تأثير سمي(1)
*Effets indésirables		أثار جانبية(2)
*Efficace		فاعل، فعال، ناجح(1)
*Efficacité		كفاءة، نجاعة(1)
*Effort respiratoire		جهد تنفسي(2)
*Elastique		مرن، مطاط(1)
*Electrocoagulation		التخثير الكهربائي(1)
*Electrolyte		كهربي(1)
*Electrophorèse		رحلان البروتينات البلازمية(2)
*Elimination		التخلص من(1)
*Elimination d'un diagnostic	تشخيص استبعادي(3)	
*Elimination d'un produit	التخلص من مادة(3)	
*Embolie pulmonaire		إنصمام رئوي(1)
*Embolisation		إصمام(1)
*Embryologie		علم الجنين(1)
*Emphysème		نفاخ(1)
*Emphysème pulmonaire		نفاخ رئوي(2)
*Emphysème sous cutané		نفاخ تحتجلدي(2)
*Emulsion		إستحلاب(1)
*En amont		قبل(2)
*En aval		بعد(2)
*Endémie		مرض متوطن(1)
*Endobrachyoesophage(œsophage de Baret)		مريء باريت(2)
*Endocanalair		باطنقناتي(2)

*Endocrine		صماوي(1)
*Endogène		داخلي المنشأ(1)
*Endoluminale	داخل المعوي(3)	داخل لمعي(1)
*Endoscopie	تنظير(3)	تنظير داخلي(1)
*Entéro		معوي(1)
*Entérocyte		خلية معوية(1)
*Envahissement		غزو، إجتياح(1)
*Enzyme		أنزيم(1)
*Epaississement		تثخين، متخن(1)
*Epanchement		إنصباب(1)
*Epanchement à liquide clair		إنصباب بسائل صاف(2)
*Epanchement péricardique	إنصباب	إنصباب تأموري(1)
*Epanchement pleural	شغافي(3)(التراث)	إنصباب جنبي(1)
*Epidémiologie		وبائيات(1)
*Epidémie		وباء(1)
*Epigastralgie		ألم شرسوفي(1)
*Epigastre		الشرسوف(1)
*Epine iliaque		الشوكة الحرقفية(1)
*Epine du pubis		شوكة عظم العانة(1)
*Epine iliaque antéro supérieur		الشوكة الحرقفية الأمامية العلوية(1)
*Epiploon		الثراب(1)
*Epithélium		ظهارة(1)
*Epithélium cylindrique		ظهارة أسطوانية الخلايا(1)
*Epithélium de Malpighien		ظهارة لبيغينية(2)
*Epithélium pavimenteux		ظهارة رصفية(1)
*Epreinte	تبرز كاذب(3)	
*Erosif		مؤتكل(1)
*Eructation		تجشؤ(1)
*Eruption cutanée		طفح جلدي(1)
*Erythème(apparition d'un)	تبيغ الجلد(3)(كتاب)	حمامي(1)
*Espace porte		فضاء بابي(1)
*Estimation		تقدير(1)
*Estomac		معدة(1)
*Etat de choc		صدمة(1)
*Etat général		الحالة العامة(2)
*Etat nutritionnel		الحالة الغذائية(2)
*Etiologie		سبب(1)
*Etranglement		خنق(1)
*Etranglement herniaire		فتق إختناق(2)
*Evaluation		تقييم(1)
*Eventration		إندحاق(1)
*Eviscération	إفراغ الأحشاء(3)	
*Evolution		تطور(1)
*Examen abdominal		فحص بطني(2)
*Examen complémentaire		فحص تكميلي(1)
*Examen cytologique		فحص سيتولوجي(1)، فحص خلوي(2)
*Examen des frottis		فحص اللطاخة(1)
*Examen général		فحص عام(1)
*Examen pauvre		فحص ناقص(1)
*Examen physique		فحص جسمي أو بدني(1)

*Excrétion *Excrétion de la bile	إفراغ الصفراء(3)	إفراغ(1)
*Exérèse		إستئصال ، بتر(1)
*Exogène		خارجي المنشأ(1)
*Expectoration		تنخيم(2)
*Expiration		زفير(1)
*Exploration		إستقصاء(1)
*exsudat		رشاحة(2)
*Exsudation		رضح
*Extension *Extension locale *Extension régionale	إنتشار جهوي(3)	إنتشار(2) إنتشار موضعي(2)
*Extracellulaire		خارج الخلية(1)
*Extrémité		طرف(1)
*Extrinsèque		خارجي(1)
-F-		
*Face *Face (radiographie de) *Face décubitus dorsal(radiographie) *Face debout(radiographie) *Face latérale *Face médiale	وجهية إستلقاء(3) وجهية قياما(3)	وجه(1) مشعاعية ووجهية(2) وجه جانبي(1) وجه داخلي(1)
*Faciès *Faciès crispé	سحنة متوترة(3)	سحنة(1)
*Facteur *Facteur aggravants *Facteurs de risque *Facteurs de risque de mortalité *Facteurs déclenchant *Facteurs pronostique *Facteurs de bon pronostique *Facteurs de mauvais pronostique	المهيجات(3) المميتات(3) الناشطات(3) العوامل المصيرية(3) المبشرات(3) المنذرات(3)	عامل(1) عامل مهيج(2) عامل الخطر(2)، عامل الاختطار(1) عامل مثير(2) عامل إنذاري(1)
*Fascia		لفاقة(1)
*Fausse membrane *Fausse route	غشاء كاذب(3)	أغشية كاذبة(1) ممر كاذب(1)
*Faux anévrisme		ام الدم الكاذبة(1)
*Faux besoin		إحتياجات كاذبة(2)
*Faux kyste du pancreas		كيس كاذب للبنكرياس(1)
*Fébricule *Fébrile(malade) * Fébrile(maladie)	حمية(3) محموم(3)	حمى خفيفة(1) حموي(1)
*Fécaloide		غانطي الشكل(1)
*Fécalome		ورم برازي(1)
*Fenêtre thérapeutique		نافذة علاجية(1)
*Fer *Fer à cheval		الحديد(1) حذوة، نعل الفرس(1)

*Feuille		وريقة(1)
*Feuillet pariétal		وريقة جدارية(1)
*Feuillet viscéral		وريقة حشوية(1)
*Fibre		ليف(1)
*Fibroscopie	التنظير الليفي(3)	التنظير الأليافي(2)
*Fibroscopie bronchique	مقصاب ليفي(3)	مقصاب أليافي(2)
*Fibroscopie oesogastrique		تنظير المرئ والمعدة(1)
*Fièvre		حمى(1)
*Fièvre typhoïde		التيفويد(2)
*Filtration glomérulaire		الترشيح الكبيبي(1)
*Fissuration		تشقق(1)
*Fissuration anale		تشقق شرجي(1)
*Fistule		ناسور(1)
*Fistule anale		ناسور شرجي(1)
*Fistule artériovoineux		ناسور شرينوريدي(2)
*Fistulisation		تنوسر(1)
*Fistulotomie		
*Flanc		الخاصرة(1)
*Flexion		ثني(1)
*Fluctuant		متموج(1)
*Flexum analgic du doigt	الثني المسكن للأصبع(3)	
*Foie		الكبد(1)
*Fonction		وظيفة(1)
*Fonction vitale		وظيفية حيائية(1)
*Fond d'oeil		فحص قاع العين(1)
*Forme		شكل(1)
*Forme anatomo-clinique		شكل تشريحي وسري(1)
*Forme latente		شكل كامن، مختفي(2)
*Forme sévère	شكل شديد(3)	شكل وخيم(1)
*Forme trompeuse		شكل مضلل(2)
*Formes étiologiques		نماذج سببية(2)
*Fosse		حفرة(1)
*Fosse iliaque		الحفرة الحرقفية(1)
*Fosse lombaire	الحفرة القطنية(3)	
*Foyer		بؤرة(1)
*Foyer métastatique		بؤرة نقيلية(1)
*Foyer infectieux		بؤرة تعفننية(2)
*foyer septique	بؤرة إنتانية(3)	
*Foyer supprimé		بؤرة متفححة(2)
*Fracture		كسر(1)
*Fracture parenchymateuse	كسر مثني(3)	
*Fréquence		تردد، تكرار(1)
*Fréquence cardiaque		سرعة القلب(1)
*Fréquence respiratoire		سرعة التنفس(1)
*Frisson	القففة(3)(الدارجة)	رعدة، نافض(1)
*Frottement		إحتكاك(1)
*Fundoplicature		تثنية الفاع(1)
*Fundus		قاع المعدة(2)
*Furoncle		دمل(1)

*Gaines		أعماد (1)
*Gamma GT		ناقلة الببتيد غاما غلوتاميل (2)
*Ganglion		عقدة (1)
*Ganglion lymphatique		عقدة لمفاوية (1)
*Ganglion satellites	عقدة حارسية (3)	عقد السواتل (1)
*Gnagrène		غنغرينا (1)
*Gargouillement		خرخرة، دمدمة (1)
*Gastrectomie		إسنتصال المعدة (1)
*Gastrine		غاسترين (1)
*Gastrite	ذات المعدة (3)	إلتهاب المعدة (1)
*Gastro		معدي (1)
*Gastrologie		طب المعدة (1)
*Gastrostomie		فغر المعدة (1)
*Gauche		أيسر (1)
*Gaz de sang		غاز الدم (2)
*Gazométrie artérielle		قياس الغاز الشرياني (1)
*Généralité		عموميات (2)
*Génétique		وراثي (1)
*Germe		جراثيم (1)
*Germes atypiques		جراثيم لا نمطية (1)
*Germes banaux		جراثيم اعتيادية (2)
*Germes gram négatif		جراثيم سلبية الغرام (1)
*Glande		غدة (1)
*Glissement		إنزلاق (1)
*Globe vésical	كرة مثانية (3)	
*Globule		كرية (1)
*Glucose		غلوكوز (1)
*Glycémie		سكر دموية (2)
*Goitre		دراق (1)
*Goitre ectopique		دراق هاجر (2)
*Goitre plongeant		دراق غاطس- (1)
*Gonflement		إنتفاخ (2)
*Gorge		الحلق (1)
*Graisaille diffuse	ضبابية منتشرة (3)	
*Graisse saturé		دهن مشبع (1)
*Grand epiploon		الثرب الكبير (1)
*Grand courbure		الإنحناء الكبير للمعدة (1)
*Grande tubérosité		الحدبة الكبرى (2)
*Granulation		تحبيب (1)
*Granulations péritoneales	تحبيبات صفاقية (3)	
*Granulomatose		حبيبية (2)
*Grappe de raisins		عنقود عنب (2)
*Gravité (signes de)	حدة (علامات) (3)	
*Gravité de		خطورة (2)
*Grossesse		حمل (1)
*Groupage		تعيين الزمرة (1)
*Guérison		شفاء (1)
*Guidé		موجه (2)
*Guidé (écho)	موجه بالصدى (3)	

*Gynécomastie		تثدي الرجل(1)
	-H-	
*Hallucination		هلوسة(1)
*Haustration		تقبب(1)
*Haustrations coliques		القيبيبات القولونية(2)
*Haute		علوي، فوق(2)
*Hélicobacter pylori		الملوية البوابية(1)
*Hématémèse		قيء دموي(1)
*Hématologique		دموي(2)
*Hématome rétro péritoneale	وردم خلف صفاقي(3)	
*Hématose		التدمية(2)
*Hématurie		بييلة دموية(1)
*Hémicolectomie		إستئصال نصف القولون(1)
*Hémochromatose		داء صباغي دموي(1)
*Hémoculture		زرع الدم(1)
*Hémodynamique	دمحركية(3)	ديناميكية الدم(1)
*Hémoglobine		هيموغلوبين(1)
*Hémogramme		صبغة دموية، صورة الدم(1)
*Hémolyse		انحلال الدم(1)
*Hémopathie		دمامية(2)
*Hémopathie maligne		دمامية خبيثة(2)
*Hémopéritoine		تدمي الصفاق(1)
*Hémopneumothorax		استرواح الصدر المدمي(1)
*Hémoptysie		نفث الدم(1)
*Hémorragie		نزف(1)
*Hémorragie foudroyante	نزف صاعق(3)	
*Hémorroides		بواسير(1)
*Hémostase		إرقاء(2)
*Hémothorax		الصدر المدمي(2)
*Hépatique		كبدية(1)
*Hépatite		ذات الكبد(2)
*Hépatite médicamenteuse	ذات الكبد الدوائية(3)	
*Hépatocyte		خلية كبدية(1)
*Hépatomégalie		ضخامة كبدية(1)
*Hernie		فتق(1)
*Hernie crurale		فتق فخذي(1)
*Hernie étranglée		فتق مختنق(1)
*Hernie hiatale		فتق حجابي(1)
*Hernie inguinale		فتق أربي(1)
*hernie inguinoscrotale	قيلة الخصي(3)	
*Herniorraphie		رفو الفتق(1)
*Hétérogène		متغايرة(1)
*Hile hépatique		نقير كبدية(1)
*Histologie		علم الأنسجة(2)
*Homogène		متجانس(1)
*Hoquet		فواق(1)
*Horizontal		أفقي(1)
*Hospitalisation		إستشفاء(1)
*Humeur		مزاج(1)
*Humidification		ترطيب(1)
*Humide		رطب، مخضل(1)

*Hydatidose		داء عداري(1)،التكيس المائي(2)
*Hydratation		تميه(1)،تميينه(2)
*Hydratation(degre de)	درجة التميه(3)	
*Hydratation(réaliser une)	القيام بتميينه(3)	
*Hydro aerique(niveau)	مستوى ماء غازي(3)	مستوى مائي غازي(1)
*Hydrocèle		قبيلة مائية(1)
*Hydroélectrique		كهرمائي(2)
*Hydrosoluble		ذواب بالماء(1)
*Hypercapnie		فرطكربية(2)
*Hyperéchogène	مصدية(3)	مفرطة الصدى(1)
*Hyperleucocytose		فرط الكريات البيض(1)
*Hypernatrémie		فرط صوديومدمية(2)
*Hyperplasie		فرط تنسجي(2)
*Hypersensibilité		فرط التحسس(1)
*Hypersensibilité cutanée		فرط التحسس الجلدي(1)
*Hypersensibilité immédiate		فرط تحسس عاجل(2)
*Hypersensibilité retardé		فرط التحسس الأجل(1)
*Hypersialorrhée		فرط الإلعاب(1)
*Hypersomnie	فرط النوم(3)	كثرة النوم(2)
*Hypertension artérielle		ارتفاع ضغط الدم(1)
*Hyperthyroidie	التدرق(3)	فرط الدرقية(1)
*Hypertrophie		ضخامة(1)
*Hypocondre		مراق(2)
*Hypodensité		نقص الكثافة(2)
*Hypoéchogène	لامصدية(3)	ناقص الصدى(2)
*Hypogammaglobulinémie		نقص غاما غلوبولين الدم(1)
*Hypogastre		المنطقة الخثالية(2)
*Hypoglycémiant oral		خافض سكردمية فموي(2)
*Hypopnée		ضعف التنفس(1)
*Hypotension		نقص ضغط الدم(1)
*Hypothalamo-hypophysaire		الوطائية النخامية(1)
*Hypothyroidie		قصر الدرقية(1)
*Hypotonie		نقص الضغط،التوتر(1)
*Hypotrophie		نقص الوزن(1)
*Hypoxie		نقص التأكسج(1)
+-		
*Iatrogène		علاجية المنشأ(1)
*Ictère		يرقان(1)
*Ictère choléstatique		يرقان ركودي(1)
*Ictère conjuguée		يرقان مقترن(2)
*Ictère non conjuguée		يرقان غير مقترن(2)
*Identité		هوية(1)
*Idiopathique		مجهول، غير معروف السبب(1)
*Iléon		المعى اللفائفي(2)
*Iléus		علوص(1)
*Iléus paralytique	إيلوس(3)	علوص شللي(1)
*Iléus biliaire	إيلوس شللي(3)	علوص صفراوي(1)
*Iléus réflexe	إيلوس صفراوي(3)	علوص منعكس(1)
	إيلوس	

*Image en arceau	صورة على شكل قوس (طوق) (3)	
*Image dite en canon de fusil	صورة على شكل "مدفع البندقية" (3)	
*Imagerie *Imagerie médicale *Imagerie par résonance magnétique	المرنان (3)	تصوير (1) تصوير طبي (1) تصوير بالرنين المغناطيسي (1)
*Immédiat		فوري، عاجل (1)
*Immunoallergique		مناعي أرجي (1)
*Immunocompétent		مؤهل مناعياً (1)
*Immunodépresseurs *Immunodépression *Immunodéprimé		مضعفات المناعة (2) نقص المناعة (1)، ضعف مناعي (2) ضعيف مناعياً (2)
*Immunoélectrophorèse		الرحلان المناعي (1)
*Immunofluorescence indirecte		التألق المناعي الغير المباشر (1)
*Immunologique		مناعي (1)
*Immunosuppresseur		كابت المناعة (1)
*Immunoglobuline		غلوبولين مناعتي (1)
*Immuns complexes		مركب مناعي (2)
*In situ		لايد (1)
*Inappropriée		غير مناسب (2)
*Inactive		غير فعال، خامل (2)
*Incarcération		إنحباس (1)
*Incision		شق، جرح (2)
*Inconstante		غير ثابت (1)
*Incontinence *Incontinence des selles *Incontinence urinaire		سلس (1) سلس البراز (2) سلس البول (1)
*Index		منسب (1)
*Indication		دواعي (1)
*Indice *Indice de masse corporelle		مؤشر (1) مؤشر الكتلة الجسمية (1) (م.ك.ج)
*Indirect		غير مباشر (1)
*Indolore	غير ألم (3)	غير مؤلم (2)
*Induration		جساوة (1)
*Infarctus *Infarctus du myocarde *Infarctus mésentérique		إحتشاء (1) إحتشاء القلب (1) إحتشاء المساريق (1)
*Infection		تعفن (2)
*Infection nécrosante des parties molles	التعفن الناخر للأجزاء اللينة (3)	
*Infiltration		إنسراب (1)
*Infiltration du mésentère	إنسراب المساريق (3)	
*Inflammation		إلتهاب (1)
*Ingestion		إبتلاع (1)
*Inguinale		أربية (1)
*Inhalation		إستنشاق (1)

*Inhibition *Inhibiteur		تنثبيط (1) تنثبيطي (1)
*Injection		حقنة (1)
*Innervation		تعصيب (1)
*Inoculation *Inoculation chimique	إصابة كيميائية (3)	تلقيح (1)
*Insertion		غرز، إدخال (1)
*Inspection		معاينة (1)
*Inspiration		الشهيق (1)
*Instabilité hémodynamique	اضطراب دمركي (3)	عدم استقرار ديناميكي دموي (1)
*Instruments *Instruments chirurgicaux		أدوات (2) أدوات جراحية (2)
*Insuffisance *Insuffisance cardiaque *Insuffisance cardiaque congestive *Insuffisance cardiaque droite *Insuffisance cardiaque gauche *Insuffisance coronaire *Insuffisance hépatique grave *Insuffisance respiratoire *Insuffisance surrénalienne *Insuffisance tricuspide *Insuffisance ventriculaire gauche		قصور (1) قصور قلبي (1) قصور قلبي احتقاني (2) قصور قلبي أيمن (2) قصر قلبي أيسر (2) قصور تاجي (1) قصور كيدي شديد (2) قصور تنفسي (1) قصور كظري (1) قصور الثلاثي الشرف (1) قصور بطني أيسر (1)
*Intempestive		غير مناسب (1)
*Interlobaire		بيفصي (2)
*Intercellulaire	بيخلوي (3)	بين الخلايا (1)
*Intercostal		وربي (1)، بيضلي (2)
*Intensité	قوة (3)	
*Intermittent		متقطع (1)
*Interrogatoire		استجواب (2)
*Interstitiel		خاللي (1)
*Intervention(chirurgicale.thérapeutique)		تدخل (جراحي، علاجي) (1)
*Intoxication		تسمم (1)
*Intestin grêle		المعي الدقيق (1)
*intra *Inracellulaire *Intra lumenale *Intradermoréaction à la tuberculine	داخل خلوي (3) داخل لمعي (3)	داخل، باطن (1) داخل الخلايا (1) داخل اللمعة (1) تفاعل السلين الأدمي (2)
*Intraveineux	داخل وريدي (3)	داخل وريدي (2)
*Intrinsèque		داخلي المنشأ (1)
*Intubation *Intubation trachéale		تنبيب (1) تنبيب رغامي (2)
*Invagination		إنغلاف (1)
*Invasif		جائر (1)
*IPP(inhibiteur de pompe de proton)		كايح مضخة البروتون (1)

*Irradiation		تشعع(1)
*Irréductible		متعسر الرد(1)
*Irréversible		غير عكوس، لا عكوس(1)
*Irritabilité		تهيجية(1)، هيجوية(1)
*Irritation		تهيج(1)
*Irritation péritonéale		تهيج صفاقي(2)
*Ischémie		اقفار(1)
*Ischémie mésentérique		إقفار المساريق(2)
*Isthme aortique		برزخ الأبهر(1)
-J-		
*Jaunâtre		مصفر(1)
*Jéjunum		المعي الفارغ، الصائم(1)
*Jonction		الموصل(1)
*Jugulaire		وداجي(1)
-K-		
*Kinésithérapie		ترويضلاجية(2)
*Kyste		كيس(2)
*Kyste hydatique		كيس مائي(2)
*Kyste hydatique du foie		كيس مائي كيدي(2)
*Kyste hydatique du poumon		كيس مائي رئوي(2)
*Kyste pleuri-péricardique	كيس جنبي شغافي(3)	كيس جنبي تاموري(2)
*Kystique		كيسي(1)
-L-		
*Labial		شفوي(1)
*Lacération		تهتك(1)
*Lacération pulmonaire	تهتك رئوي(3)	
*Lame		صفحة(1)
*Lame de bistouri		نصل الشفرة(2)
*Laparoscopie	مبطانية(3)	تنظير البطن(1)
*Laparotomie		فتح البطن، بضع البطن(1)
*Laparotomie exploratrice	فتح البطن	فتح البطن الإستكشافي(2)
*Larmoiment		تدمع(2)
*Larve d'un taenia		يرقة شريطية(1)
*Laryngoscopie		تنظير الحنجرة(1)
*Larynx		حنجرة(1)
*Laryngée		حنجري(1)
*Laryngo-trachéal		حنجري رغامي(1)
*Latente		خافي(1)
*Latérale		وحشي، جانبي(1)
*Lavage broncho alvéolaire		غسل القصبات والاسناخ(1)، الغسل القصبوي السنخي(2)
*Laxatif		ملين(1)
*LDH		نازعة هيدروجين اللاكتات(1)
*Lepre		جدام(1)
*Lésion		أفة(1)
*Lésion de grattage	آفات الحكاة(3)	
*Leucémie lymphoïde chronique		إبيضاض شبه لمفي مزمن(2)
*Leucopenie		قلة الكريات البيض(1)

*Ligament *Ligament rond		رباط(1) الرباط المدور(1)
*Ligature		ربطة(1)
*Ligne *Ligne de Malgaine		خط(1) خط مالغين(2)
*Limite		حد(1)
*Lipase *Lipasémie	الليبازدمية(3)	ليباز(1) معدل الليباز في الدم(2)
*Lipides		دهنيات(2)
*Lipome	شحموم(3)	ورم شحمي(1)
*Liposoluble		ذواب بالدهن(1)، ذواب في الشحوم(1)
*Lipothymie		إغماء(1)
*Liquide *Liquide céphalo rachidien		سائل(1) السائل النخاعي(1)
*Liseré		خط(1)
*Lisse		أملس(1)
*Lithiase *Lithiase biliaire *Lithiase du cholédoque *Lithiase vésiculaire radio opaque	تحصي حويصلي حصيات	تحص، تحصي(1) تحصي صفراوي(1) تحصي القناة الصفراء(2)
*Lobe *Lobe d'oreille *Lobectomie		فص(1) شحمة الأذن(1) إستنصال الفص(1)
*Lobule		فصيص(1)
*Local		موضعي(1)
*Locoregional		موضعي جهوي(2)
*Loge thymique		ودج أو ولج توتي(1)
*Logettes veineuses	بيوت وريدية(3)	
*Longiligne		طويل البنية(1)
*Loi de Courvoisiers et Terrier		قانون كوفوازييه وتيري(2)
*Lombaire		قطني(1)
*Longitudinale		طولاني(1)
*Lupus *LEAD(érythémateux aigu disséminé) *Lupus induit	ذئبة نظامية(3)	ذئبة(1) ذئبة حمامية مجموعية(1) ذئبة محدثة(1)
*Lymphatique		لمفي(1)
*Lymphocyte		لمفاوية(1)
*Lymphome		لمفومة(1)
*Lyse *Lyse costale *Lyse osseuse		تحلل(2) تحلل(2) تحلل عظمي(2)
-M-		
*Macroglossie		ضخامة اللسان(1)
*Macrophage		بلعمية(2)
*Macroscopique		عياني(1)

*Maladie *Maladie cérébro-vasculaire *Maladie de Hodgkin *Maladie hémorragique *Maladie de système *Maladie auto immunes	مرض عرقي دماغي (3) مرض نظمي (3)	مرض (1) مرض دماغي وعائي، مخي وعائي (1) مرض هودجكين (1) مرض نزفي (2) مرض مجموعي (1) أمراض المناعة الذاتية (1)
*Malaise		توعك (1)
*Malformation		تشوه (1)
*Malin		خبث (1)
*Mamelonné		محلّم (1)
*Manifestations		تمظهر (2)
*Manuel		يدوي (1)
*Marbrure *Marbrure cutanée	تزرّق جلدي (3)	تزرّق (2)
*Marge *Marge de sécurité		هامش (2) هامش الأمان (2)
*Marqueur *Marqueurs immunologique *Marqueurs tumoraux		واصمة (1) واصمات مناعية (2) واصمات ورمية (2)
*Masque *Masque d'oxygène		قناع (1) قناع الاوكسجين (1)
*Masse *Masse abdominale *Masse épigastrique *Masse hépatique *Masse lumbale	كتلة لمعية (3)	كتلة (1) كتلة بطنية (1) كتلة شرسوفية (2) كتلة كبدية (1)
*Matité *Matité déclive et mobile	أصمية منحدرّة (مبتدئة)	أصمية (1)
*Maxillo-facial		فكي وجهي (2)
*Mécanisme		آلية (1)
*Medecine de travail		طب الشغل (2)
*Médiale		إنسي (1) (التراث الطبي)
*Médiastin *Médiastin antérieur *Médiastin moyen *Médiastin postérieur *Médiastinal	منصف قدامي (3) (الحاوي في الطب) منصف أوسط (3) منصفي خلفي (3)	منصف (1) منصف أمامي (1) منصف وسط، أوسط (1) منصغي (1)
*Médullaire		نخاعي (1)
*Mélange		خلط، مزيج (1)
*Méléna		تغوط أسود (2)
*Membrane alvéolo capillaire		غشاء سنخ شعيري (1)
*Méningée *Méningite tuberculeuse *Meningocèle *Meningo-encéphalite	السرسام السلي (3) السرسام المخي (3)	سحائي (1) ذات السحايا السلية (2) قيلة سحائية (1) إلتهاب السحايا والدماغ (1)
*Ménopause *Ménopausée	ضهياء (3)	الضهي (1)
*Ménorragie		غزارة الطمث (1)

*Mésentères		المساريق(2)
*Méso		مسيريقي(1)
*Métabolisme		إستقلاب(1)
*Métastases		نقائل(1)
*Météorisme		تطبل البطن(1)
*Métrorragie	إستحاضة(3)	
*Microscopie		الفحص المجهرى، الإستجهار(1)
*Microvillosités		زغيبات(1)
*Minime		أصغر، صغري(1)
*Mobilité	حركية(3)	تحرك(1)
*Mode d'apparition		نمط الظهور(2)
*Moignon		جذع(2)
*Morbidité		مراضة(2)
*Mortalité	الإماتة(3)	معدل الوفيات(1)
*Mortalité(taux)	نسبة الإماتة(3)	
*Mousse		رغوة(1)
*Moyen		
*Moyen(médiastin)	أوسط(منصف)(3)	
*Moyen(niveau)	متوسط(مستوى)(3)	
*Moyens(les)	الإمكانيات(3)	
*Mucine		موسين(1)
*Mucopurulent		مخاطي قيحي(1)
*Multi	متعدد(سابقة)(3)	
*Multilobé		مفصص(2)
*Multivésiculaire		متعدد الحويصلات(2)
*Multivisceral		متعدد الأجهزة(1)
*Multiple		متعدد(1)
*Muqueuse		غشاء مخاطي(1)
*Murmure vésiculaire		الهمس الحويصلي(2)
*Muscle		عضلة(1)
*Musculaire		عضلي(1)
*Myalgie		ألم عضلي(1)
*Myasthénie		وهن عضلي(1)
*Mycobactéries		متفطرات(1)
*Mycoplasma pneumoniae		مفطورة رئوية(1)
*Mycose		فطار(1)
*Myéloménigocèle		قبيلة نخاعية سحائية(1)
*Myopathie		عضالة(2)
*Myopathie inflammatoire		عضالة إنتهابية(2)
*Myosis		تضييق الحدقة(1)
*Myxoedeme		وذمة مخاطية(1)
	-N-	
*Narcolepsie		تغفيق(1)
*Narine		المنخر(1)
*Natrémie		صوديومدمية(2)
*Nasophayrnx		بلعوم أنفي(2)
*Nausée		غثيان(1)

*Nécrose *Nécrose caséuse *Nécrose ischémique *Nécrosectomie		نخر (1) نخر جنبي (1) نخر إقفاري (1) إستنصال الجزء المنخور (2)
*Néatoscope		الرائي المشعاعي (2)
*Néoadjuvant		مساند إضافي (2)
*Néoplasie		ورمي (1)
*Nerf *Nerf phrénique *Nerf pneumogastrique *Nerf splanchnique *Nerf sympathique cervical *Nerf vague		عصب (1) عصب حجابي (1) عصب رئوي معدي (1) عصب حشوي (1) عصب ودي رقبتي (1) عصب مبهم (1)
*Nettoyage		تنظيف (1)
*Neurinome *Neurinome sous cutané		عصبوم (2) عصبوم تحتجلدي (2)
*Neuroblastome		عصبوروم (2)
*Neuro endocrine		عصبي صماوي (1)
*Neurofibrome		عصبوم ليفي (2)
*Neuroleptique		مضاد الذهان (1)
*Neuropathie *Neuropathie périphérique *Neuropathie sensitive		عصاب (2) عصاب قاصي (2) عصاب حسي (2)
*Neuropsychique		عصبي نفساني (2)
*Névralgie *Névralgie anale *Névralgie cervico brachiale *Névrite optique rétro bulbaire	ألم عصبي شرجي (3)	ألم عصبية (1) ألم عصبي رقبتي عضدي (1) ذات عصب بصرية خلفصلية (2)
*Névrose		عصابة (1)
*Niveau hydro aérique(NHA)	مستويات ماء غازي (3)	
*Nocturne		ليلي (1)
*Nodule *Nodulaire		عقيدة (1) عقيدي (1)
*Notion de contag		مفهوم العدوى (2)
*Nouveau-né		وليد (1)
*Numération formule sanguine(NFS)		تعداد عناصر الدم (2) (تعد)
*Nutrition	تغذية (3)	
*Nycturie		تبول ليلي (1)
-O-		
*Obésité *Obésité viscérale		سمنة (1) سمنة حشوية (2)
*Oblique		مائل (1)
*Oblitération		سد، طمس (1)
*Obnubilation		تغيم الوعي (1)
*Obstacle *Obstacle urétéral		حاجز (2) حاجز حالي (2)
*Obstruction		إنسداد (1)

*Occlusion *Occlusion intestinale		إنسداد (1) إنسداد معوي (1)
*Odeur		رائحة (1)
*Œdème *Œdème aigu pulmonaire *Oedeme pulmonaire aigu lésionnel *Œdème angio-neurotique *Œdème de Quincke *Œdème du membre inférieur	وذمة رئوية آفية حادة (3) الوذمة العرقصية (3)	وذمة (1) وذمة رئوية حادة (1) الوذمة الوعائية العصبية (2) وذمة كوينك (2) وذمة الطرف السفلي (2)
*Œsophage *Oesophagectomie *Oesophagite	ذات المريء (3)	المريء (1) إستنصال المريء (1)
*Oligurie		قلة البول (1)
*Ombilical		سري (1)
*Ombre		ظل (1)
*Omentum(épiploon)		الثراب (1)
*Oncogenèse		الإورامية (2)
*Onde		موجة (1)
*Ondulation péristaltique	تموجات تمعجية (3)	
*Opacification		تعقيم (1)
*Opacifications digestives aux hydrosolubles		التعقيم الهضمي بالمواد الذائبة في الماء
*Opacité		عتامة (1)
*Opérable *Opération		قابل للجراحة (1) عملية (1)
*Opiacés		أفيوني (1)
*Oppression		ضيق (2)
*Opsonine		الطاهية (1)
*Optique		بصري (1)
*Organoide		عضوي (1)
*Orifice *Orifices Herniaires	المنافذ الفتقية (3)	فوهة (1)
*ORL		طب الأنف والأذن والحنجرة (1)
*Oropharynx	البلعوم الفموي (3)	فموي بلعومي (1)
*Orthèse		مقومة (1)
*Orthopnée		نهيج استلقائي (2)
*Oscillation		تذبذب (1)
*Osmolarité		الأسمولية (1)
*Ostéite		ذات العظم (2)
*Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique		إعتلال مفصلي عظمي ضخامي رئوي (1)
*Ostéo-articulaire		عظمي مفصلي (1)
*Ostéolytique		تحلل عظمي (2)
*Ostéoporose		هشاشة العظام (2)
*Otalgie		ألم الأذن (1)
*Oxgynétherapie		أوكسيلاجية (2)
*Oxymétrie		قياس التأكسج (1)
-P-		
*Pâleur		شحوب (1)

*Palliatif(traitement) *Pallier thérapeutique	ترقيعي(علاج)(3)	مستوى علاجي(2)
*Palpation		الجس(1)
*Pancreas *Pancréatite		بنكرياس(1) ذات البنكرياس(2)
*Pancytopenie		قلة الكريات الشاملة في الدم(1)
*Papillaire * Papille hypertrophique *Papillome	حليمة متضخمة(3) حليموم(3)	حليمي(1) ورم حليمي(1)
*Papule		حطاطة، إنتنار(1)
*Paraclinique *Paracliniques(examens)	الإختبارات اللاسبرية(3)	لاسري(1)
*Paradoxal		تناقضي(1)
*Parallélisme		التوازي(1)
*Paralyse *Paralysie ciliaire *Paralysie des cordes vocales *Paralysie phrénique		شلل(1) شلل هديبي(1) شلل الحبال الصوتية(1) شلل حجابي(2)
*Parasitologie		علم الطفيليات(1)
*Parasympathique		لاودي(1)
*Parenchymateux *Parenchyme		متني(1) متن(1)
*Parésie *parésie(hémi) *parésie(mono)	خزل نصفي(3) خزل أحادي(3)	خزل(1)
*Pariétal *Paroi *Paroi endocavitaire		جداري(1) جدار(1) جدار داخلجوفي(2)
*Parotide(glande)		الغدة النكفية(1)
*Paroxystique		إنتيابي(1)
*Particulier		خاص(1)
*Partie		جزء(1)
*Partielle		جزئي(1)
*Parties molles	الأجزاء اللينة(3)	
*Passage		تغوط(1)
*Patente		واضحة(1)
*Pathogénie'ou étiopathogénie)		الإمراضية(1)
*Pathologie		علم الأمراض(1)
*Patient(e)		مريض(1)
*Paume de la main		راحة اليد(1)
*Pause respiratoire		توقف تنفسي(1)
*Pavimenteux(épithelium)		رصيفي(ظهارة)(1)
*Peau		جلد(1)
*Pédicule *Pédicule pulmonaire *Pédicule splénique	سويق(3) سويق رئوي(3) سويق طحالي(3)	
*Pelvis		حوض(1)
*Pénétration		نفاذ(1)
*Pepsine		بيبسين(1)

*Per os		بالفم، بطريق الفم(1)
*Percussion		القرع(1)
*Perforation	إنتقاب(3)	
*Perforation diverticulaire	إنتقاب رتجي(3)	
*Perforation d'ulcère bulbaire	إنتقاب تقرحي بصلي(3)	
*Perforation tumorale	إنتقاب ورمي(3)	
*Perfusion		إرواء(1)
*Péri	حول(3)	إحاطة، مجاورة(1)
*Périartérite noueuse		ذات حوائط الشريان المعقود(2)
*Péricarde	شغاف(التراث)(3)	
*Péricardite	ذات الشغاف(3)	
*Péridurale	حولجافية(3)	محيط بالجافية(1)
*Péri vésiculaire	حولحويصلي(3)	محيط بالحوصلة(1)
*Périlhilaire(parahilaire)		جارنقيرية(2)
*Périmètre abdominal	المحيط البطني(3)	
*Périnée		العجان(1)
*Période		فترة(1)
*Périphérique		قاصي(4)
*Péristaltisme		التمعج(1)
*Péritoine		الصفاق(1)
*Péritonite		ذات الصفاق(2)
*Permanent		دائم(1)
*Permanence	مداومة(3)	
*Perméabilité capillaire		نفاذية شعيرية(1)
*Persistence		استدامة(1)
*Persistant	مستديم(3)	
*Perturbation		اضطراب(1)
*Perturbé	مضطرب(3)	
*Pesanteur		ثقالة(2)
*Petit		صغير(1)
*Petit épiploon		الثرب الصغير(1)
*Petite courbure	الإنحناء الصغير(3)	
*Petite scissure		الشق الصغير(1)
*Petite tubérosité		الحديبية الصغرى(1)
*Ph		الياهاء(1)
*Phagocyte		خلية كاسحة(1)
*Phagocytose		تبلعم(1)
*Phalanges		عظام السلاميات(1)
*Pharyngite		ذات الحلق(2)
*Pharynx	البلعوم(3)	جوف البلعوم(1)
*Phase		طور(1)
*Phase intiale		طور البدء(2)
*Phase d'entretien		طور التثبيت(2)
*Phase d'état		طور التمكن(2)
*Phéochromocytome		مرض القواتم(1)
*Phlébite		ذات وريد(2)
*Phlegmon		فلغمون(1)(التراث)
*Phlegmon de la main		فلغمون اليد(2)
*Photophobie		رهاب، ضجر الضوء(1)

*Physiologie *Physiopathologie	الإعراضية(3)	فيزيولوجيا(1)
*Pic		ذروة(1)
*Picotement		نخز(1)
*Pierreuse(constistance)	حجرية(صلابة)(3)	حجري، متحجر(1)
*Pince *Pince hémostatique *Pince intestinale	ملقط مرق(3)	ممسك، ملقط(1) ملقط قاطع النزف(1) مقبض، مشبك معوي(1)
*Piqure		لسعة(2)
*Piriforme		كمثري الشكل(1)
*Plancher pelvien	أرضية حوضية(3)	
*Plasma		البلازما(1)
*Plastron appendiculaire		كتلة زائدة(1)
*Pleurésie *Pleurésie à liquide clair *Pleurésie enkystée *Pleurésie purulente		ذات الجنب(2) ذات جنب بسائل صاف(2) ذات جنب كيلوسية(2) ذات جنب قيحية(2)
*Plèvre *Plèvre pariétale *Plèvre viscérale *Plèvre médiastinale		جنبية(1) جنبية جدارية(1) جنبية حشائية(1) جنبية منصفية(1)
*Plexus brachial *Plexus cervico-brachial		ظفيرة عضدية(1) ظفيرة رقبية عضدية(1)
*Pli *Pli interfessier	ثنية بيردافية(3)	ثنية(1)
*Pneumogastrique(nerf)		عصب رئوي معدي(2)
*Pneumo *Pneumokyste *Pneumomédiastin *Pneumnectomie *Pneumonie *Pneumophathie *Pneumopéritoine *Pneumothorax		رئوي(1) كيس هوائي(2) إسترواح المنصف(1) إستنصال الرئة(1) ذات الرئة(2) وارية(2) استرواح الصفاق(1) 7استرواح الصدر(1)
*Poche *Poche à air gastrique *Poche de drain		جيب(1) جيب هواء معدي(2) كيس النزح(2)
*Poids		وزن(1)
*Poignet		معصم رسغ(1)
*Pointu		مؤنف، مستدق، مذيب(1)
*Pole supérieur		قطب علوي(1)
*Pollakiurie		تبول(1)
*Polyarthrite rhumatoide		ذات مفاصل روماتويدية(2)
*Polycyclique		متعدد الحلقات(1)
*Polyglobulie	الفرطكروية الحمراء(3)	فرط الكريات الحمر(1)
*Polynucléaire *Polynucléaires neutrophiles		متعددة النوى(1) مفصصات النواة العدلة(2)
*Polypnée		سرع التنفس(1)
*Polype *Polypose nasale	السلانلية الأنفية(3)	سليلية(1) داء السلانل الأنفي(1)

*Ponction *Ponction d'ascite evacuatrice *Ponction d'ascite exploratrice *Ponction biopsie pleurale *Ponction lombaire *Ponction pleurale	بزل حنجي إفراغي(3) بزل حنجي إستكشافي(3)	بزل(1) الخزعة البزلية الجنبية(2) بزل قطني(1) بزل جنبي(1)
*Porte aiguille *Porte d'entée		ماسكة الإبرة(1) مدخل(2)
*Position gynécologique	وضعية نسائية(3)	وضعية بضع المثانة(1)
*Post opératoire *Post traumatique	بعد جراحي(3) بعد رضحي(3)	تال الجراحة(1)
*Postérieur		خلفي(1)
*Post prandial		بعد الأكل(1)
*Pouls		نبض(1)
*Poumon		رئة(1)
*Poussées * Poussée pileuse	حملة شعيرية(3)	حملات(1)
*Précoce		مبكر(1)
*Prédictible *Prédiction	متكهن(3) تكهن(3)	تكهن(1)
*Prélèvement *Prélèvement bactériologique(réaliser un...) * Prélèvement bactériologique(envoyer un...)	إستنزال جرثومي(القيام ب..)(3) عينة جرثومية(إرسال...)(3)	الإستنزال(2)
*Préparation *Préparation(pour faire..) *Préparation(d'un...)	إستعداد ل... (3) إعداد ل... (3)	إستعداد، إعداد،(1)(حسب السياق)
*Pression *Pression abdominale *Pression artérielle diastolique *Pression artérielle systolique *Pression hydrostatique *Pression oncotique		ضغط(1) ضغط بطني(2) ضغط شرياني إنبساطي(1) ضغط شرياني إنقباضي(1) ضغط هيدروستاتيكي(1) ضغط جرمي(1)
*Prévention		وقاية(1)
*Principe		مبدأ(1)
*Prise en charge *Prise en charge thérapeutique		تدبير(1) تدبير علاجي(2)
*Probabilité		إحتمال(1)
*Processus *Processus inflammatoire		عملية(2) عملية التهابية(2)
*Proctalgie		ألم المستقيم(1)
*Proctologie		طب المستقيم والشرج(1)
*Prodromes		بواذر(1)
*Production		إنتاج(1)
*Produit de contraste *Produits vaso-actifs *Produits toxi-infectieux	مواد معرفة(3) مواد تسمم تعفننية(3)	مادة ظليلة(2)
*Profession		مهنة(1)
*Profil(cachectique)	مظهر(3)(ندفي)	منظر(1)

*Profond		عميق(1)
*Programmer		يجدول(1)
*Progression		تقدم(1)
*Progressif		تقدمي(1)
*Prolapsus hémorroïdaire	تدلي باسوري(3)	
*Prolifération		تكاثر(1)
*Pronostic	مصير(3)	
*Pronostic vital	المصير الحياتي(3)	مآل حياتي(1)
*Prophylaxie		اتقاء، توقية(1)
*Prostate		الموثة(1)
*Prostration		إعياء(1)
*Protection		تغطية(1)
*Protéine		بروتين(1)
*Prothèse		بدلة(1)
*Prothèse(de hanche)	بدلة خصرية(3)	
*Protrusion		تبارز(1)، نتوء(2)
*Provoqué		مثار(2)
*Proximal		داني(1)
*Prurit		حكة(1)
*Pseudo chirurgical		شبه جراحي(2)
*Pseudogrippal		شبه نزلي(2)
*Pseudotumoral		شبه ورمي(1)
*Psychose maniaco dépressive		جنون هوسي إكتنابي(1)
*Ptosis		إطراق، أو تدلي الجفن(1)
*Pubis		العانة(1)
*Pulmonaire		رئوية(1)
*Pulsatile		ضرباني(2)
*Pure		نقي(1)
*Purpura		فرفرية(1)
*Purulent		قيحي(2)
*Pyélonéphrite	ذات الحويضة(3)	إلتهاب الحويضة والكلية(1)
*Pylorique		بوابي(1)
*Pyogènes(germes)		مقيحة(1)(جرثومات)
*Pyosalpinx		تقيح البوق(1)
*Pyrosis		لدع(1)
*Pyrurie		بيلة قيحية(1)
-Q-		
*Quadrants abdominaux		أرباع البطن(1)
*Qualitatif		كيفي(1)
*Quantitatif		كمي(1)
*Queue		ذيل(1)
*Quotidien		يومي(1)
*Quinteux		متلاحق(2)
-R-		
*Rachidien	صلبي(3)	
*Rachis	صلب(3)	سيساء(1)
*Racine		جذر(1)
*Radiation		إشعاع(1)
*Radical		جذري(1)
*Radiofréquence		الترديد المذباعي(2)

*Radiographie *Radiographie des sinus *Radiographie thoracique		مشعاعية(2) مشعاعية جيوبية(2) مشعاعية صدرية(2)
*Radio opaque	معتم(3)	ظليل للأشعة(1)
*Radiothérapie		الإشعاعية(2)
*Rôle *Rôle bronchique *Rôle crépitant *Rôle ronflant *Rôle sibilant *Rôle sous crépitant ou bulleux		خرخرة(1) خرخرة قصبية(1) خرخرة فرقية، كركرية(1) خرخرة طنانة(1) خرخرة صفيرية(1) خرخرة مكررة، فقاعية(1)
*Ralentissement psychomoteur	تباطؤ نفسحركي(3)	تخلف نفسي حركي(1) خطأ
*Ramification		تفرع(1)
*Rappel		تذكير(2)
*Rare		نادر(1)
*Rarement		نادرا(2)
*Rate		طحال(1)
*Ratio		نسبة(2)
*Réaction *Réaction anaphylactique *Reaction immuno-inflammatoire *Réaction immunologique	التفاعل المناعي الإلتهابي(3)	تفاعل(1) تفاعل تأقي(1) تفاعل مناعي(1)
*Réactivation		إستنشاط(1)
*Réanimation		إنعاش(1)
*Réaspiration		إعادة السحب، الشفط(2)
*Rechute		نكاس، نكس(1)
*Recrudescence		أيبوية(1)
*Rectorragie		نزف المستقيم(1)
*Rectoscopie *REctosigmoidoscopie *Rectum		تنظير المستقيم(1) تنظير المستقيم والسيني(2) المستقيم(1)
*Récurrence *Récurent	الرجع(3) راجع(3)	نكسة(1)، إنتكاس(2) ناكس(1)
*Réductible *Réductibilité	إختزالية(3) إختزال(3)	
*Réduction(de la taille)		نقص(1)
*Réflexe	إنعكاس(3)	
*Reflux gastro oeophagien	إرتجاع(3)	جزر معدي مريئي(1)
*Reflux hépato jugulaire		جزر كبدي وداجي(1)
*Région *Région inguinale *Région ombilicale *Région pylorique *Régional	جهوي(3)	ناحية(1) ناحية أربية(2) ناحية سرية(2) ناحية بايية(2) ناحي(1) خطأ
*Régurgitation		قلس(1)
*Réhydratation	تميه(3)	
*Rein		كلية(1)
*Remaniement *Remaniement fibreux		تبدل(1) تبدل ليفي(1)

*Remplissage vasculaire	ملء عرقى(3)	
*Renforcement		تعزيز(1)
*Réparation		تصليح(1)
*Repli		ثني، طية(2)
*Reséction		قطع(1)
*Résidu	فضلة(3)	ثمالة(1) خطأ
*Résistance		مقاومة(1)
*Résolution spatiale	الدقة الفضائية(3)	
*Résorption		إمتصاص، إرتجاف(1)
*Respiration		تنفس(1)
*Repsiration abdominale		تنفس بطني(1)
*Respiration paradoxale		تنفس متناقض(1)
*Restriction hydrique		تقييد السوائل(1)
*Résultat		نتيجة(1)
*Retard		تأخر(1)
*Retarder	أخر، أجل(3)	
*Rétention	إحتجاز(حسب السياق)	تثبيت(1) خطأ
*Rétention urinaire		انحباس البول(1)
*Retour veineux		عائد وريدي(1)
*Rétraction		إنكماش(1)
*Rétrécissement		تضييق(1)
*Rétrécissement aortique	التضييق الأبهرى(3)	تضييق الصمام الأبهرى(1)
*Rétrécissement mitral		التضييق التاجي(2)
*Retro		خلف(1)(نحث)
*Retro caecale		خلف أعوري(2)
*Retro sternale		خلفقصي(2)
*Rétrograde		رجوعي(1)
*Rétro péritonéale	خلفصفاقي(3)	
*Révéléateur	كاشف(3)	كشف، إظهار(1)
*Révélation		
*Rigide		صلب(1)
*Rigidité		صلابة، قساوة(2)
*Rhinite allergique		ذات أنف أرجية(2)
*Rhino-pharyngite		ذات الحلق الأنفية(2)
*Rhinorrhée postérieur		ثر أنفي خلفي(1)
*Risque vital		إخطار حيوي(1)
*Rôle		دور(1)
*Rougeur	حمرة(3)	بيغ(1)
*Roulement		دمدمة(1)
*Roulement diastolique	دمدمة إنبساطية(3)	
*Rupture		إنكسار، تمزق(1)
*Rupture de l'isthme aortique	تمزق برزخ الأبهر(3)	
*Rythme		نظم(1)
*Rythme cardiaque		نظم قلبي(1)
*Rythme circadien		نظم يوموي(1)
*Rythme respiratoire		نظم تنفسي(1)
-S-		
*Sac		كيس(1)
*Sagittal		سهمي(1)

*Sain		سليم(2)
*Salive		لعاب(1)
*Salle		قاعة(1)
*Sanglant		مدمى(1)
*Sans résidu		دون بقايا(2)
*Saprophytes	الرمامات(3)	أجسام دقيقة رمامة(1)
*Sarcoidose		ساركويد(1)
*Satellite		مجاور(2)
*Saturation artérielle en oxygène		تشبع شرياني بالأكسجين(1)
*Scanner abdominal injecté		مفراس صدي محقون(1)
*Scapulaire		كتفي(1)
*Scintigraphie		تصوير ومضاني(1)
*Score	الحرز(3)مفاتيح العلوم بمعنى تقدير	
*Scrotum		الصفن(1)
*Sécrétant		مفرز(2)
*Sécréter		يفرز(1)
*Sécrétion		إفراز(1)
*Sécrétion ectopique des hormones	إفرازات منتبذة للهرمونات(3)	
*Sédentarité	الدعة(كتاب العين)	مكوث(1)
*Sédentaire	متدع(3)	
*Segmentaire		قطعي(1)
*sein		ثدي(1)
*selles décolorés		براز مبيض(2)
*Sels biliaires		أملاح صفراوية(1)
*Sémiologie		علم الأعراض(1)
*Sensation	إحساس(3)	شعور(1)
*Sensibilité		حساسية(1)
*Sensibilisation	تحسس(3)	
*Septicémie		إنتان دموي(1)
*Séquelles		عقابيل(1)
*Séquestration		إنحجاز(1)
*Séreuse		المصلية(2)
*Séreuse péritoneale	المصلية الصفاقية(3)	
*Série		سلسلة(1)
*Sérologie		دراسة مصلية(2)
*Séreux		مصلي(1)
*Seuil de la douleur	عتبة الألم(3)	
*Siege(de la douleur)	محل الألم(3)	
*Sigmoide		السيني(1)
*Sigmoidite		ذات السيني(2)
*Sigmoidite diverticulaire	ذات السيني الرتجية(3)	

*Signe *Signe cardio-vasculaire *Signe d'appel *Signe de blumberg *Signe de flot *Signe de glaçon *Signe de murphy *Signe de Rovsing *Signe fonctionnel *Signes paracliniques *Signe révélateur	علامة (3) علامة قلب-عرقية (3) علامة النداء (3)	علامة بلومبورغ (2) علامة التدفق (2) علامة الجليد (2) علامة مورفي (2) علامة روفسينغ (2) علامة وظيفية (2) العلامات اللاسريرية (2) علامة كاشفة (2)
*Simple		بسيط (1)
*Sinus pilondal		جيب شعري (1)
*Soin		رعاية (1)
*Solide		صلب (1)
* Sondage urinaire	سبر بولي (3)	
*Sonorité		رنين (1)
*Souffle	نفحة (3)	لفحة (1)
*Souplesse		مرونة، ليونة (2)
*Source *Source d'eau *Source de la maladie	نبع (3) أصل (3)	نبع (1)، أصل (1)
*Sous *Sous méso colon *Sous muqueuse *sous unguéale	تحتقوليوني أوسط (3) تحتماطية (3) تحتظفري (3)	تحت (1) تحت المتوسط القولوني (2) تحت المخاطية (1)
*Spécifique		نوعي (1)
*Sphincter *sphinctérectomie	قطع العاصرة (3)	عضلة مصرة (1)، عاصرة (2) (التراث) قطع المصرة (1)
*Splénique *Splénomégalie		طحالي (1) تضخم طحالي، ضخامة الطحال (1)
*Spoliation sanguine	فقدان الدم (3)	
*Stabilisation		إستقرار، ثبات (1)
*Stable		مستقر (2)
*Stade avancé		مرحلة متقدمة (2)
*Stagnation *Stase		ركود (1) ترسب (1)
*Stéatorrhée		إسهال دهني (1)
*Sternale		قصي (1)
*Stimulation *Stimulé *Stimulant	تهيج (3) مهيج (3) مهيج (3)	
*Stockage		تخزين (1)
*Stomachique		معدني، مقو للمعدة (1)
*Stomie *Stomie(orifice de)		مفاغرة (1) فغر (1)
*Strangulation		إختناق (1)
*Strié	محزز، مخطط (3)	
*Stroma		سدى (1)
*Subictère	يرقان خفيف (3)	

*Subtotal	شبه تام(3)	تحت التام(1) خطأ تحت لساني(2) تحت الفك السفلي(2)
*Sublingal		
*Sub mandibulaire		
*Suc		عصارة(2)
*Suc gastrique		عصارة معدية(2)
*Suc pancréatique		عصارة بنكرياسية(2)
*Sudation		تعرق(2)
*Sueur		عرق(1)
*Suintement	النز(3)(المعجم الوسيط)	
*Supérieur		علوي(1)
*Suppuration		تقيح(1)
*Supra		سابق بمعنى فوق(1)
255*Supraaortique	فوقبهرى(3)	
*Surcharge pondérale		زيادة الوزن(2)
*Surface		سطح(1)
*Surveillance		مراقبة(1)
*Survie	المحيا(3)	بقاء(1)
*Sus		فوق(1)
*Sus claviculaire	فوقترقوي(3)	فوق الترقوة(1)
*Sus méso côlon	فوقولوني أوسط(3)	فوق المتوسط القولوني(2)
*Suture		خياطة(1)
*Sympathique		ودي(1)
*Symptôme(s)		أعراض(1) عرض
*Syncope		غشي(1)
*Syncope vraie	غشي حقيقي(3)	
*Syndrome		متلازمة(1)
*Syndrome de détresse respiratoire		متلازمة الضائقة التنفسية الحادة(2)
aigue		
*Syndrome endocrinien		متلازمة صماوية(1)
*Syndrome para néoplasique	متلازمة جارورمية(3)	
*Syndrome tumoral		متلازمة ورمية(1)
*Synthèse		تخليق(1)
*Synthèse hépatique	التخليق الكبدي(3)	
*Système		نظام(1)
*Système(maladie de)	نظمة(3)	
*systémique	أمراض النظمة(3) نظمي(3)	
-T-		
*Tabagisme		تدخين(1)
*Tronc artériel brachio-céphalique		الذع الشرياني العضدي الرأسي(1)
*Table opératoire		طاولة الجراحة(1)
*Tache		بقعة(1)
*Tachycardie		تسرع القلب(1)
*Tachycardie sinusale		تسرع القلب الجيبي(1)
*Tachypnée		تسرع التنفس(1)
*Tamponnade		دكالك قلبي(1)
*Tare		إعتلال(1)
*Taux		معدل(1)
*Taux d'hématocrite		معدل الهيماتوكريت(1)
*taux d'hémoglobine		معدل الهيموغلوبين(1)

*Téguments		الأغشية(4)
*Télangiectasie	التوسع الشعيري(3)	شعيرات متوسعة(1)
*Température		درجة الحرارة(1)
*Temps de recoloration cutané		زمن إعادة تلون الجلد(2)
*Temps inspiratoire-expiratoire		الزمن الشهقي/الزفيري(1)
*Ténesme		زحير(1)
*Tension		توتر(1)
*Terrain	أرضية(3)	
*Territoire		منطقة(2)
*Test		إختبار(1)
*Test à la sueur		إختبار العرق(1)
*Test cutané		إختبار جلدي(1)
*Tests cutanées allergiques		إختبار الجلد الأرجي(1)
*Testicule		خصية(1)
*Testicule ectopique		خصية منتبذة(1)
*Tête		رأس(1)
*Thoracoscopie	مصدارية(3)	تنظير الصدر(1)
*Thoracoscope	مصدر(3)	
*thorotomie		بضع الصدر(1)
*Thorax		صدر(1)
*Thorax bréviligne		صدر قصير ومتسع(1)
*Thorax en carène		صدر جؤجؤي(1)
*Thorax en entonnoir		صدر قمعي، نقيري، مقعر(1)
*Thorax en tonneau		صدر برميلي(1)
*Thorax longiligne		صدر طويل(1)
*Thrombopénie auto immune		قلة الصفيحات الذاتية(2)
*Thrombose		ختار(1)
*Thyroïde		الدرقية(1)
*Tirage	جذب، جر(3)	تبعيد(1)
*Tirage intercostal		تبعيد ببعضلي(2)
*Tirage sus-sternal		تبعيد فوق قصي(2)
*Tiraillement		ضيق(2)
*Tissu		نسيج(1)
*Tissu conjonctif		نسيج ضام(1)
*Tissu de soutien		نسيج داعم(1)
*Tissu élastique		نسيج مرن(1)
*Tissu fibreux		نسيج ليفي(1)
*TNM(classification)		تصنيف الورم والعقد والنقائل(1)، "وعن"
*TDM thoracique haute résolution		مفراس صدري عالي الدقة(2)
*Toilette péritonéale		غسيل الصفاق(2)
*Tonus	توترية(3)	وترية(1)
*Topographie		طبوغرافيا(1)
*Torpeur		فتار(1)
*Torsion		لوي(1)
*Totale		كلي(1)
*Toucher rectale		اللمس المستقيمي(1)

*Toux *Toux grasse *Toux productive *Toux idiopathique *Toux provoquée *Toux psychogène *Toux quinteuse	كحة(3)	سعال(1) سعال رطب(2) سعال منتج(2) سعال مجهول السبب(1) سعال محرض(2) سعال نفساني(2) سعال متلاحق(2)
*Toxine		ذيفان(1)
*Toxoplasmose		داء المقوسات(1)
*Trachée *TRachéobronchique		رغامي(1) رغامي قصبوي(1)
*Traitement *Traitement ambulatoire *Traitement de fond *Traitement préventif *Traitement symptomatique		معالجة، علاج(1) معالجة إسعافية(1) العلاج الأساس(1) علاج وقائي(1) علاج عرضي(1)
*Trajet intercostal		مسار وربي(1)، بيضلي(2)
*Tranchant		قاطع، حاد(2)
*Transaminases		ناقلة الأمين(1)
*Transformation(de...)		استحالة(1)
*Transfusion		نقل الدم(1)
*Transit intestinal		عبور معوي(2)
*Translocation bacterienne		إزفاء بكتيري(1)
*Transsudatif *Transudation *Transsudat		ارتشاحي(1) ارتشاح(2) ارتشاحة(2)
*Traumatisme		رضخ(1)
*Triade de villard		ثالوث فيلارد(2)
*Trocart		ميزل(1)
*Trompeuse		مضللة(2)
*Tronc		جذع(1)
*Trouble *Trouble(liquide)	سائل عكر(3)	خلل(1)
*Trouble de la crase sanguine	خلل مكونات الدم(3)	
*Trouble du transit	خلل التغوط(3)	
*Troubles trophiques		إضطرابات إغذائية(1)
*Troubles hydroelectrolytiques		إضطرابات كهربية أو شواردية(1)
*Trypsine		تريبسين(1)
*Tube		أنبوب(1)
*Tubercule		محوذب(1)
*Tuberculose *Tuberculose péritonéale *contage tuberculeux		سل(1) سل صفاقي(2) عدوى سلية(2)
* Tubérosité		الأحوية(1)
*Tubuleux		أنبوبي الشكل(2)
*Tubulure	أنبوب(3)	الأنبوب المتلقي(1)
*Tuméfaction		تورم(1)
*Tuméfaction néoformée	تورم حديث(3)	

*Tumeur		ورم(1)
*Tumeur benigne		ورم حميد(1)
*Tumeur du hile		ورم نقيري(1)
*Tumeur carcinoïde digestive		ورم سرطاوي هضمي(1)
*Tumeur maligne		ورم خبيث(1)
*Tumeurs germinales		أورام الخلايا الجنسية(1)
*Tumeurs germinales non séminales		أورام جذعية غير منوية(1)
*Tumoral		ورمي(1)
*Tunique		غشاء(1)
*Turgescence des veines jugulaires		إنتفاخ الأوردة الوداجية(2)
*Trombose veineuse profonde		خثار وريدي عميق(1)
* Trombose veineuse superficielle	خثار وريدي سطحي(3)	خثار وريدي سطحي(1)
*Tympanisme		طبيلية(1)
*Thymus		غدة التوتة(1)
-U-		
*Ulcérant		تقرحي(1)
*Ulcère		قرحة(1)
*Ulcère gastro duodénale		قرحة هضمية(1)
*Unique		فريد(1) أو وحيد(حسب السياق)
*Unité		وحدة(1)
*Urée		يوريا(1)
*Urétoro hydronéphrose	موه حالكلوي(3)	
*Urgence		طارئ(1)
*Urine		بول(1)
*Urines mousseuses	بول رغوي(3)	
*Urines(troubles)	بول عكر(3)	
*Uroculture		زرع البول(1)
*Uveite		ذات العنابية(2)
-V-		
*Vagotomie		قطع المبهم(1)
*Vague(nerf pneumogastrique)		عصب رئوي معدي(2)
*Vaisseau	عرق(3)	وعاء(1)
*Valeur sémiologique		قيمة عرضية(1)
*Valve		صمام(1)
*Valve anti reflux		صمام مضاد للارتداد(2)
*Valvules conniventes		الثنيات الضامة(2)
*Varice		دوالي(1)
*Varicelle		حماق(1)
*Varicocèle		قيلة دواليبة(1)
*Variqueux		دالية(1)
*Vascularisation	تعرق(3)	توعي، تكون الأوعية(1)
*Vascularite	ذات العرق(3)	التهاب الأوعية(1)
*Vaso-actif	فعال عرق(3)	فعال وعائي(1)
*Vasoconstriction	تضييق العروق(3)	تضييق الأوعية(1)
*Vasodilatation cutanée	توسع العروق الجلدية(3)	توسع الأوعية الجلدية(1)
*Végétatif		إنباتي(1)
*Veine		وريد(1)
*Veine cave inférieure		الوريد الأجوف السفلي(1)
*Veine cave supérieure		الوريد الأجوف العلوي(1)
*Veine porte		

*Ventilation *Ventilation invasive *Ventilation non invasive		تهوية(1) تهوية جائرة(2) تهوية غير جائرة(2)
*Ventre *Ventre de bois		بطن(1) بطن متخشب(2)
*Ventriculaire		بطيني(1)
*Verdâtre		أخضر، مخضر(2)
*Vertèbre		فقرة(1)
*Verticale		عمودي(1)
*Vertige		دوار(1)
*Vésicule *Vésicule atrophique *Vésicule biliaire	حويصلة ضامرة(3)	حويصلة(1) المرارة(1)
*Vésiculaire(murmure)		همس حويصلي(2)
*Vessie		المثانة(1)
*Vibrations vocales		اهتزازات صوتية(2)
*Villosité		زغابة، تزغب(1)
*Virtuel		إقتراضي(1)
*Virulence		قوة(1)
*Viscéral,Viscères		حشوي، حشى(1)
*Visualisation *Visualiser	بصر(3)	تبصر(1)
*Vitamines liposolubles	الفيتامينات الذائبة في الدهون(3)	
*Vitesse de sédimentation		سرعة التثقل(1)
*Voies biliaires		المسالك الصفراوية(1)
*Voie *Voie d'abord chirurgical *Voie hématogène *Voie injectable *Voie intradermique *Voie lymphatique *Voie orale *Voie sanguine	مسلك حقني(3) داخل أنمي(3) مسلك فموي(3)	سبيل، مسلك(1) سبيل الأسلوب الجراحي(1) مسلك دموي(1) داخل الأدمة(1) مسلك لمفاوي(2) مسلك دموي(2)
*Voix bitonale		إشمام(1)
*Volume		حجم(1)
*Volvulus		إنفتال(1)
*Vomique bilieux *Vomique hydatique *Vomique purulente	خراجة صفراوية(3)	خراجة مائية(2) خراجة قيحية(2)
*Vomissement		قيء(1)
*Voussure		تقرب(2)
*Vue		منظر(1)
-W-		
*Wirsung(canal de)		قناة ورسينغ(2)
*Wheezing		ازيز(1)
-Z Y X-		
*Xanthelasma		الصفاريم(3)

*Xanthome	الصفاريم (3)	
*Xanthomes sous cutanés	الصفاريم تحتجلدية (3)	
*Zona		هربس نطاقي (1)

ملخص

إن وضع مراجع باللغة العربية ضرورة ملحة، إذ تسهل على الطالب عملية التعلم، وتمكنه من استيعاب أفضل للمعلومات، وترفع من تحصيله العلمي، وتيسر له سبل التواصل مع الأستاذ والمريض.

في هذه الأطروحة، قننا بتعريب علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي اعتمادا على المنهجية التالية :

- إتقاء الدروس المقررة في علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي بكلية الطب والصيدلة.
- جمع المصطلحات الطبية المستعملة باللغة الفرنسية في علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي.
- ترجمة المصطلحات المختارة إلى اللغة العربية بالإعتماد أساسا على المعجم الطبي الموحد، وفي حالة عدم إيجاد المصطلح المناسب فيه، تم مراجعة قواميس طبية وأطروحات أخرى.
- صياغة الدروس باللغة العربية إنطلاقا من الدروس المكتوبة باللغة الفرنسية ومن المصطلحات المترجمة.
- مراجعة الجانب العلمي للبحث من طرف أستاذ مختص في طب الجراحة العامة.
- مراجعة الجانب اللغوي للبحث من طرف أستاذ خبير في اللغة العربية وفي مجال التعريب.

كما تطرقنا إلى مجموعة من الملفات الطبية لإغناء الدروس، والإستعانة ببعض الحالات السريرية القابلة للإستعمال في الجانب العملي للطبيب، وفي الأخير قننا بوضع قاموس لغوي فرنسي عربي شامل.

يتلخص نتائج أطروحتنا في ما يلي :

- تعريف الأعراض الجراحية لجهاز الهضمي انطلاقا من تعريب الدروس المقررة بكلية الطب والصيدلة (11 درسا).
- صياغة مجموعة من الملفات الطبية تساعد الطالب في التدريبات الإستشفائية.
- الإستعانة ببعض الحالات السريرية القابلة للإستعمال في الجانب العملي للطبيب.
- شرح مجموعة من المفاهيم الطبية على الهامش.
- وأخيرا وضع مرجع علمي مبني على المفاهيم الطبية، قابل للإستعمال في أقرب وقت، متلائم مع محيط التدريس والعلاج المغربيين، الشيء الذي يضمن تداول واستمرار هذه المصطلحات لمدة اكبر.

إن هذه الأطروحة هي إضافة نوعية إلى المراجع السابقة، حيث تعالج جانبا كبيرا في علم الأعراض الجراحية للجهاز الهضمي، في إنتظار أطروحات مكملة تهتم بعلم الأمراض الجراحية للجهاز الهضمي.

Résumé

L'élaboration des références en arabe est un besoin urgent, qui va faciliter le processus d'apprentissage, et permettre à l'étudiant de mieux comprendre les informations, et d'augmenter son rendement scientifique ainsi de lui faciliter la communication avec le professeur et le patient.

Dans cette thèse, nous avons traduit en arabe la sémiologie chirurgicale digestive en se basant sur la méthodologie suivante :

- La sélection des cours de la sémiologie chirurgicale digestive de la faculté de médecine et de pharmacie.
- La collection des termes médicaux utilisés en français dans la sémiologie chirurgicale digestive.
- La traduction des termes choisis en arabe en se basant sur le dictionnaire médical universel, et en cas d'absence de son équivalent, on consulte d'autres dictionnaires médicaux et d'autres thèses.
- La rédaction des cours en arabes à partir des cours écrits en français et des termes traduits.
- L'examination du côté scientifique de la recherche par un professeur spécialiste en Chirurgie générale.
- L'examination du côté Linguistique de la recherche par un expert en langue arabe et en arabisation.

Nous avons consulté également à un ensemble des dossiers médicaux pour enrichir les cours, ainsi que nous faisons appel à quelques cas cliniques utilisables dans le côté pratique de médecin, et finalement nous avons élaboré un dictionnaire linguistique français–arabe global.

On peut résumer les résultats de notre travail comme suit :

- La définition de la sémiologie chirurgicale digestive à partir de l'arabisation des cours programmés à la faculté de médecine et de pharmacie (11 cours).
- La préparation des dossiers médicaux qui aident l'étudiant à réussir ses stages.
- L'utilisation de quelques cas cliniques utilisables dans le côté pratique de médecin.
- L'explication des quelques concepts médicaux .
- L'élaboration d'une référence scientifique basée sur les concepts médicaux qui peut être utilisable le plutôt possible et qui est adapté avec l'environnement d'enseignement et de thérapie des marocains ce qui va assurer la poursuite de l'utilisation de ces termes.

Cette thèse est une valeur ajoutée aux références précédentes, car elle traite une grande partie de la sémiologie chirurgicale digestive dans l'attente d'autres thèses qui va la compléter et traiter la pathologie chirurgicale digestive.

Abstract

Arabic references is a necessity need, which will facilitate the learning process, and allow the student to understand information more easily, and increase his/her scientific output, and to facilitate the process of communication with the teacher and the patient.

In this thesis, we have translated the digestive surgical semiotics into arabic based on the following methodology :

- the selection of courses in the digestive surgical semiotics of the faculty of medicine and pharmacy .
- the collection of medical terms which is used in french in digestive surgical semiotics .
- the translation of the chosen terms into arabic based on the universal medical dictionary, and other medical dictionaries, and other theses are consulted.
- writing courses in arabic from courses written in french and translated terms.
- the examination of the scientific side of the research by a professor specializing in general surgery.
- the linguistic examination of the research by an expert professor in arabic.

We also consulted a set of medical records to enrich the courses, as well as we use a few clinical cases usable in the practical side of physician, and finally we have developed a comprehensive Arabic–French linguistic dictionary.

The results of our work can be summarized as follows :

- The definition of digestive surgical semiotics from the arabisation of courses programmed at the faculty of medicine and pharmacy (11 lessons)
- The preparation of medical records which help the student to successfully complete his interships.
- The use of some clinical cases usable in th pratical side of physician.
- The explanation of some medical concepts.
- The development of a scientific reference based on medical concepts that can be used as soon as possible, and that is adapted with the teaching and therapy environment of moroccans, which will ensure the continued use of these terms.

This thesis is a value added to previous references, because it treats much of the digestive surgical semiotics, in the expectation of other theses that will complet and treat digestive surgical pathology.

المراجع

- [1] ابن خلدون، كتاب المقدمة
- [2] أطروحة "تعريب دروس على الأعراض والأمراض التنفسية" للطالبة غزلان السليمانى 14/116
- [3] أطروحة "تعريب الملف الطبي : تدبير مرضى مصلحة الجهاز التنفسي نموذجاً" للطالب على الشاذلي 15/187
- [4] نظرية لغوية في الترجمة لكاتفورد، ص 36
- [5] "علم الترجمة بين النظرية والتطبيق"، ص 162
- [6] المعجم الطبي الموحد 2007 <http://www.emro.who.int/ar/Unified-Medical-Dictionary.html>
- [7] موقع "باسم" البنك الألي السعودي للمصطلحات <http://basm.kacst.edu.sa>
- [8] قاموس المصطلحات الطبية والصيدلانية التابع لموقع صحة http://www.sehha.com/Glossary/Glossary_view.php
- [9] أطلس الباثولوجيا لطلبة كلية الطب والعلوم الصحية <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119852>
- [10] دليل الطرائق الأساسية في المختبرات الطبية 2007 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119858>
- [11] المرجع في الفيزيولوجيا الطبية "غابتون وهول" 1997 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119586>
- [12] أساسيات علم الوبائيات 1997 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119581>
- [13] الرعاية الفورية للمرضى والمصابين 1988 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/119517>
- [14] المقررات السورية المأخوذة من منتديات النقاش الطبية لطلبة الطب
- [15] أطروحة "معجم مصطلحات أمراض الرئة (فرنسي - عربي - انجليزي)" للطالب بنهدا سعيد 326/1988. Lexique des termes de pneumologie (français-arabe-anglais)
- [16] أطروحة "تعريب مبحث الأعراض التنفسية - الجزء 1" [16] للطالبة زكية بلموذن Arabisation de la sémiologie respiratoire liere partie . 2005/51
- [17] -أطروحة "تعريب علم الأعراض التنفسية" للطالبة أمل البطان Arabisation de la sémiologie respiratoire 2005/315
- [18] -أطروحة "Sémiologie chirurgicale en langue arabe : intestin grêle" للطالب جواد المصباحي 2002/282.
- [19] أطروحة "مباحث الأعراض الجراحية للقولون المستقيم الشرح" للطالبة سلوى عروفي 2002/237.
- [20] أطروحة "arabisation de la sémiologie chirurgicale néoplasique du tube digestif"

للطالبة فتيحة لحسينية 2002/344.

[21] -أطروحة "Arabisation de la sémiologie ano-rectale" للطالب طارق الهادي 2003/55.

[22] -أطروحة " Glossaire français-arab : arabisation des termes et des "cours de chirurgie viscérale" للطالب الشيخ حمود زكريا 15/161.

[23] "قاموس ومعجم المعاني" <http://www.almaany.com>

[24] -"موقع الباحث العربي" الذي يضم 5 قواميس تشكل أسس المخزون العربي للكلمات سواء منه ما شاع استعماله أو ما لم يشع. و يبحث فيها بشكل متزامن : "لسان العرب" - "مقاييس اللغة" - "الصحاح في اللغة" -

"القاموس المحيط" - "العباب الزاخر" <http://www.baheth.info>.

[25] برنامج المكتبة الشاملة <http://shamela.ws>

[26] القانون في الطب لابن سينا <http://shamela.ws/index.php/book/10706>

[27] الحاوي في الطب لأبو بكر الرازي <http://shamela.ws/index.php/book/10704>

[28] محاضرة "الأثار الثقافية لتدريس العلوم الصحية بلغة أجنبية" للدكتور أحمد بن عبد العزيز، المؤتمر الأول للجمعية المغربية للتواصل الصحي "تدريس العلوم الصحية بأية لغة" 18 أكتوبر 2014.

<https://www.youtube.com/watch?v=Hn30UaAg91Y>

[29] موقع صوت العربية www.voiceofarabic.net

[30] "علم المصطلح : أسسه النظرية وتطبيقاته العملية" لعلي القاسمي، ط8

[31] معاني الزيادة في الفعل الثلاثي في اللغة العربية : دراسة وصفية للدكتورة حنان اسماعيل عميرة-مجلة البحوث الإنسانية، المجلد 20 العدد الثاني، ص295، ص 326 يونيو 2012.

[32] آليات الوضع المصطلحي في اللغة العربية" لفريد أمعشوش.

<http://www.atinternational.org/forums/showthread.php?t=2667>

[33] موقع الجامعة الدولية لمترجمي اللغة العربية www.atinternational.org