

ITEM 195 : Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. Cas particulier de la femme enceinte.

DOULEUR ABDOMINALE AIGUË CHEZ L'ADULTE

Douleurs aiguës = moins d'une semaine entre les symptômes et la consultation.

/ !\ Eliminer l'urgence chirurgicale : pronostic vital potentiellement en jeu / !\

Hospitalisation → investigations + surveillance.

1. Interrogatoire.



HISTOIRE DES DOULEURS : SITIEC

1 Siège

- Douleurs viscérales pures = distension d'un organe, ischémie
→ non systématisée à un quadrant car SNV.
- Douleurs pariétales → localisation + précise à 1 ou plusieurs quadrants car SNC.
- Douleurs sous-phréniques → douleur projetée face postérieure de l'épaule homolatérale (signe de Kehr).

2 Irradiations

- Atteinte pancréatique : douleur épigastrique transfixiante.
- Atteinte hépato-biliaire : douleur à la pointe de l'omoplate.
- Atteinte des OGE d'origine urologique : douleur le long du trajet des uretères.

3 Modes d'installation (temps)

- Brutale : Moment de la douleur = moment de survenue du phénomène.
Perforations / embolies / ruptures.
- Rapide : En quelques heures.
Obstacle / ischémie / torsion.
- Progressive : De quelques heures à quelques jours.
Inflammation / infection / obstruction.

4 Facteurs déclenchant

- Alcool pour les pancréatites et les hépatites alcooliques.
- Médicaments (AINS, anticoag).
- Voyages récents en pays tropical pour la voie hépato-biliaire.

5 Facteurs aggravant / calmant

- Foyer inflammatoire avec irritation péritonéale
→ +++ marche / inspiration profonde.
→ --- décubitus.
- Douleur ulcéreuse → --- prise alimentaire.
- Occlusion → --- vomissements.

6 Signes associés

- Altération de l'état général, amaigrissement, anorexie.
- Signes infectieux urinaires ou gynécologiques.
- Troubles du transit, nausées, vomissements (suspicion d'occlusion).
- Hémorragies digestives.

TERRAIN + ANTECEDENTS

- Âge et co-morbidité :
Sujets jeunes → douleurs abdominales non spécifiques+++
Sujets de 40-60ans → affections gastriques + pancréato-biliaire.
Sujets âgés → Affections ischémiques et tumorales.
- Alcool : cause des pancréatites et hépatites.
- Médicaments :
→ AINS et ulcères + gastrites.
→ Anticoagulants et hématomes de la paroi + hématomes du psoas + hématomes de la paroi du TD.
- Nota : les hématomes du psoas miment l'appendicite.

→ Ne pas donner de corticoïdes avant de savoir la cause la douleur !!!

En effet ils masquent les signes locaux et généraux.

2. Examen physique.

SIGNES PANCARTES	INSPECTION	PALPATION	PERCUSSION	AUSCULTATION	TOUCHERS PELVIENS
Pouls TA Température Etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Ictère témoigne d'une jaunisse. • Pâleur des conjonctives témoigne d'une anémie. • Cyanose. • Sur l'abdomen on regarde : cicatrices + hernies + ballonnements + mouvements respiratoires. → absence de mvts respiratoires = contracture 	<ul style="list-style-type: none"> • Défense (on peut la vaincre) = <i>contraction douloureuse, passagère, des muscles de la paroi antérieure (située en avant) de l'abdomen, provoquée par la palpation.</i> • Contracture (invincible). • Douleur à la décompression témoigne d'un problème péritonéal urgent. • Hernies + éventrations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Matité déclive témoigne d'une ascite ou d'un hémopéritoine. • Matité non déclive témoigne d'un globe vésical. • Tympanisme peut témoigner d'une occlusion ou d'un pneumopéritoine. <i>Si air au niveau du foie : pneumopéritoine.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Silence témoigne d'une occlusion par strangulation / ischémie intestinale / iléus paralytique. • Bruits hydro-aériques intenses témoignent d'un obstacle incomplet. Ex : syndrome de Koening → lutte du péristaltisme contre l'obstacle. • Souffle abdominal témoigne d'un anévrisme de l'aorte / d'une masse hypervascularisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toucher rectal : palpation prostatique (ex : détection d'une prostatite). • Douleur-bombement du cul de sac de Douglas témoigne d'une irritation péritonéale.

3. Examens paracliniques.

BIOLOGIE

SYSTEMATIQUEMENT : bilan inflammatoire + NFS.

On cherche : anémie / hyperleucocytose / thrombocytose / Thrombopénie.

Ionogramme :

RESULTAT	hyperprotidémie	Acides +++
Témoigne de :	Déshydratation	Acidose métabolique : urgence +++ (choc / ischémie intestinale).
RESULTAT	Hypokaliémie	Autres troubles ioniques.
Témoigne de :	Vomissement +++ Risque : torsades de pointe = <i>trouble du rythme ventriculaire secondaire à un trouble de la repolarisation ventriculaire (repolarisation retardée : QT long).</i>	Hypercalcémie responsable de douleurs. Acidocétose diabétique chez le sujet jeune diabétique responsable de douleurs abdominales. Insuffisance surrénale aigüe.

- Taux de prothrombine (foie) + Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, phosphatases alcalines, bilirubinémie tot et conjuguée).
- Lipasémie (pancréas)
- Temps de céphaline activée (=test semi-global de la coagulation sanguine, fait sur un prélèvement sanguin).
- Groupe sanguin + agglutinines irrégulières ? (= anticorps dirigés contre les antigènes présents à la surface des globules rouges du soi. Ils peuvent provenir d'une transfusion non ou mal phénotypée, de grossesses antérieures ou d'une maladie auto-immune).
- Bandelette urinaire (examen cyto bactériologique des urines + béta HCG).
- Hémoculture SI fièvre + frisson ou fièvre > 39°C.
- ECG + enzymes cardiaques (/ !\ **suspicion de pathologie cardiaque systématique dans les douleurs épigastriques / !\).**

Hépatomégalie, masse abdominale, douleurs abdominales, hypertension portale et ictère

IMAGERIE

① **Radiographie pulmonaire.**

Les quadrants supérieurs sont dans une région thoraco-abdominale.
Il faut vérifier que ce n'est pas une pneumonie (base droite par ex).
Obligatoire pour un bilan pré-op d'autant + si les patients à des facteurs de risques :
âge >45ans / ATCD cardio-pulmonaires.

② **Radiographie abdominale sans préparation.**

Inutile.

③ **Echographie abdominale.**

EXAMEN DE PREMIERE INTENTION

Pour: les affections bilio-pancréatique / gynécologiques / urinaires / vasculaires / les foyers infectieux intra-abdominal.

Inutile dans : les syndromes occlusifs / les hémorragies digestives / les douleurs gastriques.

L'échographie est adaptée aux organes pleins (donc par pour l'estomac car organe creux).

Inutile s'il y a du gaz dans le milieu.

④ **TDM abdominal.**

EXAMEN CLE à condition d'être disponible en urgence !

Un scan ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique !!!

Dans une péritonite généralisée ou une occlusion par strangulation il ne faut pas perdre du temps ! Donc soit on demande un scan en urgence, soit on en fait pas.

Avant d'injecter le produit de contraste il faut bien vérifier la fonction rénale et les allergies.


4. Diagnostic étiologique.

Plus de 50% des consultations pour douleurs abdominales sont en réalité des douleurs non spécifiques et des appendicites !



HYPOCHONDRE DROIT (16)	EPIGRASTRE (14)	HYPOCHONDRE GAUCHE (10)	HYPOGASTRE (10)
<p>Colique hépatique : 1/3 des cas projection hypochondre droit. Irradiation vers l'omoplate homolatérale.</p> <p>Cholécystite : ttt chirurgical ++</p> <p>Angiocholite : ttt médical ++ (origine infectieuse).</p> <p>Tumeur hépatique.</p> <p>Abcès hépatique.</p> <p>Ulcère perforé sous hépatique.</p> <p>Appendicite sous hépatique.</p> <p>Foie cardiaque.</p> <p>Hépatite.</p> <p><u>Poumons</u> : embolie pulmonaire / pneumopathie de la base droite /</p>	<p>Ulcère gastro-duodéal (hyper-algique). <u>Pancréas</u> : pancréatite aiguë / calcifications pancréatiques D.</p> <p>Affection biliaire.</p> <p>Migration lithiasique. 2/3 des coliques hépatiques se projettent dans l'épigastre.</p> <p>Cholécystite = inflammation de la vésicule biliaire (urgence).</p> <p><u>Aorte</u> : anévrisme / dissection.</p>	<p><i>Plus rare</i></p> <p><u>Queue du pancréas</u> : cancer / pseudo-kystes / pancréatite.</p> <p><u>Estomac</u> : ulcère gastrique / gastrite aiguë.</p> <p><u>Rate</u> : tumeur / infarctus / splénomégalie / abcès.</p> <p>Diverticulite de l'angle colique G</p>	<p><u>Gynécologiques</u> (femmes) : Grossesse extra-utérine (urgence) / salpingite / endométrite / torsion d'annexes / fibromes utérins.</p> <p><u>Urologiques</u> : cystite / rétention aiguë d'urine / prostatite.</p> <p><u>Colique</u> : diverticulite sigmoïdienne / occlusion colique basse.</p>

Hépatomégalie, masse abdominale, douleurs abdominales, hypertension portale et ictère

<p>pleurésie / pneumothorax. <u>Reins</u> : pyélonéphrite / colique néphrétique / pyonéphrose (cause tumorale +++)</p>	<p><u>Cœur</u> : péricardite / infarctus postéro-inférieur → TOUJOURS PENSER A UNE DOULEUR CARDIAQUE LORS D'UNE DOULEUR EPIGASTRIQUE. <u>Poumon</u> : pneumopathies. <u>ID</u> : gastrite / œsophagite.</p>		
<p>FOSSE ILIAQUE DROITE (19)</p>	<p>FOSSE ILIAQUE GAUCHE (15)</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES NON SYSTEMATISEES (9)</p>	<p>IMAGES</p>
<p>CAUSES CHIRURGICALES (8) Appendicite. Diverticule de Meckel. Diverticulite. Hernie étranglée. Anévrisme artériel iliaque. Grossesse extra utérine. Torsion d'annexes. Fibrome utérin.</p> <p>CAUSES MEDICALES (11) Adénolymphite mésentérique. Torsion de la frange épiploïque. Iléite terminale. Maladie de Crohn. Salpingite. Kyste ovarien. Cystite. Colique néphrétique. Pyélonéphrite. Abscès / hématome du m. Psoas. Abscès / hématome du m. grand droit.</p>	<p>Diverticulite sigmoïdienne. Colite inflammatoire / ischémique / infectieuse. Cancer du colon gauche. Fécalome Grossesse extra-utérine. Torsion d'annexes. Fibrome utérin. Salpingite. Kyste ovarien. Anévrisme artériel iliaque. Cystite. Colique néphrétique. Pyélonéphrite. Abscès / hématome du m. psoas. Abscès / hématome du m. grand droit. <i>→ les pathologies retrouvées dans les deux fosses iliaques se relativement semblables.</i></p>	<p>AFFECTIONS ENDOCRINIENNES Insuffisance surrénale aigüe (urgence). Hypercalcémie.</p> <p>AFFECTIONS HEREDITAIRES Maladie périodique. Porphyrurie hépatique. Maladie sérique. Œdème angioneurotique. Drépanocytose.</p> <p>Purpura rhumatoïde. Intoxication au plomb.</p>	 <p>U L ARCHET 2 32 DFOV <i>Calcifications pancréatiques</i></p>

POINTS CLE :

Interrogatoire + clinique = 2/3 du diagnostic.
 Bandelette urinaire (au lit du patient).
ECG systématique ! (élimination des pathologies cardiaques).
 Examens paracliniques pour CONFIRMER le diagnostic.

50% des diagnostics = douleurs abdominales non spécifiques + appendicites.
 Diagnostic d'élimination : douleurs abdominales non spécifiques + troubles fonctionnels intestinaux.
 / !\ Ne pas laisser passer un anévrisme de l'aorte en diagnostiquant des douleurs non spécifiques / !\