

DOULEURS ABDOMINALES AIGUES D'ORIGINE DIGESTIVE

Définition : douleur spontanée datant de moins de 8j et excluant ttes les douleurs post traumatiques, post opératoires et les douleurs de l'enfant.

I/ Diagnostic clinique

Etape préliminaire : quelle perception de la douleur ? Dépend de la faculté du patient à s'exprimer, niv culturel, personnalité, seuil de tolérance à la douleur, niv d'anxiété, interprétation de la douleur par le malade, âge, état général...

1) Interrogatoire (caractériser la douleur)

	Douleurs viscérales	Douleurs pariétales	Douleurs projetées
Terminaisons nerveuses	- viscères creux : dans la couche musculaire. Douleurs provoquées par un étirement brusque, une nécrose, une inflammation. - Le péritoine viscéral et l'épiploon sont insensibles ++ - Viscères pleins : dans la capsule. Douleurs provoquées par une augmentation de volume.	- péritoine pariétal et mésentère (sensibles ++)	Afférences viscérales de la capsule du foie, des ligaments hépatiques, de la capsule de la rate et de la partie centrale du diaphragme
Voies nerveuses	nerfs splanchniques (peu de latéralisation de la douleur).	les caractéristiques anatomiques de l'innervation du péritoine autorisent une latéralisation de la douleur	nerf phrénique (dont l'origine est en C3, C4, C5). Cela donne des irradiations cervico-scapulaires, des syndromes douloureux sup de l'abdomen.
Caractéristiques	- Douleurs provenant d'un viscère abdominal. - A type de crampe, brûlure, torsion profonde. - Sont sourdes, mal localisées, ms plutôt médianes. - Pas d'attitude antalgique. - Possible état de choc associé : sueur, pâleur, nausées, vomissements... - Exemple : nécrose intestinale	- Douleur provenant d'une stimulation nociceptive du péritoine pariétal - Douleur intense, localisée, latéralisée en regard des organes enflammés. - Majorée par les mouvements (toux) - Exemple : appendicite aiguë	- Sont perçues à distance de l'organe atteint - Utilisent les voies neuro centripètes communes entre territoires viscéraux et cutanés.

Données de l'interrogatoire :

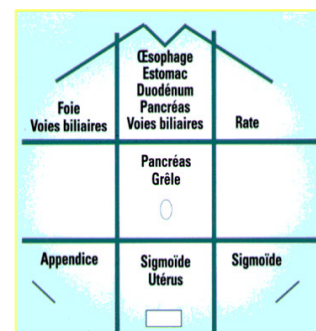
- Recherche d'une phase prodromique : *asthénie, malaise général, amaigrissement...*
- Recherche de circonstances particulières d'apparition : *traumatisme, stress, ingestion particulière...*
- Durée d'installation : *brutale, soudaine, progressive...*
- Evaluation du retentissement sur l'activité : *impossibilité de marcher, poursuivre le travail...*
- Recherche de signes fonctionnels associés :
 - * anorexie, asthénie, amaigrissement
 - * arrêt/ralentissement du transit intestinal
 - * nausées, vomissements
 - * rectorragies, melæna
- Recherche des ATCD perso :
 - * chir : *laparotomie ancienne*
 - * méd : *m^{es} digestives (ulcères, m^{es} inflammatoires...)*
 - * toxiques : *tabac++, alcool (artérite)*

2) Examen clinique

gynéco : *dernières règles, contraception.* (NB : demander βHCG dès qu'une femme en âge de procréer consulte pr être sûr de pouvoir faire des exams radio en tte sécurité)

- Recherche des ATCD familiaux : cancers digestifs, ulcères, colopathies

Siège de la douleur



a) Etat général

Taille, poids, degré d'impotence fonctionnelle.

b) Signes généraux

T°, pouls, tension, fqce respiratoire.

Pâleur, sueurs.

Recherche de positions antalgiques.

c) Examen abdominal

INSPECTION	PALPATION	PERCUSSION	AUSCULTATION	TOUCHER RECTAL
<ul style="list-style-type: none"> - mvts respiratoires - météorisme - circulation collatérale - cicatrices/hématomes 	<ul style="list-style-type: none"> - défense/ contracture - masse palpable - orifices herniaires 	<ul style="list-style-type: none"> - zone de matité (flancs, hypogastre) - zones de tympanisme (épigastre, HC D, E sous-mésocolique) 	<ul style="list-style-type: none"> - bruits hydro-aériques 	<ul style="list-style-type: none"> - tumeur/fécalome - douleurs des culs de sac péritonéaux (+/- latéralisées) - volume ampoule/tonicité sphinctérienne

II/ Classification en syndromes (groupement de symptômes et de signes cliniques)

	CLINIQUE	ETIOLOGIES
SYNDROME OCCLUSIF	<p>Carré de Mondor : douleurs (viscérales) – arrêt du transit – vomissements – météorisme</p> <p>Radio standard + scanner</p> <p>Occlusion par strangulation/obstruction</p> <p>Occlusion proximale (grêle) : - arrêt transit (brutal/débâcle) - météorisme (absent si très proximal) - douleurs abdo +++ (spasme) - vomissements +++</p> <p>Occlusion distale (côlon) : - arrêt du transit (constipation progressive) - météorisme +++++ - douleurs abdo +/- (gêne) - vomissements (tardifs)</p>	<p>Estomac-duodenum : sténose, ulcère, tumeur</p> <p>Grêle : volvulus, bride, étranglement herniaire, tumeur, bézoard, lithiase biliaire (iléus biliaire), Meckel</p> <p>Côlon : tumeur maligne, tumeur bénigne (m^{ie} inflammatoire), volvulus, constipation terminale, colectasie aiguë (syndrome d'O'Gilvie)</p>
SYNDROME PERITONEAL	<p>Défense : douleur provoquée par la palpation abdo et entraînant une réfraction réflexe de la paroi. Valeur de localisation +++</p> <p>Contracture : douleur spontanée intense entraînant une contracture permanente de la paroi (« ventre de bois »). Péritonite généralisée.</p> <p>Signes associés : - hyperthermie, - nausées, - vomissements, - frissons, - signes de choc septique (hypoTA, tachycardie...)</p>	<p>Perforation : - duodéno-gastrique (ulcère++, iatrogène(endoscopie), tumeurs) - grêle (tumeurs, corps étrangers) - côlon (diverticulose, diverticulite+++ , tumeurs, iatrogène ; trauma ouvert/fermé de l'abdo)</p> <p>Inflammation : - vésicule : lithiase vésiculaire compliquée - pancréas : pancréatite, tumeurs (isthmes) - grêle : m^{ie} de Crohn - côlon : appendicite+++ , Crohn/RCH</p>
SYNDROME ISCHEMIQUE MESENTERIQUE	<p>Douleur intense, profonde \$ péritonéal associé (intensité variable, dpd du ° de nécrose et/ou de perforation)</p> <p>Rechercher : arythmie cardiaque, artérite des MI</p>	<p>Embols : brutaux++, ischémies asso (mb inf, encéphale)</p> <p>Athérome progressif (précédé par angor mésentérique, amaigrissement)</p>
SYNDROME HEMORRAGIQUE ABDOMINAL	<p>Saignement intra-luminal - douleurs abdo diffuses (modérées, pas de péritonisme) - hématomèse/melæna/rectorragies</p> <p>Saignement intra-péritonéal - \$ péritonéal (intensité variable) - \$ hémorragique (hypovolémie, hypoTA, tachycardie, pâleur++++) - rate++, foie, autre</p>	<p>→ Hémorragie digestive : ulcère, tumeur, Meckel, diverticulite</p> <p>→ Rupture d'un organe plein, traumatisme ++.</p>

Diagnostic de gravité : état général (terrain, tares, tt^{ts} en cours...), état cardio-pulmonaire (signes de choc)

Diagnostic étiologique/différentiel : exams complémentaires.

III/ Examens paracliniques et diagnostics différentiels

1) Biologie

	examen	info attendue
diagnostic	Hb/ Hte Leucocytose Amylasémie Bandelette urinaire	Anémie Infection Pancréatite aiguë Colique néphrétique, infection urinaire
évaluation de la gravité	Urée sanguine Créatinémie Gaz du sang	
évaluation pré-op sélective	Ionogramme Gpe sanguin Aggl irrégulière Bilan de coag	

2) Radiologie

Jms systématique, orienté par la clinique. Si l'état clinique le permet (absence d'état de choc)

ASP debout +++
Echographie abdo (ciblée)
Tomodensitométrie
Endoscopie

3) Diagnostic différentiel

a) projection d'une pathologie de voisinage

- Origine pariétale :**
- hernies inguinales, épigastriques, Spiegel.
 - Neurinome post-opératoire.
- Origine rétro-péritonéale:**
- Colites néphrétiques+++ (\$ pseudo-occlusif et pseudo-péritonéal).
 - Anévrysme de l'aorte fissuré/rompu.
 - Fibrose rétro-péritonéale.
- Origine pelvienne :**
- Rétention aiguë d'urine +++ (globe vésical)
 - Tumeurs ovariennes compliquées (torsion, rupture)
 - Grossesse extra-utérine compliquée
 - Endométriose
 - Péri-viscéríte à chlamydia
- Origine thoracique, cardiaque, pulmonaire :**
- Infarctus (postéro-diaphragmatique) (signes vagues++)
 - Péricardite
 - Dissection aortique
 - Pneumopathies des bases
- Origine rachidienne et neurologique :**
- Atteinte radiculaire D8-D12 (ostéoporose, tumeur, trauma, disque, Zona...)
 - Tumeur fosse postérieure (HTIC)

b) affection générale

Causes métaboliques

Causes endocriniennes : insuffisance surrénalienne aiguë, phéochromocytome

Causes hématologiques : gdes hémolyses intra-vasculaires (drépanocytose)

Causes « inflammatoires » : vascularites (purpura rhumatoïde et PAN). M^{re} périodique (fièvre méditerranéenne familiale)

Causes toxiques : intoxication par le plomb (saturnisme) = colique de plomb.

IV/ Hémorragies digestives

Hémorragie extériorisée ds le TD et provenant d'un point quelconque de celui-ci.

Signes : hématomèse, melæna, rectorragie, collapsus, anémie.

Apprécier la gravité : urgence médico-chir, avec interrogatoire, examen. (Gestes d'urgence, bilan initial, réanimation mise en place de la surveillance si besoin).

Facteurs favorisants, ATCD personnels et familiaux

Diag topographique :

- hématomèse : origine : fosses nasales - angle de Treitz.
Différencier hémoptysie, épistaxis dégluti. Exam clé = fibroscopie haute.
Causes : Ulcérations gastro-duodénales, tumeurs gastriques, hernie hiatale, \$ de Mallory Weiss
A part : hémorragies du cirrhotique -> gravité +++, ulcères, gastrite, rupture de VO.

- melaena : origine : fosses nasales – colon droit
Différencier selles noires par fer, bismuth.
Origine haute = les + fqt
Origine basse : coloscopie -> cause tumorale ou diverticulaire. Si normale et récidive -> artériographie, scintigraphie au Tc*, aux GR*(?). En derniers recours -> laparotomie exploratrice.

- rectorragie : origine : recto-sigmoïde (sauf si abondante)
Différencier hémorragie génitale, betterave.
Si massive et brutale : niv lésionnel = fosses nasales – anus -> TR+++ , anoscopie, rectoscopie, coloscopie, artériographie.
Causes : tumeurs recto-sigmoïdiennes, diverticulose, MICI, ulcération thermométrique, hémorroïdes.

Diag lésionnel

Exams complémentaires :

- origine haute : gastroscopie
- origine basse : gastroscopie + coloscopie
- abondante : artério-coelio-mésentérique
- à part : opacifications digestives, scintigraphies.

CCI :

Causes évidentes ? rechercher lésions pré-existantes

Pb des lésions multiples -> tjs bilan complet

Hémorragie cryptogénétique(10%) -> répéter les endoscopies, scintigraphie aux GR* , artériographie. Derniers recours : laparotomie exploratrice (20% de laparo « blanches », intérêt de l'endoscopie per op).