

Douleurs Abdominales

Pr A.Y.BOUAYED

I/ Introduction:

Les douleurs abdominales sont un motif de consultation fréquent. Il s'agit d'une sensation de malaise, de détresse ou d'agonie dans la région abdominale, généralement liées aux désordres, aux dommages de tissu (organique) ou des maladies fonctionnelles.

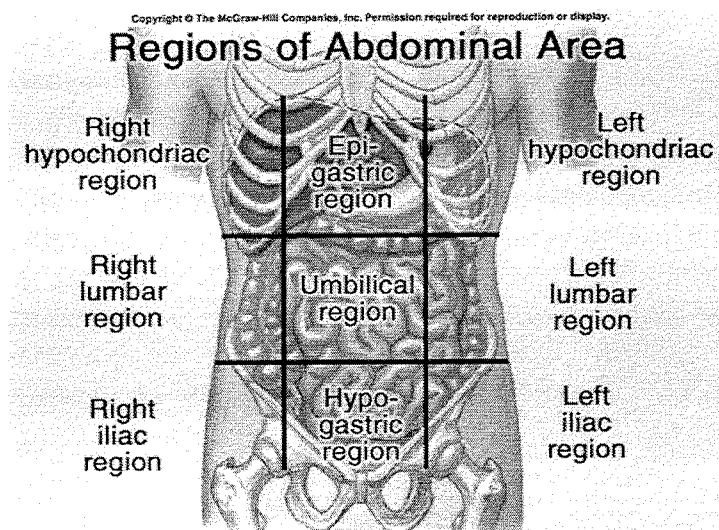
Les douleurs abdominales peuvent être aiguës d'installation récente ou chronique (> 3 mois), spontanées ou provoquées.

II/ Physiologie de la douleur

On distingue trois types de douleurs:

- Douleurs par excès de nociception: Elles sont dues à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques. Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité.
- Douleurs neuropathiques: Sont dues soit à une compression nerveuse persistante, soit à une séquelle de lésion nerveuse.
- Douleurs idiopathiques et psychogènes

III/ Anatomie de l'abdomen



IV/ Clinique

1. Interrogatoire:

La douleur

-Siège: les 9 quadrants de l'abdomen

-Irradiations

-Type:

→ Crampe (syndrome de Koenig)

→ Brûlure

→ Pesanteur

-Intensité

-Modalités évolutives:

→ Ancienneté (> ou < à 7 jours ?)

→ Rythme (permanent ou intermittent)

-Facteurs influençant la douleur:

→ Position antalgique ?

→ Alimentation ?

→ Emission de gaz ?

Troubles du transit:

→ Dysphagie, nausées, vomissements,

→ régurgitation

→ pyrosis, diarrhée, constipation, arrêt du transit.

Hemoragie:

→ Hématémèse

→ Melæna

→ Réctorragie

Signes extra digestifs:

Signes généraux:

Les 3 A Asthénie, Anorexie, Amaigrissement

2. Examen clinique:

*L'inspection

*La palpation

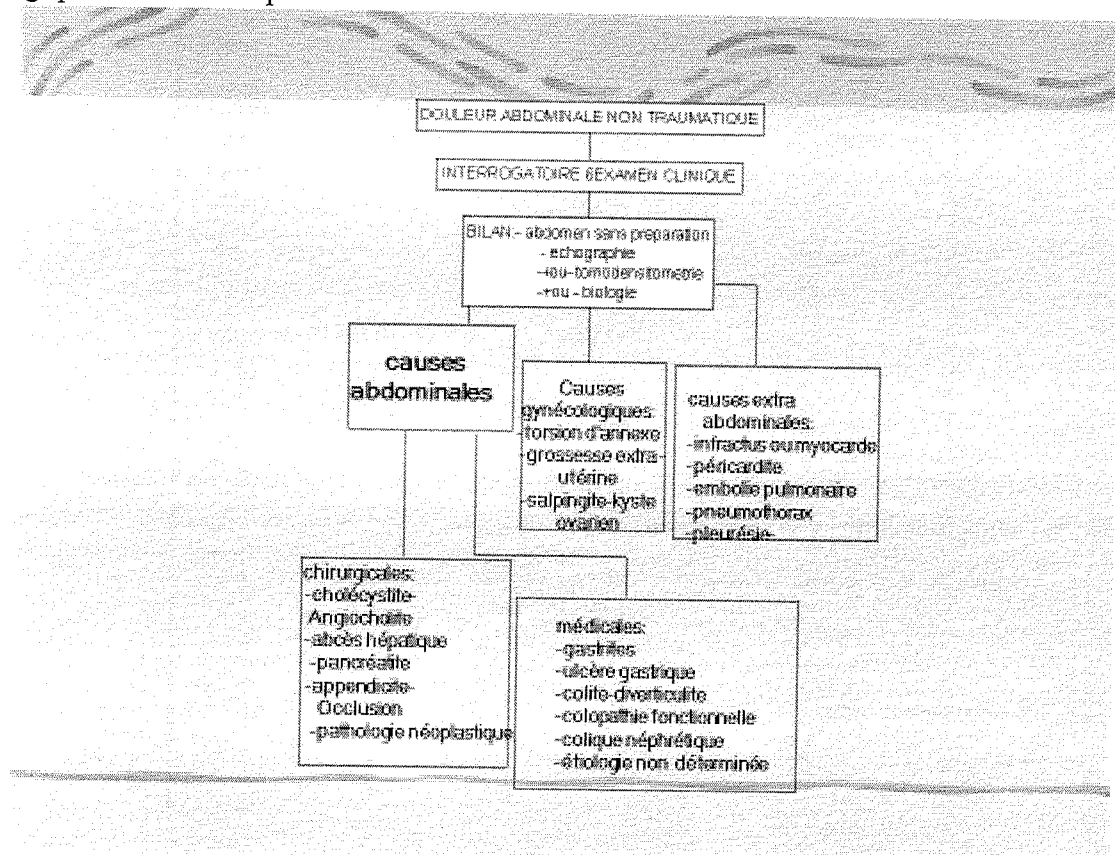
*La percussion

*L'auscultation

*Les touchers pelviens: L'examen est complété par un examen général.

DOULEUR ABDOMINALE AIGUE

La douleur abdominale aiguë évolue dans la majorité des cas en moins d'une semaine. elle peut être d'origine digestive, urologique ou vasculaire, mais elle peut aussi avoir une cause thoracique, neurologique ou métabolique.



I/ Péritonite généralisée

1. Définition

Une péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine .

2. Clinique

→ Début en général par une douleur en un point précis de l'abdomen et qui diffuse secondairement.

→ SF: les vomissements , l'arrêt des matières, éventuellement remplacés par une diarrhée fécale ou afécale.

→ SG; sont ceux d'une infection grave.

→ A l'examen, on trouve toujours :

- une défense pariétale, parfois une contracture

- un météorisme abdominal.

- Le cul-de-sac de Douglas est douloureux au TR

→ Les signes biologiques sont une hyperleucocytose avec polynucléose, rarement remplacée par une leucopénie.

le cliché d'ASP : - Un pneumopéritoine.

- Il peut exister des signes d'occlusion

Type de description : Péritonite par perforation d'ulcère

il s'agit le plus souvent des hommes entre 20 et 50 ans des antécédents ulcéreux, parfois une prise récente de médicaments gastrottoxiques (AINS,).

Le principal signe fonctionnel est une douleur :

- Brutale en coup de poignard.
- Epigastrique, ou siège dans l'hypocondre ou le flanc droit.
- Elle diffuse secondairement à tout l'abdomen une fois sur deux.
- Son intensité est forte, exacerbée par la mobilisation. Rien ne la calme.
- Elle est continue et progressivement aggravée.

La température est normale.

A l'examen de l'abdomen, on trouve une défense épigastrique quasi constante, allant jusqu'à la contracture une fois sur deux, appelée « ventre de bois ».

Le toucher rectal est douloureux une fois sur deux.

3. Traitement

- L'hospitalisation est nécessaire.
- Le traitement médical :
 - antibiotiques
 - une réanimation pouvant s'associer à une alimentation parentérale.
- Le traitement chirurgical :
 - supprimer la cause (exérèse appendiculaire, sigmoïdienne, etc.)
 - ou la neutraliser (drainage, extériorisation d'un segment digestif pour éviter de faire une anastomose digestive contre-indiquée dans ces conditions)
 - traiter la conséquence de l'infection par lavage péritonéal.

II/ Appendicite aiguë

1. Clinique:

- douleur iliaque droite ou une douleur d'abord épigastrique puis localisée à droite, des vomissements, une constipation ou parfois une diarrhée.
- Fièvre à 38 degrés
- hyperleucocytose à polynucléaires.
- un abdomen plat et une douleur provoquée avec une défense à la palpation
- le TR est douloureux

2. Traitement:

L'hospitalisation est nécessaire car le traitement des appendicites aiguës est chirurgical : appendicectomie.

Une antibioprophylaxie par métronidazole doit précéder l'acte opératoire.

III/ Syndrome occlusif

Se définit par une interruption du transit. Trois mécanismes:

- Obstruction (bouché).
- Volvulus ou strangulation (étranglé)
- Occlusion inflammatoire fonctionnelle ou paralytique.

1. Clinique:

- Douleur abdominale: constante à caractère variable.
- Vomissements: précoces dans les occlusions hautes, plus tardifs dans les occlusions basses.
- l'arrêt des matières et des gaz.
- Météorisme abdominal.

2. Examen complémentaire:ASP:niveauxhydroaériques .

→grêle :nombreux,petites dimensions ,plus larges que hauts.

→colons:peu nombreux ,plus hauts que larges.

3.Traitement:chirurgical(réséction ,détorsion)

IV/ Pancréatite aigue

1. Etiologie :

Lithiase : 36% / Alcool : 32%

2. Signes cliniques :

- Drame abdominal : douleurs et signes généraux +++(état de choc) alors que l'examen clinique est peu modifié.

- Classiquement :

→Epigastralgie de début brutal.

→ Intense (coup de poignard, torsion).

→ Irradiation transfixiante (dans le dos) ou diffuse (dans l'abdomen).

→ Calmée par des antalgiques majeurs.

→ Accompagnée de nausées et vomissements.

→ Dure de 1 à 2 jours avec la même intensité.

→ Arrêt incomplet des matières et des gaz fréquent.

3. Paraclinique :

→hyperamylasemie+hyperlipasemie

→ASP :éliminerd autres urgences

→Montrer un ileus réflexe avec distension de la première anse jéjunale

→ Echographie :

Recherche une étiologie biliaire : calculs vésiculaires petits, cholédoque dilaté.

→Scanner +++ :

- Normal dans les formes mineures

- zones de nécrose intra-pancréatique

- coulées de nécroses loco régionales

4. Traitement de la pancréatite aiguë

Le traitement dépend de la gravité de la PA et de son étiologie

*Traitement médical:

Réanimation

Traitement symptomatique:

-antalgiques:morphiniques.

-anti-infectieux:ATB.

-nutrition parentérale ou entérale.

*Traitement chirurgical:

-gestes sur les voies biliaires:cholécystectomie+traitement d'une lithiase de la voie biliaire principale.

-gestes sur le pancréas:necrosectomie+drainage des abcès ou d'un faux kyste.

V/ Diverticulite

1. Définition :

10 % - 20 % des patients avec diverticulose présentent une poussée inflammatoire au cours de leur vie.

2. Critères diagnostic :

(certains critères peuvent être absents)

Douleurs abdominales plus ou moins sévères, le plus souvent dans la FIG, continues, durant en général plus de 1 à 2 j.

Fièvre, frissons, nausée, constipations, diarrhée, dysurie
masse palpable

leucocytose, VS et/ou CRP élevées.

3. Traitement :

Hospitalisation : repos

Traitement médical : -perfusion

-antibiothérapie (BGN et anaerobies)

-antispasmodique : douleur

VI/ Absès abdominal

1. Étiologies

Infection péritonéale primaire

Infection péritonéale secondaire

→ Appendicite

→ Diverticulite

→ Origine biliaire

→ Pancréatite

→ Ulcère peptique perforé

→ Maladie inflammatoire digestive (Crohn)

→ Traumatisme

→ Chirurgie abdominale

2. Manifestations cliniques

→ Fièvre élevée

→ Frissons

→ Douleurs abdominales

→ Sensibilité abdominale localisée

3. Paraclinique

→ Echographie : masse hypoechogène hétérogène

→ TDM : masse hypodense prenant le contraste en périphérie

4. Traitement

→ Drainage percutané

→ Chirurgie

→ Antibiothérapie

VII/ Cholécystites aiguës :

1. Définition

Inflammation aiguë de la paroi vésiculaire, svt par enclavement d'un calcul dans le collet vésiculaire ou le canal cystique.

2. Clinique

a-signes fonctionnels

→ douleur +++: intense, brutale au niveau d'hypochondre droit, augmente progressivement d'intensité, ne répond pas aux antalgiques habituels, dure de 4 à 6h.

→ nausées, vomissements (biliaux, alimentaire), troubles du transit.

b-signes généraux:

fièvre à 39-40°C, frissons, pouls accélérés

c-signes physiques:

→ douleur vive provoquée par la palpation de l'hypochondre

→ défense pariétale localisée

→ signe de Murphy: main insinuée sur le rebord costal droit bloque l'inspiration profonde .

3. Paraclinique

→ ASP: -image radio-opaque au niveau d'hypochondre droit .

→ Echographie abdominale:

-vésicule biliaire distendue

-paroi épaissie parfois dédoublée

-calcul enclavé dans le cystique

-signe de Murphy échographique

→ Biologie

-NFS: hyperleucocytose à PNN

-VS: accélérée

4. Traitement

*Traitement médical:

→ ATB: à large spectre contre les BGN

-Amoxicilline+AC clavulanique

→ Antalgiques: Antispasmodiques

*Traitement chirurgical:

→ Cholécystectomie

→ Drainage percutané: si CI absolue de la chirurgie

VII/ La lithiase urinaire

concrétions au niveau de la voie excrétrice urinaire.

1. Clinique

→ la douleur: colique néphrétique .

→ hématurie .

→ anurie calculeuse.

→ infections urinaires: cystite récidivante, pyélonéphrite aigüe...

2. Paraclinique

ASP: 90% sont des calculs radio opaques .

Echographie: dilatation des cavités rénales.

3. Traitement

une urgence médicale:

-AINS par VV (diclofenac) .

-Antispasmodiques

-Restriction hydrique.

Traitement de la lithiase

VIII/ Ulcère gastro duodéal aigu

Cycle évolutif d'apparition et de cicatrisation rapides en quelques jours.

1. Etiologie :

- cause exogène : aspirine, AINS
- cause endogène : hypoxie dénutrition, troubles métaboliques sévères, sepsis, choc (ulcère aigu post-opératoire ou de réanimation)

2. Traitement de la crise ulcéreuse

- antisecretoires : IPP et antih2
- ATB : amoxicilline (amoxil)Clarythromycine (zeclar)

Douleur abdominale chronique

I/ la lithiase biliaire

1. Clinique

- colique hépatique:début brutal siégeant au niveau de l'HCD à irradiation scapulaire.
- nausées,vomissements.
- inhibition respiratoire .
- signe de Murphy positif.

2.Paraclinique

- Echographie:calculs à l'intérieur de la vésicule suivis de cônes d'ombre.
- ASP:images calcifiées se projetant dans l aire vésiculaire .

3.Traitement

- traitement de la crise douloureuse :
- antispasmodiques:si douleur modérée
- antispasmodiques +antalgiques: si douleur importante
- antalgiques majeurs si crise résistante (morphine)
- traitement de la lithiase vésiculaire

II/ Ulcère gastro duodéal

1.Clinique

- Douleur ulcéreuse :
- épigastrique à type de crampe ou torsion
- rythmée par les repas et calmée par la prise des repas ou antiacides.
- périodique
- SA:nausées ,vomissements, régurgitations,hématémèse,AMG.

2.Paraclinique

- Endoscopie :précise le siège ,la taille ,la forme et les lésions associées.
- Faire des biopsies au niveau de l'ulcération et ses berges .
- Recherche de l'infectionnal'HP

3. Traitement

- traitement de la crise douloureuse
- traitement chirurgical:-vagotomie + antrectomie.

III/ Les Gastrites

-Une inflammation chronique de la muqueuse gastrique avec altérations épithéliales pouvant évoluer vers l'atrophie.

1.Étiologies

Infection par l'HP

AINS

2.Clinique

-tableau de dyspepsie avec brûlures post prandiale, nausées ,vomissements ,flatulence ,éructation ,anorexie.

-syndrome pseudo ulcéreux .

-syndrome anémique.

3. Endoscopie:examen clé

4.Traitement

→mesures hygiéno-diététiques

→prescription d 'antiacide ,antisecretoires

→éradication de l'HP

IV/ Pancréatite chronique (Alcoolisme:85%)

1. Clinique

→Douleur:- épigastrique à type de crampes

-transfixiante

-déclenchée par les repas gras +alcool .

- calmée par l'aspirine,dure des heures .

→AMG,ictères,diabète,syndrome de malabsorption(diarrhée,œdème,anémie)

→Sensibilité épigastrique

2.Paraclinique

→Hyperglycémie,hyperamylasémie.

→ASP:calcifications pancréatiques .

→ETG:calcification,kystes .

3.Traitement

→mesures hygiénodiététiques .

→traitement de la douleur :antalgiques

→extraits pancréatiques

→traitement du diabète (insuline)

→ traitement chirurgical si: - douleur intense- faux kystes

V/ Maladies inflammatoires du colon

- Affections inflammatoires touchant tout ou une partie du tube digestif

RCH	Caractère Cliniques	Maladie de Crohn
constantes	rectorragies	rare
Inconstantes svt localisées a la FIG	Douleurs abdominales	Presque constante Prédominance droite
	fièvre	rare
exceptionnelles	Lésions ano-périneales	Rare
Moins de 1%	Fistule digestive	10
	Topographie	
Rectum → colon	Localisation	De la bouche à
Unisegmentaire	distribution	plurisegmentaire
superficielle	profondeur	transmurale

- Le traitement de la maladie de Crohn repose sur :
 - les salicylés et les corticoïdes lors des poussées
 - un traitement d'entretien : un immunosuppresseur
 - la chirurgie est indiquée en cas de sténose ou de fistule.
- Le traitement médical de la recto-colite hémorragique comporte :
 - des prescriptions diététiques : alimentation sans fibres ni lactose
 - des corticoïdes
- Le traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique est indiqué :
 - dans les formes sévères après échec du traitement médical
 - dans les complications graves aiguës : hémorragie, perforation, colectasie
 - dans la transformation maligne.

VI/ Pathologie tumorale

- cancer de l'estomac
- cancer du rectum
- cancer du colon
- carcinome hépatocellulaire
- cancer gynécologique

L'analyse de la douleur +++

CONCLUSION

- Bonne connaissance des quadrants de l'abdomen et donc de l'anatomie clinique
- La plupart des douleurs abdominales sont médicales ou non spécifiques
- Bien reconnaître une cause chirurgicale et surtout une urgence à opérer sans délai
- Diagnostic d'appendicite le plus fréquent, mais le plus difficile

Points essentiels :

- L'interrogatoire est le temps primordial de l'examen clinique d'une douleur abdominale.
- La douleur abdominale est un symptôme très fréquent. Sa gravité doit être évaluée rapidement afin de ne pas retarder le traitement.
- La défense, la contracture et l'occlusion intestinale signent une douleur abdominale chirurgicale.
- La clinique est essentielle pour le diagnostic étiologique et de gravité des douleurs abdominales.
- Le scanner abdominal permet une analyse précise des structures intra-abdominales notamment du tube digestif