

UNIVERSITE ABOU-BEKR BELKAID

Faculté de Médecine de Tlemcen

Cours du module de HGE

4^{ème} année de Médecine

Année universitaire 2016- 2017

DIAGNOSTIC

Douleur abdominale aigue de l'adulte

Pr A.Y.BOUAYED

Chirurgie générale

OBJECTIFS:

- Apport des données recueillies par un interrogatoire clinique mené de manière systématique devant une douleur abdominale aigue,
- Comment conduire l'examen clinique et quel signe particulier à rechercher dans le contexte d'urgence.
- Organiser les données cliniques selon une orientation étiologique.
- Sémiologie analytique : regrouper les différentes données recueillies selon des vignettes évocatrices:
 - Abdomen aigu fébrile,
 - Abdomen aigu occlus,
 - Abdomen aigu hémorragique,
 - Abdomen aigu ischémique.

I- INTRODUCTION

Motif de consultation fréquent, la douleur abdominale aiguë 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 +++: * On doit préciser :

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

• 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 Sièges 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, brûlures, torsion, pesanteur

5 -Horaire par rapport aux repas : Postprandiale ou au moment des repas.

6- Évolution dans le temps : une douleur abdominale aiguë 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-2 Examen physique

* 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 (choc).

• 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 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- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

III-1. Biologie

Numération formule sanguine systématique à la recherche d'une anémie, d'une hyperleucocytose, d'une thrombocytose ou d'une thrombopénie. Ionogramme sanguin : il permet de chercher des complications liées au trouble digestif : déshydratation, acidose métabolique en cas de choc ou d'ischémie intestinale, hypokaliémie en cas de vomissements ou de diarrhée abondants. Certaines causes de douleurs abdominales aiguës sont dues à des troubles ioniques : hypercalcémie, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë.

Taux de prothrombine et temps de céphaline activée, groupe-Rhésus-Recherche d'Agglutinines Irrégulières sont systématiques en cas d'hémorragie digestive et utiles dans le bilan pré-opératoire.

Lipasémie : son élévation à plus de 3 fois la normale en cas de douleur abdominale signe la pancréatite aiguë.

Bilan hépatique (transaminases, Gamma Glutamyl- Transpeptidase, phosphatases alcaline, bilirubine totale) à la recherche d'une cytolyse et d'une cholestase devant des signes cliniques évocateurs.

Bandelette urinaire, Gonadotrophine chorionique humaine et Electrocardiogramme sont systématiques en cas de douleur abdominale pour orienter le diagnostic vers une affection urinaire (infection ou colique néphrétique), une grossesse extra-utérine ou une affection cardiaque qui peut se manifester par des douleurs abdominales (infarctus inférieur ou péricardite).

Protéine C réactive : recherche d'un syndrome inflammatoire.

Examen cyto bactériologique des urines devant toute anomalie de la bandelette urinaire. Hémocultures en cas de fièvre avec frissons ou supérieure à 39 °C.

2. Imagerie

Les examens d'imagerie, bien que souvent très utiles pour confirmer un diagnostic ou évaluer le retentissement d'une affection intra-abdominale, ne sont pas systématiques.

Leur indication doit être réfléchiée et la demande rédigée avec soin en précisant les signes cliniques observés, le ou les diagnostics suspectés et ce qu'on attend précisément de l'examen d'imagerie.

III- DIAGNOSTIQUE ÉTIOLOGIQUE

1. DOULEURS ABDOMINALES LOCALISÉES

1.1 Douleur épigastrique

La sémiologie de la douleur et l'examen clinique orientent vers :

- une affection ulcéreuse gastro-duodénale : ulcère hyperalgique, perforation d'ulcère ;
- une pancréatite aiguë ;
- une affection biliaire : migration lithiasique plus que colique hépatique ou cholécystite (2/3 des coliques hépatiques se traduisent par une douleur épigastrique) ;
- d'autres causes : affection aortique (dissection, anévrisme), cardiaque (péricardite, infarctus postéro-inférieur), pulmonaire (pneumopathie infectieuse, pleurésie) ou digestive (gastrite, œsophagite).

1.2 Douleur de l'hypochondre droit

On évoque avant tout les causes hépatobiliaires :

- colique hépatique (1/3 seulement des coliques hépatiques sont localisées dans l'hypochondre droit) ;
- cholécystite ;
- angiocholite ;
- tumeur ou abcès du foie ;
- il faut aussi penser à l'ulcère perforé et à l'appendicite sous-hépatique ;
- autres causes : affections hépatiques (foie cardiaque, hépatite), pulmonaires (embolie pulmonaire, pneumopathie de la base droite, pleurésie, pneumothorax), urinaires (pyélonéphrite, pyonéphrose ou colique néphrétique)

1.3 Douleur de l'hypochondre gauche :

Relativement rares, il peut s'agir :

- d'une affection atteignant la queue du pancréas (cancer, pseudokyste, pancréatite caudale) ;
- d'un ulcère gastrique, une gastrite aiguë ;
- d'une diverticulite de l'angle colique gauche ;
- d'une affection splénique (tumeur, infarctus, splénomégalie, abcès).

Diagnostiques différentiels : affection pleuro-pulmonaire ou urologique.

1.4 Douleur de l'hypogastre

Il faut penser aux affections :

- gynécologiques (salpingite, endométrite, torsion d'annexe ou de fibrome, grossesse extra-utérine) ;
- urologiques (cystite, rétention aiguë d'urines, prostatite) ;
- coliques (diverticulite sigmoïdienne, occlusion colique basse).

On pensera également à l'appendicite pelvienne, au diverticule de Meckel compliqué.

1.5 Douleurs de la fosse iliaque droite

Causes chirurgicales : appendicite, diverticule de Meckel, diverticulite du côlon droit ou du sigmoïde avec une boucle sigmoïdienne longue située en Fosse iliaque droite, hernie étranglée, grossesse extra-utérine, torsion d'annexe ou de fibrome utérin, anévrisme artériel iliaque.

Causes médicales : adénolymphite mésentérique, torsion de frange épiploïque, iléite terminale, maladie de Crohn, salpingite, kyste ovarien, cystite, colique néphrétique ou pyélonéphrite, abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

1.6 Douleurs de la fosse iliaque gauche

Diverticulite sigmoïdienne, colite (inflammatoire, ischémique, infectieuse), cancer du côlon gauche compliqué (abcédé, occlus, perforé-bouché), fécalome, grossesse extra-utérine ou torsion d'annexe ou de fibrome, salpingite, colique néphrétique, pyélonéphrite ou cystite, anévrisme artériel iliaque, abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

2. ON PEUT SCHEMATIQUEMENT DECRIRE :

2.1- L'abdomen 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).

2.2 L'abdomen aigue occlus : associant douleurs diffuses, signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal.

2.3 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 ou moins 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 GEU,
- Chez un sujet âgé athéromateux : rupture d'un anévrisme aortique,
- Tout âge : rupture d'une tumeur (Hépatique, stromale gastrointestinale).

2.4 L'abdomen aigu ischémique (Infarctus mésentérique)

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