

Conduite à tenir face à un Abdomen Aigu Chirurgical

Pr: SOUILAH N Dr: H. AMIRAT

SERVICES DES URGENCES CHIRURGICALES DU
CHU IBN ROCHD Pr: SOUILAH

drhamzaamirat@yahoo.com



<https://www.facebook.com/EmergencyDepartmentCHUANNABA>

Année universitaire 2019-2020

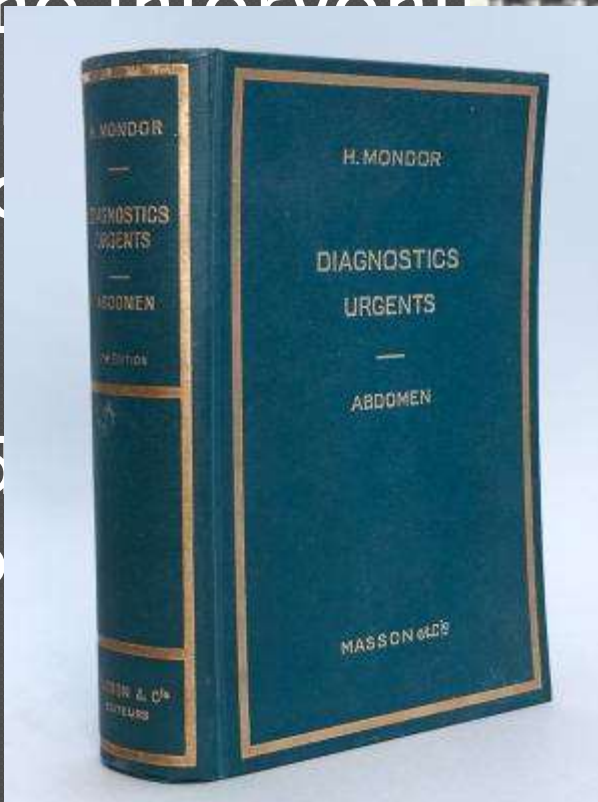
PLAN

- ◉ DEFINITIONS
- ◉ INTERET DE LA QUESTION
- ◉ EPIDEMIOLOGIE
- ◉ PHYSIOPATHOLOGIE
- ◉ CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES DES DOULEURS SELON L ORGANE ATTEINT
- ◉ CONDUITE DIAGNOSTIC
- ◉ DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE EN FONCTION DU SYNDROME
- ◉ TAKE HOME MESSAGE
- ◉ REFERENCES

Plusieurs définitions:

- Mondor (1928) : Toute affection abdominale qui nécessite d'une intervention chirurgicale sans délai en cas d'urgence.

L'abdomen évolue



Plusieurs définitions de l'abdomen aigu chirurgical

◎ En France:

- **Etienne:** entend par abdomen aigu, des ***douleurs abdominales*** ayant débuté et évoluant depuis moins d'une semaine.

◎ OMS : ***douleurs abdominales*** évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence.

◎ ***C'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente.***

Interet de la question

- ◉ *La douleur abdominale aiguë est un symptôme fréquemment retrouvé dans la population.*
- ◉ *motif fréquent de recours aux services d'urgence.*
- ◉ *L'enjeu est surtout dans la détermination rapide de la gravité de la pathologie sous-jacente. En effet, certaines causes peuvent entraîner un décès rapide du patient.*
- ◉ *La prise en charge diagnostique et parfois thérapeutique doit donc être rapide.*
- ◉ *L'interrogatoire et l'examen clinique restent donc des étapes primordiales à ne pas négliger*
- ◉ *AIGUE / CHRONIQUE / ORGANIQUE / FONCTIONNELLE
PELVIENNE / ABDOMINALE / SEPTIQUE / ASEPTIQUE /
MEDICALE / CHIRURGICALE ???*

Epidemiologie

- ◎ 20% des cas $\Rightarrow$ causes organiques $\Rightarrow$ intervention chirurgicale

physiopathologie

- ⊙ causes nociceptives ou neurogènes.
- ⊙ Les premières sont surtout générées par des mécanorécepteurs sensibles à la distension, que ce soit celle d'un organe creux (intestin, voies biliaires) ou de la capsule d'un organe plein (foie, rate).
- ⊙ Des récepteurs peuvent aussi être sensibles à d'autres stimuli et peuvent réagir à l'inflammation ou l'ischémie.
- ⊙ Les récepteurs neurogènes sollicités lors de l'envahissement, une lésion ou une compression de nerfs
- ⊙ Les fibres transportant le signal de la sensibilité sont véhiculées par les systèmes sympathique et parasympathique.
- ⊙ Ces fibres où le signal est codé en intensité rejoignent le système nerveux central. À ce niveau, le signal est intégré et interprété et cette convergence des fibres peut donc expliquer les erreurs d'interprétations sur la localisation du stimulus.
- ⊙ Le malade peut même ressentir une hyperesthésie cutanée dans le territoire concerné.

Périphérie

Stimulus thermique
chimique, mécanique
ischémique



Recepteurs
(Nocicepteurs)

Peau
Cartilage
Os
Péritoine

A δ (m, r)



C (nm, l)

Corne postérieure moelle

Neurones
spécifiques

Neurones
convergeurs

Douleur projetée
irradiation

Système nerveux central

Thalamus VPL
(sensoriel discriminant)

Thalamus médian
vers frontal (affectif)

Hypothalamus
(végétatif-stress)

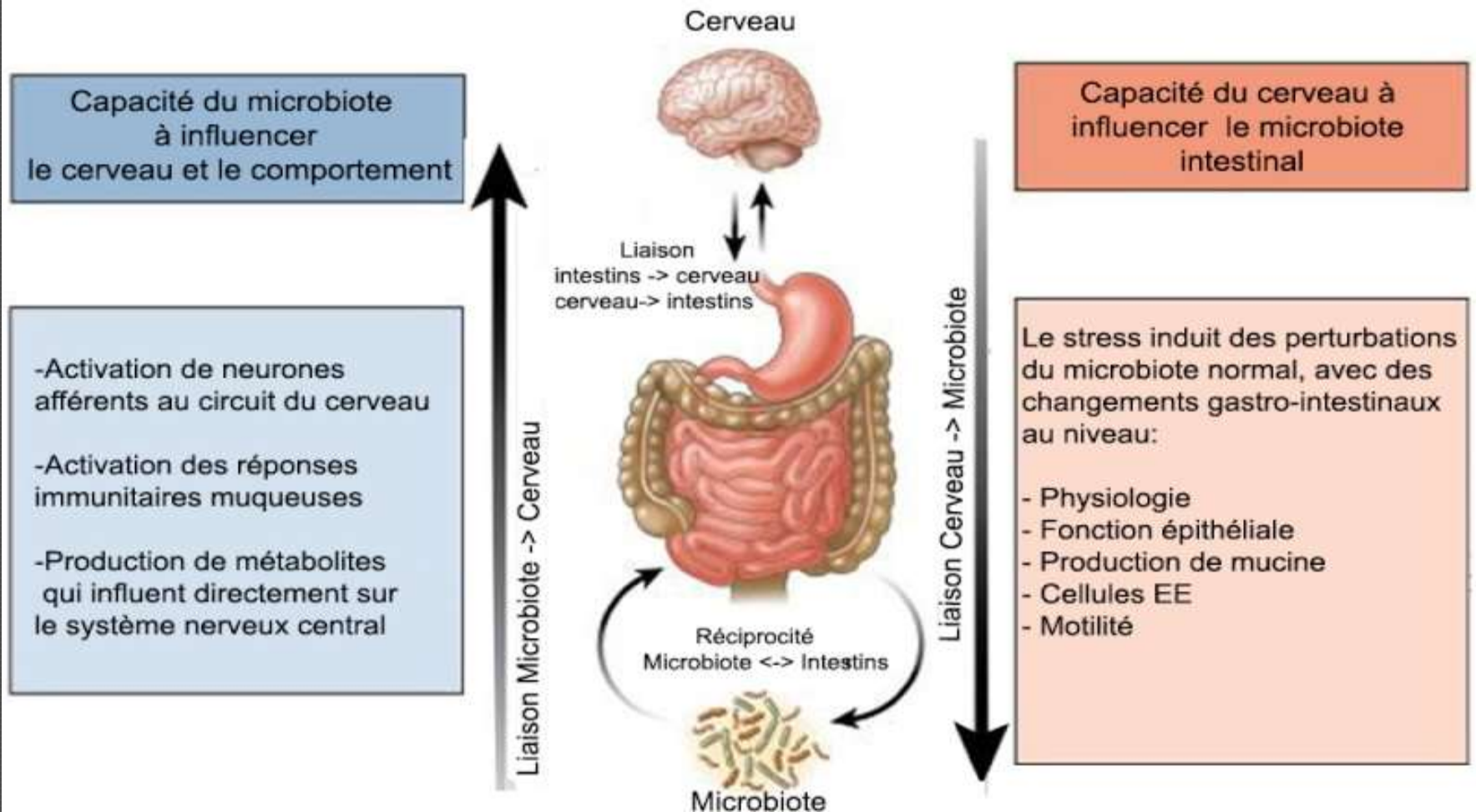
Complexe amygdalien
(compréhension cognitive)

Caractéristiques semiologiques des douleurs selon l'organe atteint

Organe	Type de douleur	Localisation
Œsophage	Brûlure, constriction-oppressement	Rétro-sternale, référée au cou/membres supérieurs
Estomac	Faim douloureuse, inconfort rongeant	Épigastre, hypochondre G
Duodénum	Faim douloureuse, inconfort rongeant	Épigastre
Intestin grêle	Profonde, intermittente, crampiforme, ballonnement	Diffuse, péri-ombilicale Iléon terminal: fosse iliaque D
Colon	Profonde, intermittente, crampiforme, ballonnement	Sigmoïde: quadrant inférieur G Rectum = ligne médiane sous ombilicale, sacrum
Pancréas	Transfixiante, constante	Hémi-abdomen supérieur irradiant dans le dos
Vésicule biliaire	Colique, intense	Quadrant supérieur D, référée dans l'omoplate/épaule D ou en interscapulaire
Foie	Profonde, constante	Sous costale D

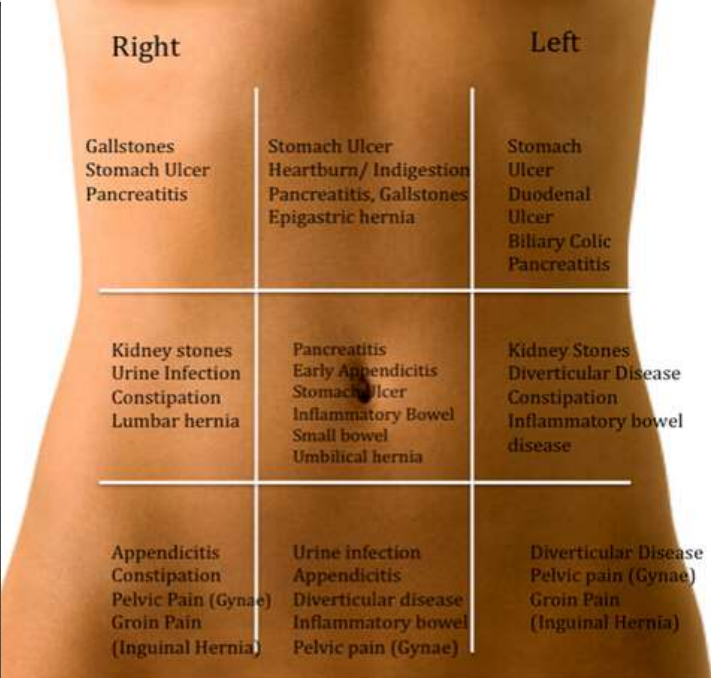
Tableau 1 : caractéristiques sémiologiques des douleurs selon l'organe atteint

Relations Microbiote - Intestins - Cerveau



Conduite diagnostique

- Etat général du patient
- Antécédants
- Semilogie de la douleur
- Signes associées
- Examen physique



Right		Left
Gallstones Stomach Ulcer Pancreatitis	Stomach Ulcer Heartburn/ Indigestion Pancreatitis, Gallstones Epigastric hernia	Stomach Ulcer Duodenal Ulcer Biliary Colic Pancreatitis
Kidney stones Urine Infection Constipation Lumbar hernia	Pancreatitis Early Appendicitis Stomach Ulcer Inflammatory Bowel Small bowel Umbilical hernia	Kidney Stones Diverticular Disease Constipation Inflammatory bowel disease
Appendicitis Constipation Pelvic Pain (Gynae) Groin Pain (Inguinal Hernia)	Urine Infection Appendicitis Diverticular disease Inflammatory bowel Pelvic pain (Gynae)	Diverticular Disease Pelvic pain (Gynae) Groin Pain (Inguinal Hernia)

EXAMEN CLINIQUE

il va permettre :

- ◎ Orienter, voire de faire le diagnostic étiologique,
- ◎ Évaluer la gravité du patient
- ◎ Poser une indication chirurgicale.

Examen et interrogatoire

Eléments anamnestiques	Exemples physiopathologiques
Antécédents néoplasiques	Métastatisation, récidence locale
Chirurgie abdominale récente	Abcès, bride
Dépendance/abus d'alcool	Hépatite, pancréatite chronique
Intolérance alimentaire	Intolérance au lactose/fructose
Âge > 50ans	Néoplasie Ischémie coelio-mésentérique
Constipation/changement de consistance/ fréquence selles	Rétrécissement/irritation colique (inflammatoire, infectieux, tumoral, sur bride)
Vomissement chroniques	Maladies obstructives intestinales (ulcère/ischémie sténosante, bride); pancréatite, pyélonéphrite, reflux vésico-urétéral
Vomissements intermittents	intussusception, volvulus, hernie de paroi/omentale
Hématochézie/melaena	Infectieux: (diverticulite, colite...) Inflammatoires: MICI Néoplasie Vasculaire (ischémie coelio-mésentérique)
Ictère	Dysfonction sphincter d'Oddi, cholelithiase/-cystite chronique, néoplasie des voies biliaires/pancréatique
Perte de poids	Métabolique/endocrinologique (diabète, hyperthyroïdie) MICI Néoplasie (pancréas, colon, rein...) Malabsorption (coeliaquie, entéropathie exsudative...) ou maldigestion (insuffisance pancréatique exocrine...)
Inflammation buccale	MICI
Atteinte cutanée	MICI (érythème noueux, pyoderma gangrenosum)
Polyarthralgie	MICI
Immunosuppression	Abcès abdominal, adénopathie mésentérique infectieuse/tumorale
Etat fébrile	Infectieux : (diverticulite, colite, abcès...) Inflammatoires : MICI
Dlr nocturne	Ulcère gastroduodénal
Dlr rythmée par l'alimentation	Ischémie mésentérique
Dlr rythmée par le cycle menstruel	Endométriose
Dlr rythmée par la position du rachis	compression radiculaire thoracique basse

◎ Symptômes associés

a) Signes généraux

- fièvre, de signes de choc (marbrures, temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes, pouls filant, hypotension artérielle), d'une détresse respiratoire.
- On doit aussi évaluer l'état général : poids, taille, amaigrissement, asthénie, anorexie.

b) Symptômes digestifs

- * nausées, vomissements ;
- * diarrhée ;
- * arrêt des matières et des gaz ;
- * pyrosis, régurgitations acides ;
- * dysphagie ; hématomèse, rectorragie.

c) Symptômes extradigestifs

- symptômes urinaires :
dysurie ; brûlures mictionnelles ; impériosités ; pollakiurie ; pyurie ; pneumaturie, fécalurie.
- Chez la femme, l'interrogatoire précise la présence de leucorrhées, d'un prurit vulvaire, de dyspareunies, de ménométrorragies et de pertes anormales.
- Des symptômes cardiothoraciques (toux, expectorations, douleur irradiant à la mâchoire...)

Quel sont les signes de gravités accompagnant l'abdomen aigu ou la douleur abdominale ??

Antécédents

a) Antécédents personnels

- * la consommation d'alcool, de tabac ; les facteurs de risques cardio-vasculaires ;
- * **des antécédents chirurgicaux : *****
- * (Crohn, RCH...),
- * **des antécédents urologiques**
- * **des antécédents gynécologiques**
- * **antécédents cardio-vasculaires :**
- * autres antécédents : pathologie néoplasique - Prise d'anticoagulants, de corticothérapie au long cours, voyage récent dans des pays tropicaux, prise de toxiques ou de drogues, immunodépression (VIH, maladies hématologiques)...

b) Antécédents familiaux

- Recherche de maladies familiales pouvant être responsables d'une douleur abdominale ou lombaire (

Signes devant faire craindre une urgence thérapeutique.

Terrain	Immunodépression Grossesse Traumatisme
Caractéristique de la douleur	Brutale et d'emblée maximale Continue
Examen de l'abdomen	Défense, contracture
Signes d'accompagnement	Signes de choc Déglobulisation extériorisée ou pas Signes occlusifs

Le terrain

Adulte [2]	Enfant (> 2 ans) [37]	Âgé (> 65 ans) [38]
Non spécifique 26 %	Otite - infection respiratoire haute 18,6 %	Infection 19,2 %
Appendicite 12 %	Pharyngite 16,6 %	Occlusion mécanique 15,7 %
Pathologie biliaire 12 %	Syndrome viral 16 %	Ulcère 7,7 %
Iléus et colique néphrétique 6 %	Non spécifique 15,6 %	Pathologie urologique 6,7 %
Diverticulite 5 %	Gastroentérite 10,9 %	Tumeur 7,2 %
	Maladie aiguë fébrile 7,8 %	
	Opéré 1 %	Opéré 22,1 %

B/ Examen physique

- Le patient est allongé sur le dos, les cuisses à demi fléchies et les bras le long du corps.
- **1. Inspection**
on examine la paroi abdominale à la recherche de lésions cutanées ou sous-cutanées (ecchymoses, vésicules, cicatrices abdominales, pigmentation cutanée, angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale [syndrome de Cruveilhier-Baumgarten]).
- Rechercher un **météorisme abdominal diffus ou localisé**, des ondulations péristaltiques à jour frisant, une **éventration ou une hernie pariétale**.
- il faut regarder **la respiration abdominale**, qui est inexistante s'il existe une contracture.

Palpation



Percussion

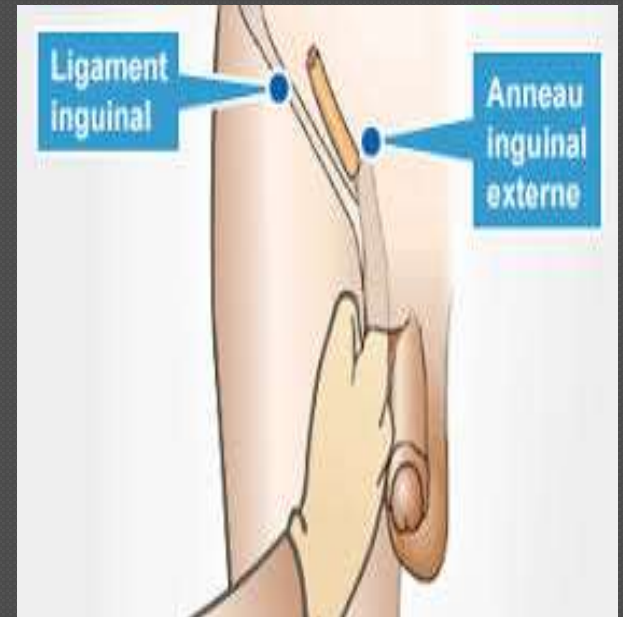
- ◎ faire la différence entre une distension gazeuse sonore et une distension liquidienne mate.
- ◎ Par ailleurs, elle peut faire le diagnostic de pneumopéritoine en démasquant une disparition de la matité préhépatique (diagnostic différentiel = interposition colique).
- ◎ L'ébranlement de la fosse lombaire, peut être douloureuse en cas de pyélonéphrite.

Auscultation

L'auscultation abdominale permet d'écouter les bruits hydroaériques. absents en cas d'occlusion par strangulation et majorés en cas d'occlusion par obstruction.

Le toucher rectal

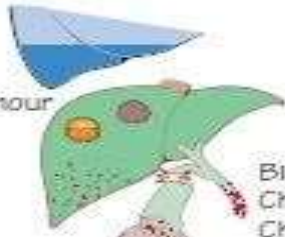
- ◎ **Le toucher rectal** est incontournable lors de la réalisation de l'examen physique face à un patient présentant un tableau d'abdomen aigu
- ◎ Ne jamais oublier de vérifier le caractère libre des orifices herniaires et potentiels points de faiblesse de la paroi abdominale et éventuelle cicatrices abdominales anciennes .



RUQ

Pneumonia

Hepatic tumour
Hepatic abscess
Hepatitis



Biliary colic
Cholangitis
Cholecystitis

Pyelonephritis
Renal colic
Renal infarction

Retrocaecal
appendicitis



EPIGASTRIC

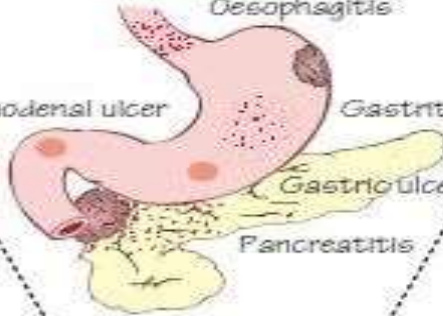
Oesophagitis

Duodenal ulcer

Gastritis

Gastro-ulcer

Pancreatitis



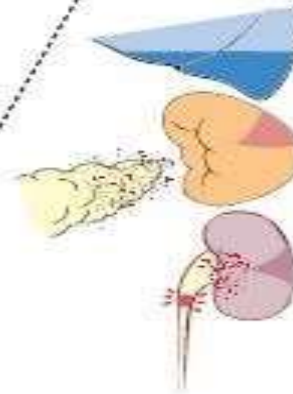
LUQ

Pneumonia

Splenic infarction

Pancreatitis

Pyelonephritis
Renal colic
Renal infarction



CENTRAL

Aortic aneurysm

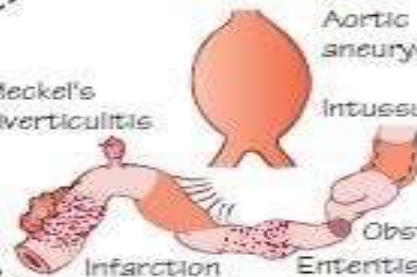
Meckel's
diverticulitis

Intussusception

Obstruction

Enteritis

Infarction
Crohn's disease

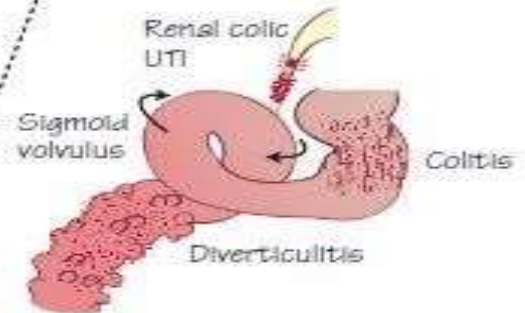


Renal colic
UTI

Sigmoid
volvulus

Colitis

Diverticulitis



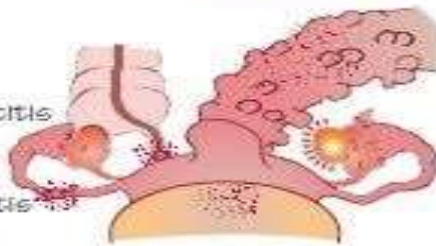
RIF

Ovarian cyst
Salpingitis
Ectopic pregnancy



Pelvic
appendicitis

Salpingitis
Cystitis



GUPRAPUBIC

Diverticulitis

Uterine fibroid
Ovarian cyst

LIF

Ovarian cyst
Salpingitis
Ectopic pregnancy



C- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1/ Examens biologiques

sont demandés en routine aux urgences devant toute douleur abdominale aiguë. Ce bilan peut être complété suivant l'étiologie suspectée.

- une numération-formule sanguine ; groupage, rhésus, RAI en cas de saignement ou en cas d'indication chirurgicale ;
- un ionogramme sanguin avec une créatininémie ;
- une CRP ;
- un bilan hépatique complet (ASAT, ALAT, gamma GT, PAL bilirubine totale et conjuguée)
- une lipasémie ;
- des bêta-hCG chez la femme en âge de procréer ;
- une bandelette urinaire (complétée par un ECBU si elle est positive) ;
- hémocultures si la température dépasse 38,5 °C.

EXAMENS MORPHOLOGIQUES

- ◎ ASP : abdomen sans préparation:à la recherche
- ◎ Pneumopéritoine
- ◎ Niveaux hydroaériques
- ◎ Opacités (calculs)
- ◎ Grisaille diffuse (épanchement de grande abondance)
- ◎



Radiographie de thorax et électrocardiogramme

- ◎ réalisés systématiquement en cas de douleur épigastrique ou des hypocondres afin d'éliminer une pathologie extra-abdominale (pneumopathie basale, infarctus du myocarde).

Echographie

- ◉ Echographie Abdominale et pelvienne : à la recherche d'épanchement péritonéal
- ◉ Utile et sensible surtout au cours des pathologies de la sphère hépato-bilaire et gynécologique , et au cours des syndrome appendiculaire aigus
- ◉ Opérateur dépendant
- ◉ Examen difficile à réaliser chez le sujet obèse et aux cours de syndrome occlusif



◎L'échographie ne remplace pas
l'intelligence » A. Ellrodt

◎« Ne pas soulager rapidement une
douleur abdominale aiguë est
nuisible au patient »

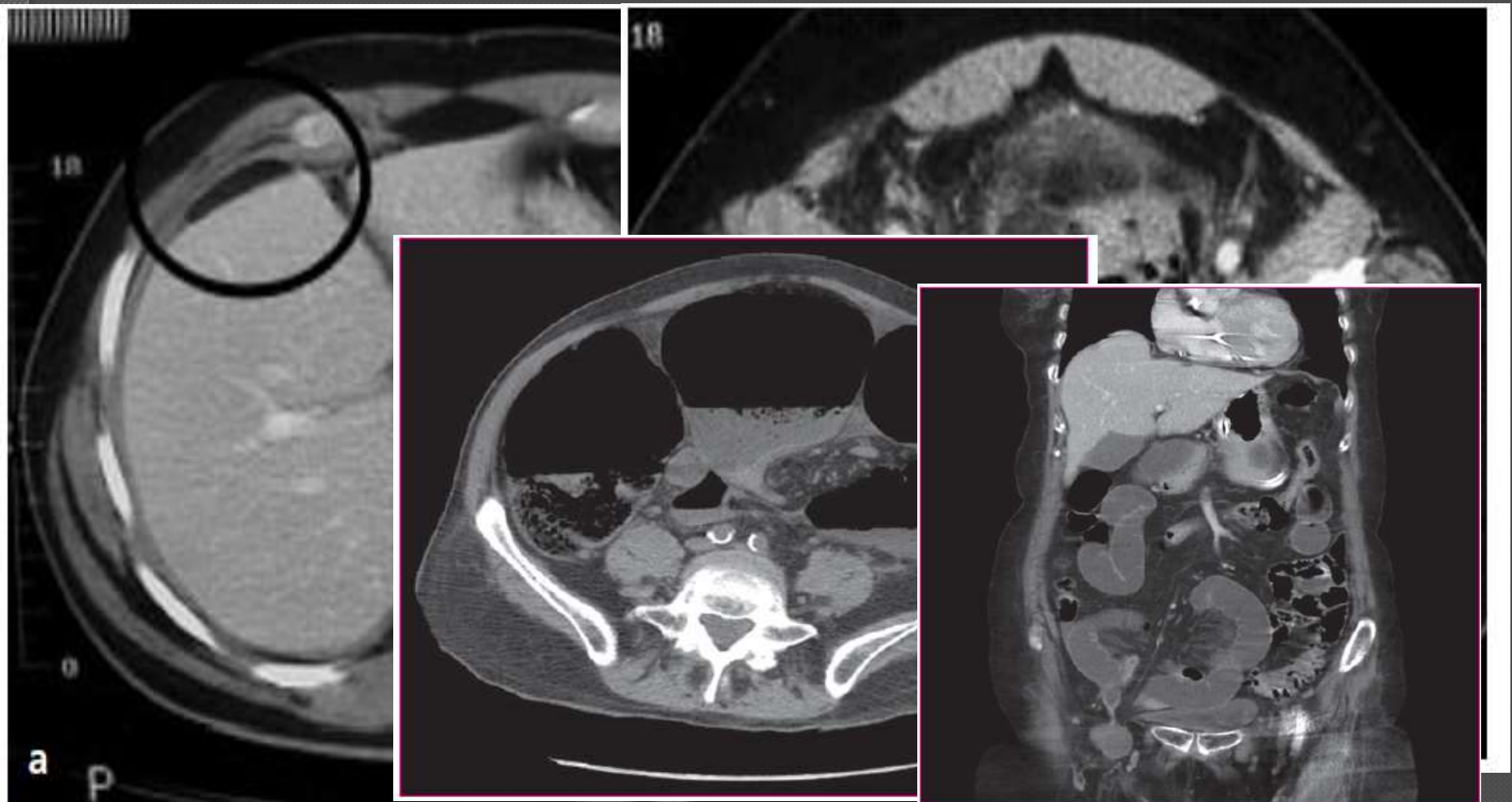
◎« La Douleur qui se tait n'en est que
plus funeste » Jean Racine.

Scanner abdomino-pelvien

très utile dans le diagnostic des pathologies du tube digestif (sigmoïdite, appendicite aiguë, tumeur colique, hématome du grêle...) ou rétropéritonéales (anévrisme de l'aorte abdominale, pancréatite aiguë, tumeur du rein).

Il est réalisé avec injection intraveineuse de produit de contraste

Scanner abdomino-pelvien



La laparoscopie à but diagnostique



Diagnostic étiologique en fonction du syndrome:

Au terme de l'examen clinique on se retrouve devant :

Soit il s'agit d'une SU (super urgence), la douleur abdominale s'accompagne de signes de choc. Il faut alors engager des mesures de réanimation et prendre en charge le malade en vue d'une chirurgie, ou le placer en unité de soins intensifs ;

Soit il s'agit d'une UV (urgence vraie), la douleur abdominale s'accompagne de signes locaux évidents (syndrome occlusif ou péritonéal), on suspecte une appendicite, une cholécystite, une sigmoïdite, une hernie étranglée. **La biologie** préopératoire est dirigée en fonction de cette suspicion diagnostique. On discute des **examens radiologiques** nécessaires pour confirmer le diagnostic ou décider de la stratégie médicochirurgicale ;

Soit il s'agit d'une UR (urgence relative), la douleur abdominale ne s'accompagne d'aucun signe de gravité local ou général. Les questions à résoudre sont :

- 1) le diagnostic est-il fait, suspecté, ou indéterminé ?
- 2) faut-il hospitaliser le patient et pourquoi ? ;
- 3) quel examen radiologique demander et quand (en urgence ou en différé) ?

1. **présence de signes de gravité imposant le passage en réanimation + avis chirurgical:**

- la contracture $\Rightarrow$ EXP : péritonite secondaire stercorale
 - un état de choc $\Rightarrow$ EXP : infarctus entéromésentérique , pancréatite grave ,
rupture d'anévrisme aortique ; GEU rompue.
-

2. **Absence de signes de gravité immédiat:**

- douleur + fièvre EXP : appendicite, cholécystite...
- douleur + syndrome occlusif EXP : volvulus du colon, éventration étranglée
- douleur + signes gynécologiques EXP : GEU non rompue kyste ovarien tordu
- douleur + signes urinaires EXP: colique néphrétique ; pyonephrose phlegmon
périnephrétique

Cas particuliers

Occlusions fébriles : il s'agit ici, soit d'une strangulation avec ischémie, soit d'une suppuration abdominale (appendicite mésocolique, sigmoïdite, cholécystite, suppuration génitale, diverticule de Meckel).

Occlusion et anticoagulants : on évoque avant tout l'hématome intramural du grêle ou un hématome intra- ou rétropéritonéal diagnostiqué à l'échographie et au scanner .

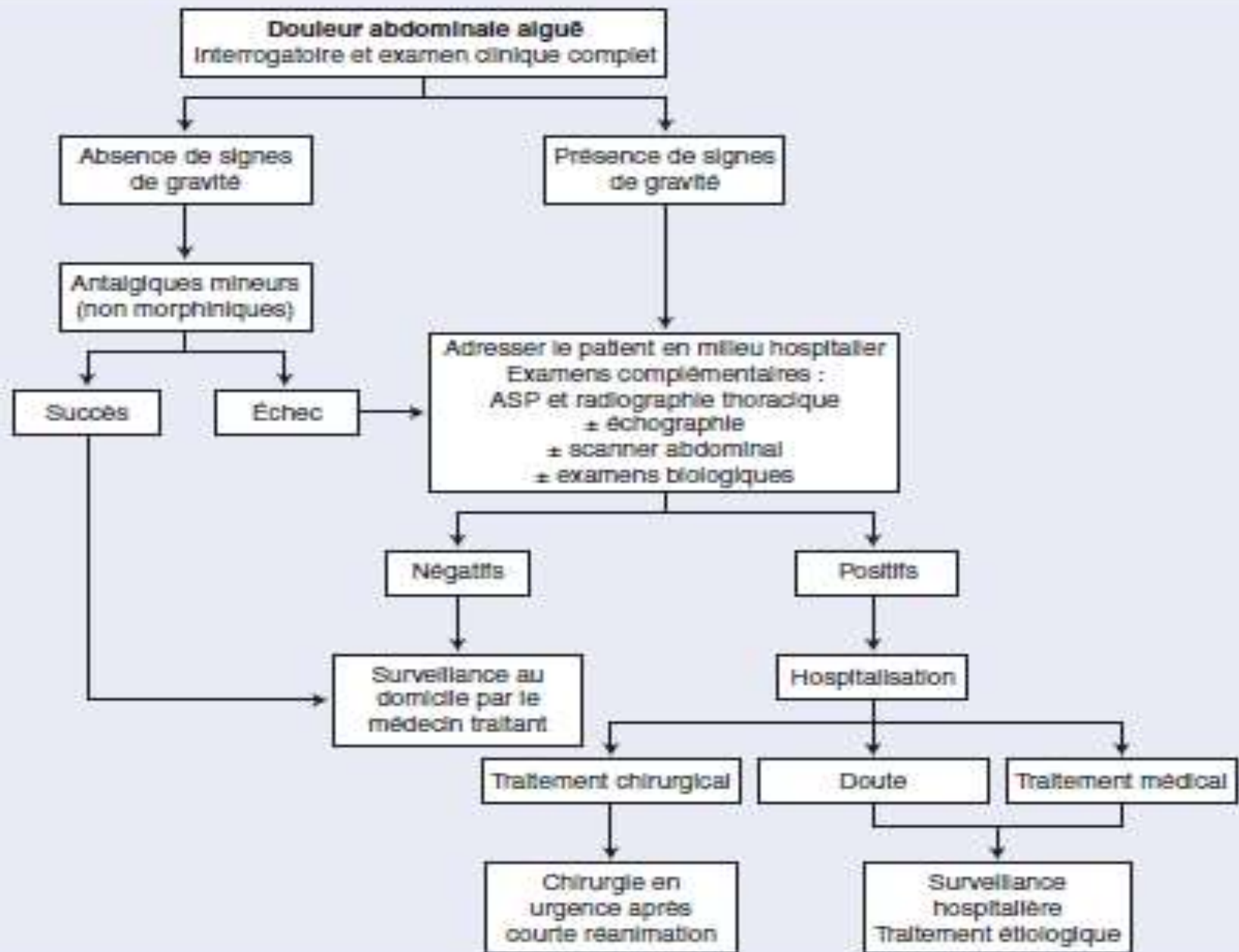
Chez la femme enceinte , engageant le pronostic maternel et foetal

Les difficultés diagnostiques et la crainte de l'intervention chirurgicale inutile mènent souvent à un retard diagnostique et thérapeutique qui aggrave le pronostic

L'état de la mère prime sur celui de l'enfant

Un traitement tocolytique curatif et au mieux préventif doit être instauré

Le patient immunodéprimé ??



TAKE HOME MESSAGE

- **La douleur viscérale a des mécanismes complexes, caractérisée par des intrications** entre le système sensitif et autonome et par l'importance des réponses émotionnelles qu'elle génère.
- **La douleur abdominale doit être considérée à la fois comme un symptôme désagréable** pour le patient (à combattre) et l'expression d'un phénomène pathologique sous jacent (à utiliser) ; ce qui implique certes au mieux un traitement étiologique mais également un traitement symptomatique rapide.
- **L'interrogatoire et l'examen clinique restent à la base de toute la démarche diagnostique** et thérapeutique.
- **Le premier objectif est d'individualiser les trois classes de tableaux de gravité décroissante**
- **Le second objectif est de définir la cause de la douleur abdominale et de reconnaître les urgences chirurgicales** que l'on peut classer en première intention en syndromes.
- **Les douleurs abdominales non spécifiques (sans cause retrouvée) sont fréquentes** mais il faut rappeler que plus le patient est âgé, plus la pathologie est organique et volontiers chirurgicale.
- **L'échographie reste l'examen de première intention, rapide et simple en matière de pathologie** biliaire, urinaire et gynécologique.

REFERENCES

Chiche L, Roupie E, Delassus P. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux urgences. J Chir 2006 ; 143 : 6-14.

J. Leport . Du symptôme à la prescription en médecine générale ; Chapitre 1 Douleurs Abdominales Aiguës. 2009, Pages 454-465

Trésallet C., Leyre P., Menegaux F. Douleur abdominale aiguë : quelles investigations ? EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 2-0590, 2011.



Mise au point

Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences

L. Chiche¹, E. Roupie², P. Delassus³

1. Fédération de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Caen – Caen.

e-mail : chiche-l@chu-caen.fr

2. Département d'Accueil et de Traitement des Urgences, CHU Caen – Caen.

3. Unité de la Douleur et des Soins Palliatifs, CHU Caen – Caen.

Correspondance : L. Chiche, Fédération de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Caen, Côte de Nacre, F 14000 Caen.

Résumé/Abstract

Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences

L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus

La douleur abdominale, motif fréquent de consultation aux urgences, constitue le symptôme usuel auquel est confronté le chirurgien viscéral de garde. Il est important de connaître les bases de la physiopathologie de la douleur viscérale afin de mieux appréhender les caractéristiques de celle-ci, les douleurs projetées, et les diverses manifestations associées à cette douleur. Les causes de douleur abdominale sont très nombreuses : digestives, extra digestives, chirurgicales ou médicales. La prise en charge aux urgences doit donc être pragmatique et rapide. Elle repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique qui vont définir la gravité du tableau, les éventuels premiers gestes à effectuer, les examens complémentaires à demander en priorité et l'orientation du patient.

L'échographie est un examen rapide, simple et performant pour les pathologies biliaires et uro-gynécologiques, voire pour certaines pathologies digestives. Cependant les scanners de nouvelle génération ont une performance excellente, notamment pour les pathologies digestives et vasculaires. De la qualité et de la performance de la prise en charge initiale de ces abdomens aigus peut dépendre le pronostic du patient. Cette prise en charge doit aboutir à un traitement étiologique sans oublier la mise en route rapide d'un traitement symptomatique.

lenge permanent afin de ne pas tomber dans deux écueils : d'un côté, laisser passer une urgence vitale, et de l'autre multiplier des examens complémentaires inutiles et onéreux pour des douleurs bénignes et résolutive (dans 30 à 40 % des cas).

Avant d'aborder l'aspect pratique de la prise en charge d'un abdomen douloureux, il est indispensable de s'arrêter sur quelques bases théoriques. En effet, pour comprendre la douleur viscérale, ses différentes manifestations et causes, il est important de comprendre les mécanismes physiopathologiques de celle-ci. Puis la prise en charge diagnostique et thérapeutique sera détaillée sachant que, dans ce contexte particulier des Urgences, la démarche doit être rapide et pragmatique pour être efficace.

Plan

- Introduction
- Conduite diagnostique
 - Examen clinique du malade v
 - abdominale aigüe
 - Examens complémentaires
- Étiologies des douleurs abdo
 - Pathologies médicales
 - Pathologies chirurgicales
 - Causes diverses
- Étiologies des douleurs abdo
 - Douleurs de l'hypocondre droi
 - Douleurs de l'hypocondre gauche
 - Douleurs épigastriques
 - Douleurs de la fosse iliaque droite
 - Douleurs de la fosse iliaque gauche

6