

# *LES DOULEURS ABDOMINALES ET PELVIENNES AIGUES*

**Dr: H. AMIRAT Pr N.SOUILAH**

SERVICES DES URGENCES CHIRURGICALES DU CHU IBN ROCHD

Pr: SOUILAH

drhamzaamirat@yahoo.com



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

Année universitaire 2019-2020

# Plan

- Définitions
- Intérêt de la question - Epidémiologie
- physiopathologie de la douleur abdominale
- Conduite diagnostique
- Examen clinique – physique
- Examens complémentaires
- Douleurs abdominales aiguës médicales « pièges»
- Diagnostic étiologique en fonction du syndrome
- Diagnostic d'une douleur abdominale aiguë en fonction de son siège
- Take home message
- Références

# définitions:

- ***L'abdomen aigu*** : Mondor (1928) : Toute affection abdominale qui, pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours.
- ***l'abdomen aigu***  $\Rightarrow$  C'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente..

# Intérêt de la question

- *La douleur abdominale aiguë est un symptôme fréquemment retrouvé dans la population.*
- Les douleurs abdominales aiguës sont définies par leur durée (moins de 1 semaine).
- 20% des cas  $\Rightarrow$  causes organiques  $\Rightarrow$  intervention chirurgicale
- *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 ???*

# 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 $\delta$  (m, r)



C (nm, l)

## Corne postérieure moelle

Neurones  
spécifiques

Neurones  
convergeants

Douleur projetée  
irradiation

## Système nerveux central

**Thalamus VPL**

*(sensoriel discriminant)*

**Thalamus médian**

*vers frontal (affectif)*

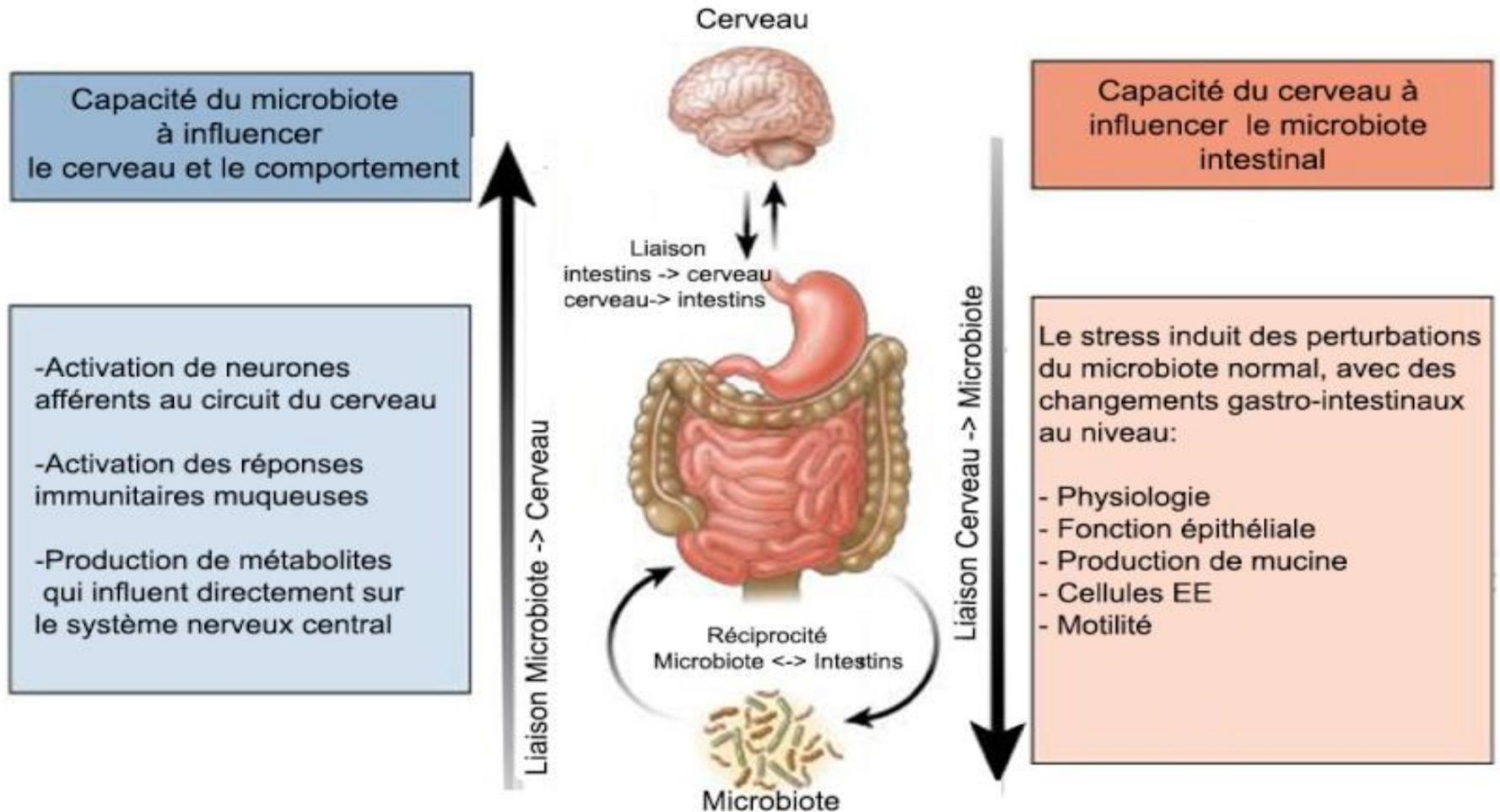
**Hypothalamus**

*(végétatif-stress)*

**Complexe amygdalien**

*(compréhension cognitive)*

## Relations Microbiote - Intestins - Cerveau



# Conduite diagnostique

- Etat général du patient
- Antécédants
- Semiologie 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, récurrence 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)
Vomissements 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

# Caractéristiques semiologiques des douleurs selon l'organe atteint

Organe	Type de douleur	Localisation
Œsophage	Brûlure, constriction-oppession	Rétrosternale, référée au cou/membres supérieurs
Estomac	Faim douloureuse, inconfort rongant	Épigastre, hypochondre G
Duodénum	Faim douloureuse, inconfort rongant	Epigastre
Intestin grêle	Profonde, intermittente, crampiforme, ballonnement	Diffuse, périombilicale 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

# INTERROGATOIRE :

- ***Caractère de la douleur :***

Siège,

les irradiations, et les éventuelles migrations donnant souvent plus de renseignements

Mode de début : Brutale en quelques secondes, rapide en quelques minutes ou progressive. Une douleur de début très brutale est souvent en rapport avec une lésion organique sévère.

Évolution dans le temps : l'horaire de survenue dans la journée et son éventuelle répétition dans l'année. L'existence de douleurs de ce type dans le passé peut orienter.

Intensité et facteurs d'exacerbation: les mouvements, la marche ,la toux, l'inspiration profondel

Type

Facteurs déclenchants : Position (penché en avant dans le reflux). Ingestion d'alcool (pancréatite).Restriction hydrique et voyage (colique néphrétique). Prise d'anti-inflammatoires.

**facteurs atténuants**:Vomissement dans la sténose gastrique,émission de gaz et de selles dans les obstacles coliques, antéflexion dans la pancréatite, psoïtis dans les affections rétropéritonéales.

**Recherche de signes associés**– Amaigrissement.Anorexie.Nausées. Vomissements,Troubles du transit.Sang dans les selles, signes fonctionnelsurinaires.Métrorragies.

# ○ 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 extradiigestifs***

- 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.

## 2- Palpation

Avec le plat de la main

Quadrant par quadrant en commençant à distance de la douleur .

le patient doit respirer calmement par la bouche

Les cuisses doivent être fléchies.

### **Recherche :**

défense pariétale ou une contracture.

signes d'irritation péritonéale: douleur à la décompression brutale de l'abdomen, douleur provoquée

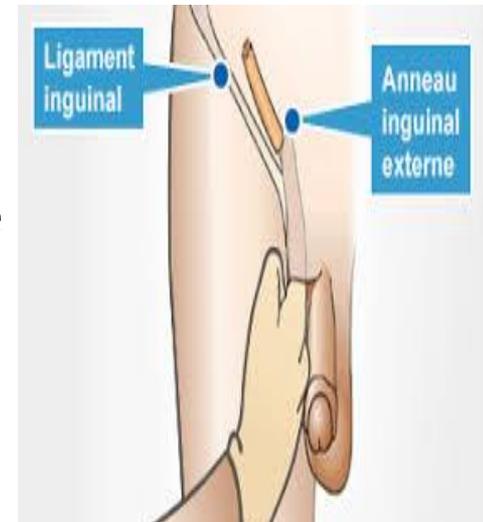
masse dont la localisation et le caractère battant orientent le diagnostic.

Un globe vésical ou un fécalome doivent toujours être éliminés devant une masse hypogastrique et pelvienne.

Les orifices herniaires doivent être examinés.

Les cicatrices abdominales doivent être palpées à la recherche d'une éventration.

Les fosses lombaires sont palpées à la recherche d'un gros rein (contact lombaire).





***A-b palpation profonde de l'abdomen***

***C-d palpation superficielle de l'abdomen***



***Recherche de points douloureux***

# 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.

# Les touchers pelviens

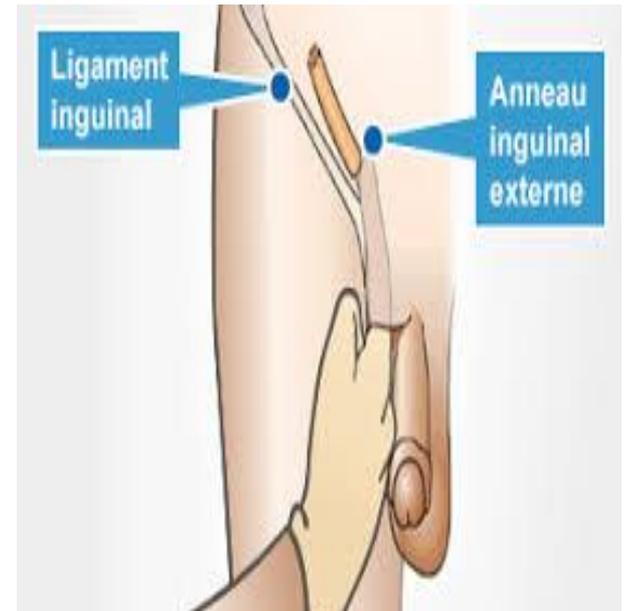
- **Le toucher rectal** est incontournable lors de la réalisation de l'examen physique face à un patient présentant un tableau d'abdomen aigu

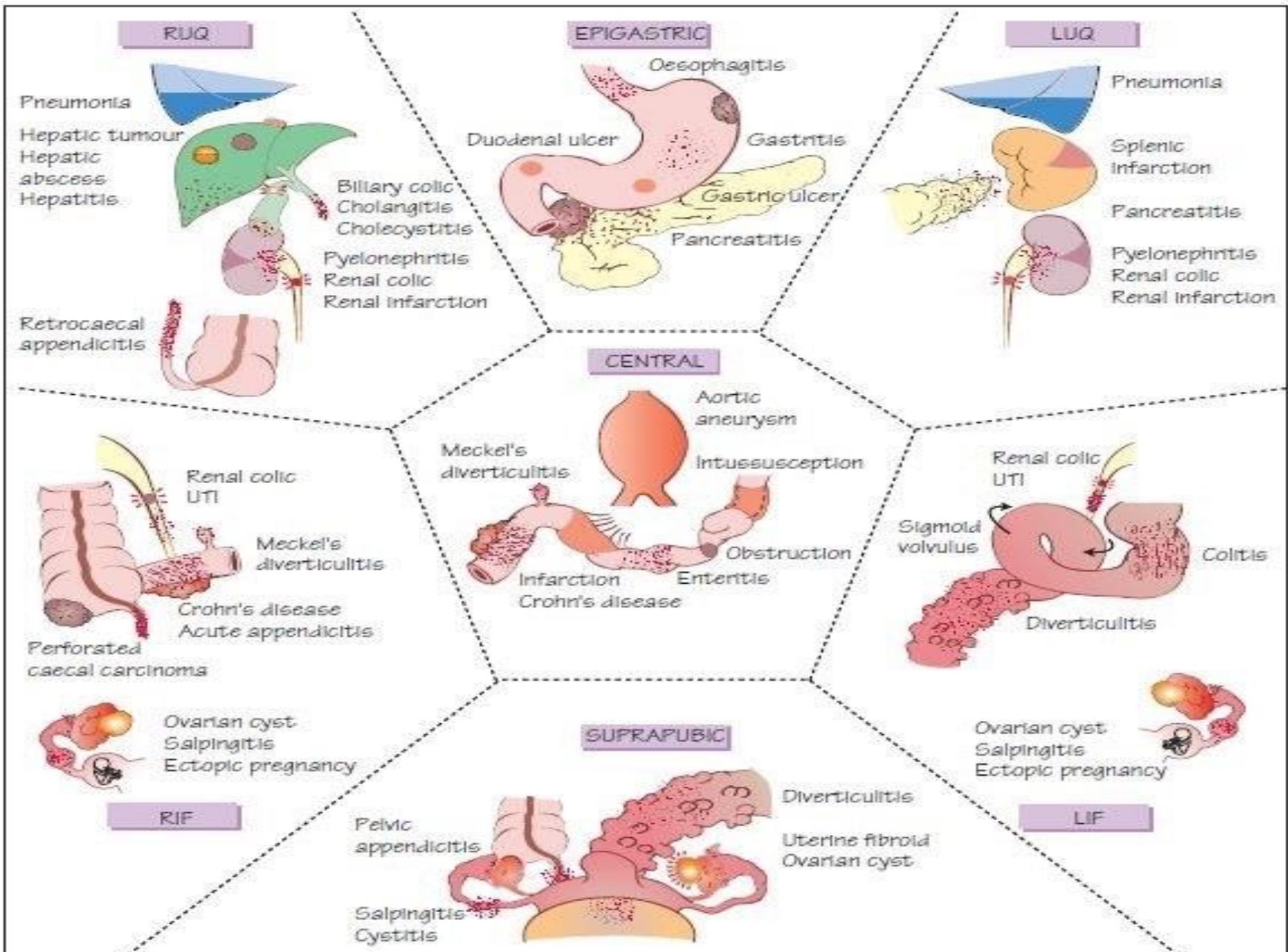
sont systématiques :

le toucher vaginal avec palpé bimanuel pour évaluer la taille de l'utérus (masse ovarienne, masse utérine, ou masse tubaire) ;

– le toucher rectal (palpation de la prostate, d'une tumeur rectosigmoïdienne, du cul-de-sac de Douglas) ;

Il faut se méfier des personnes âgées et des patients sous corticothérapie qui peuvent avoir une palpation abdominale faussement rassurante (déficit immunitaire).





# C- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

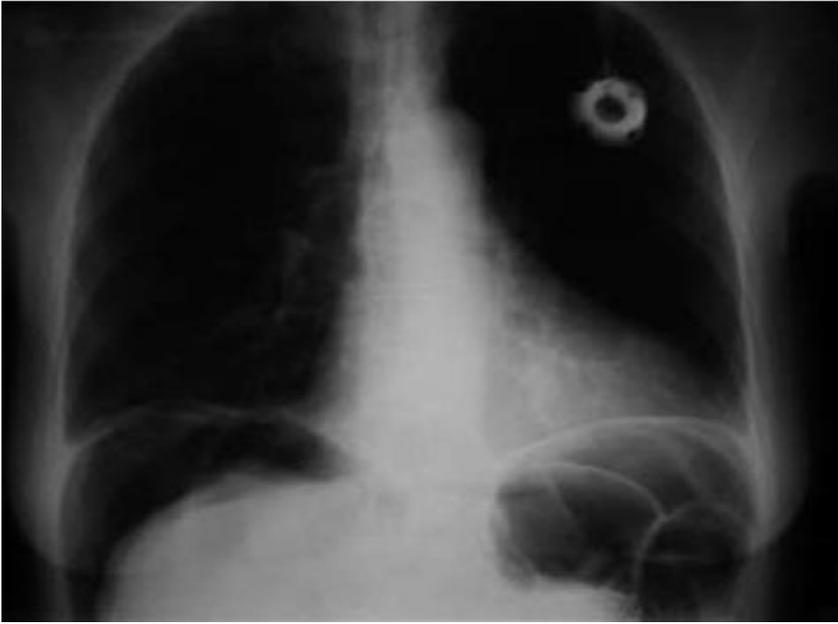
## 1/ Examens biologiques

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)
-

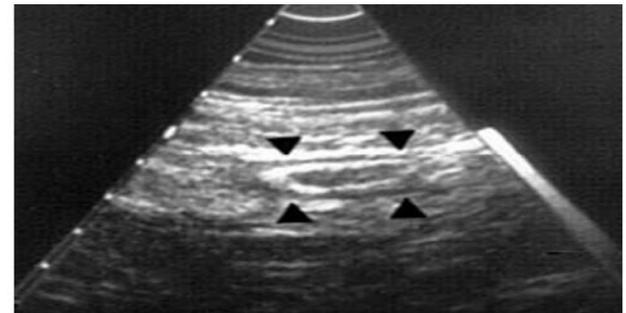


# Radiographie de thorax et électrocardiogramme

- 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



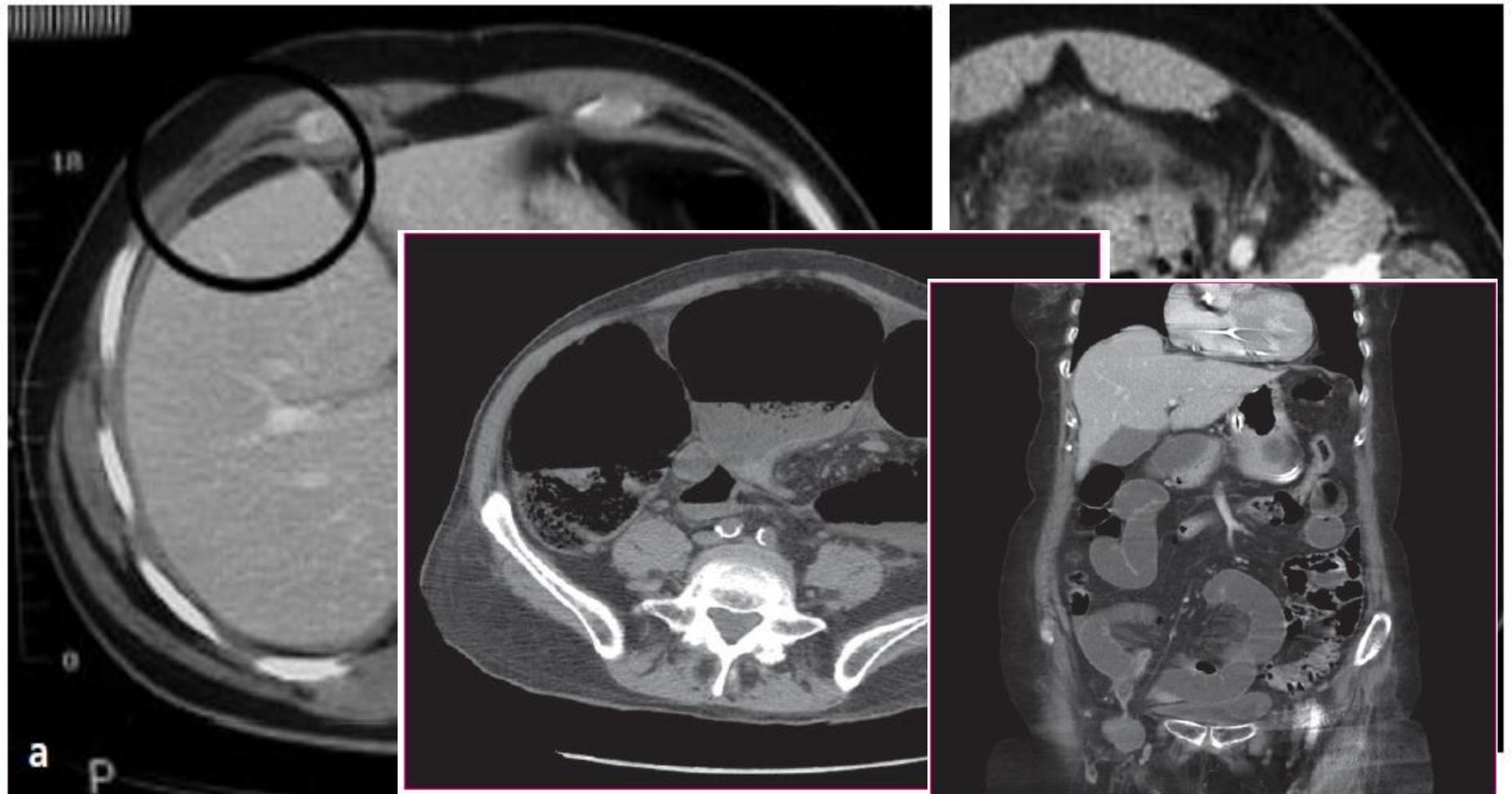
- L'échographie ne remplace pas l'intelligence » A. Ellrodt
- « Ne pas soulager rapidement une douleur abdominale aiguë est nuisible au patient »
- « La Douleur qui se tait n'en est que plus funeste » Jean Racine.

# 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



# Douleurs abdominales aiguës médicales « pièges »

- **Infarctus du myocarde, notamment inférieur** ⇒ nécessite un ECG systématique.
- **Broncho-pneumopathies basales**
- **Insuffisance surrénale aiguë** le terrain est très évocateur, il s'agit d'une urgence médicale
- **Drépanocytose** Elle survient dans un contexte de déshydratation, stress, effort physique ou exposition au froid. Devant une crise de douleurs abdominales, il faut penser à :
  - une crise vaso-occlusive avec risque ischémique splénique ou intestinal (fréquence des infarctus de la rate) : TOM;
  - une lithiase biliaire compliquée (complication fréquente de l'hémolyse).
- **Hypercalcémie (Aiguë)**, ⇒ tableau abdominal pseudo-chirurgical.
- **Acidocétose diabétique**
- **Acidocétose alcoolique**
- **Maladie périodique (dite fièvre méditerranéenne)** maladie héréditaire autosomique récessive.
  - Il s'agit d'un syndrome inflammatoire biologique.
  - Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une mutation du gène de la marénostrine.
- **TRAPS syndrome**
- **Syndrome Hyper-IgD**
- **Périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis)**
- **Porphyrie hépatique aiguë intermittente** une mutation de la PBG (porphobilinogène) désaminase.
- **Oedème angioneurotique** Il est lié à un déficit en inhibiteur de la C 1-estérase. en général congénital.
- **Toxiques, médicaments, sevrage**
  - Le sevrage en opiacés. L'ingestion de toxiques ou de drogues Amphétamines, dérivés de l'ergot de seigle et cocaïne L'intoxication au plomb ou saturnisme
- **Purpura rhumatoïde et Autres vascularites**
- **Phéochromocytome**
- **Douleurs rachidiennes projetées** : l e zona impose de chercher des vésicules de topographie métamérique.
  - l e syndrome de Cyriax ou syndrome du rebord costal douloureux

# 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* ⇒ EXP : péritonite secondaire stercorale
- *un état de choc* ⇒ 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 mésocoliaque, 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 .

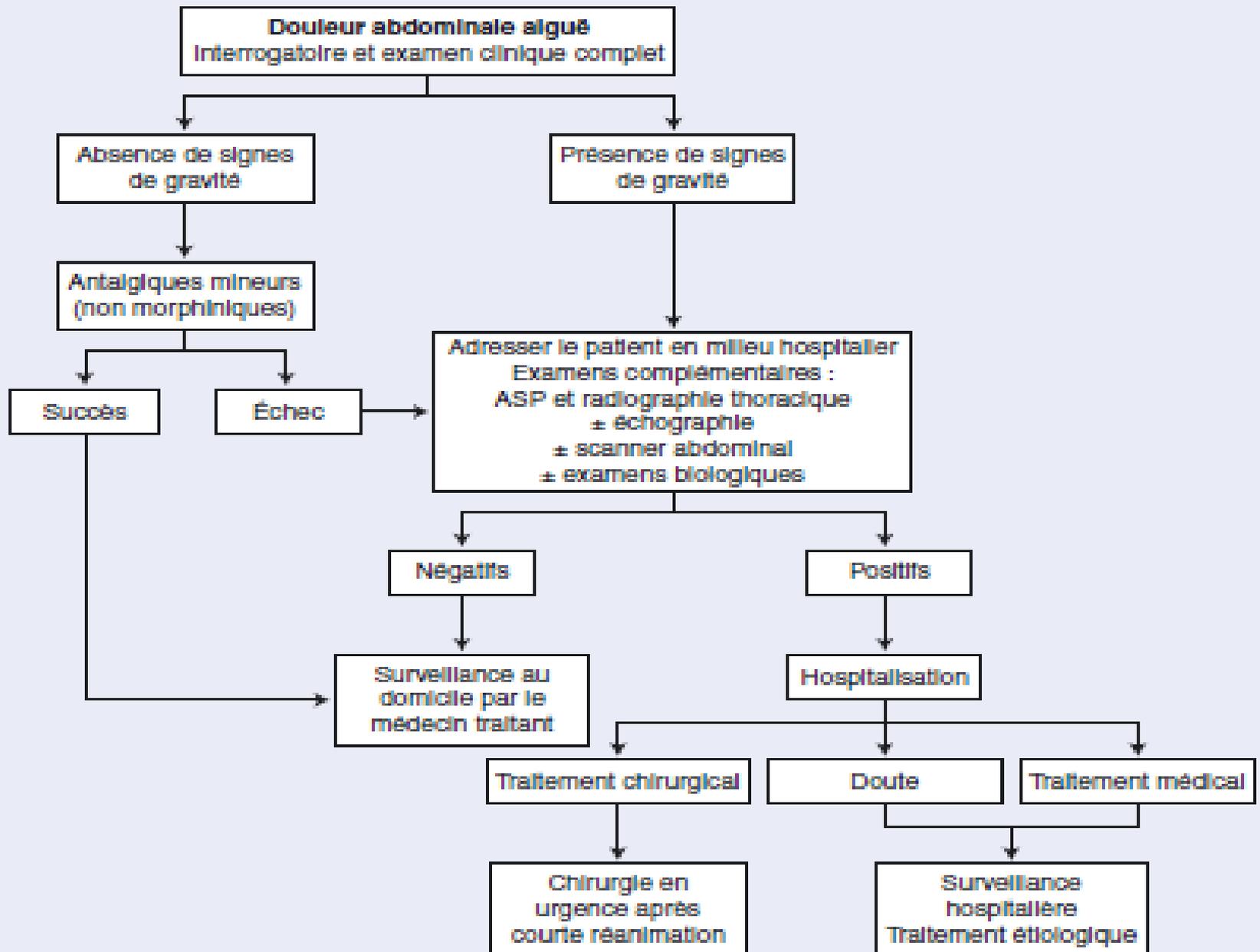
**Chez la femme enceinte** , engageant le pronostic maternel et foetal

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

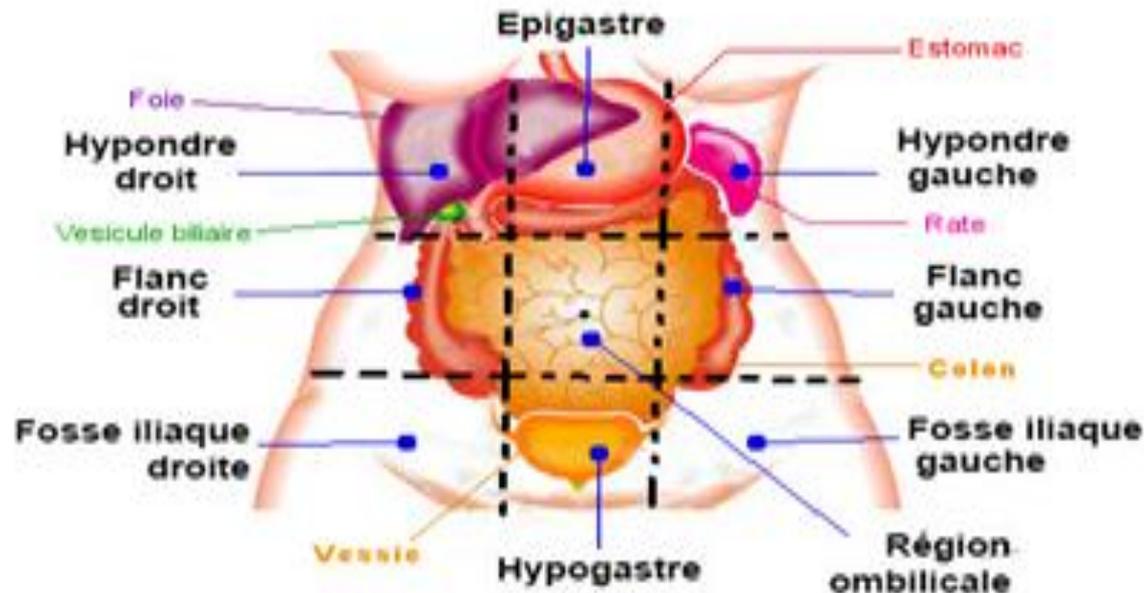
Un traitement tocolytique curatif et au mieux préventif doit être instauré

**Le patient immunodéprimé ??**



# DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUË EN FONCTION DE SON SIEGE

## Zones anatomiques de l'abdomen



**RUQ**

Pneumonia  
Hepatic tumour  
Hepatic abscess  
Hepatitis



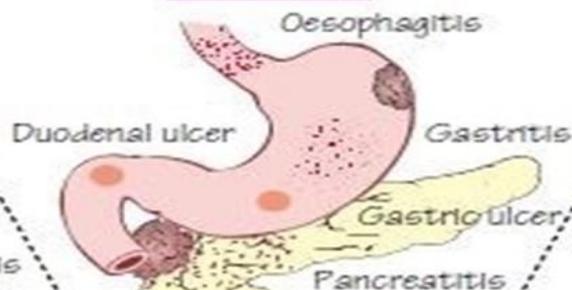
Biliary colic  
Cholangitis  
Cholecystitis

Pyelonephritis  
Renal colic  
Renal infarction

Retrocaecal  
appendicitis



**EPIGASTRIC**



Oesophagitis

Duodenal ulcer

Gastritis

Gastric ulcer

Pancreatitis

**LUQ**

Pneumonia

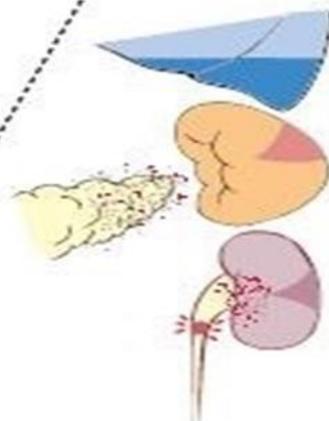
Splenic  
infarction

Pancreatitis

Pyelonephritis

Renal colic

Renal infarction



**CENTRAL**

Aortic  
aneurysm

Meckel's  
diverticulitis

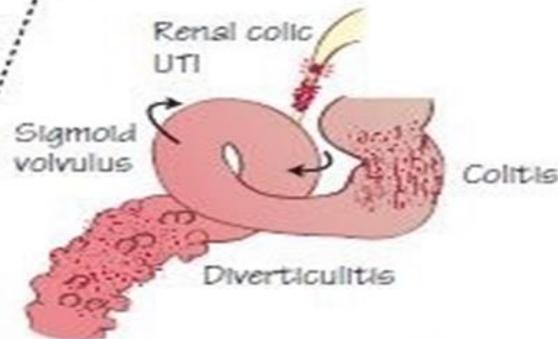
Intussusception

Infarction  
Crohn's disease

Obstruction

Enteritis

Crohn's disease



Renal colic

UTI

Sigmoid  
volvulus

Colitis

Diverticulitis

**RIF**

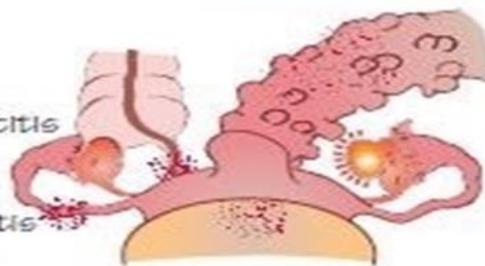
Ovarian cyst  
Salpingitis  
Ectopic pregnancy



Pelvic  
appendicitis

Salpingitis  
Cystitis

**SUPRAPUBIC**



Diverticulitis

Uterine fibroid  
Ovarian cyst

**LIF**

Ovarian cyst  
Salpingitis  
Ectopic pregnancy



## localisation de la douleur

### douleur diffuse

pancréatite  
occlusion intestinale  
appendicite débutante  
rupture d'anévrisme abdo.  
thrombose mésentérique

colique biliaire, cholécystite  
abcès hépatique, hépatite  
pancréatite  
ulcère duodénal  
appendicite rétrocaecale  
foie de stase  
pneumonie

pancréatite  
gastrite  
splénomégalie, infarctus de la rate  
ulcère duodénal, anévrisme de l'art.  
splénique, aorte  
infarctus du myocarde  
pneumonie

appendicite  
iléite terminale  
adénite mésentérique  
diverticulite du caecum  
colique néphrétique  
GEU  
rupture / torsion kyste de l'ovaire  
hématome du psoas  
hernie étranglée

Right lower quadrant

Right upper quadrant

Epigastrium

Lower abdomen

Left upper quadrant

Left lower quadrant

flank

colique néphrétique  
infarctus rénal  
rupture anévrisme de l'aorte  
colite ischémique

diverticulite sigmoïdienne  
Colite ischémique  
colique néphrétique  
GEU  
rupture / torsion kyste de l'ovaire  
hématome du psoas  
hernie étranglée

liste non exhaustive ...

# DOULEURS DE L'HYPOCONDRE DROIT

- **Causes extra-abdominales**

***pneumopathies de la base droite***

Foie cardiaque.

Arthrite chondrocostale. Zona.

- **Causes biliaires : Colique hépatique. Cholécystite Angiocholite**
- **Causes hépatiques** Tumeur maligne. Tumeur bénigne. Abscès du foie. kyste hydatique ,Hépatites.
- Abscès sous-phrénique ou sous-hépatique.
- Ulcère perforé bouché.
- Pyélonéphrite, abcès du rein, phlegmon
- Le carcinome de l'angle colique droit
- **L'appendicite sous-hépatique .**

# DOULEURS ÉPIGASTRIQUES

- Angor. Infarctus du myocarde. Péricardite.
- Gastroduodénite.
- **Ulcère gastroduodénal.**
- **Perforation d'ulcère.**
- **Pancréatite aiguë.**
- Tumeur pancréatique.
- Faux kyste pancréatique.
- Colique hépatique, cholécystite
- Hernie de la ligne blanche.

# DOULEURS DE L'HYPONCHONDE

## GAUCHE

- Affections de la base pulmonaire : embolie, pneumopathie, pleurésie, pneumothorax.
- Zona.
- Rein : abcès, hématome, tumeur.
- Splénomégalie, infarctus splénique,
- Pancréatite caudale, tumeur ou faux kyste.
- Abcès sous-phrénique gauche.
- Colite.
- Tumeur colique.
- Gastrite, ulcère peptique.

# DOULEURS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

- Appendicite (se méfier des appendicectomies incomplètes).
- Adénolymphite.
- Iléite terminale et Maladie de Crohn.
- Diverticule de Meckel.
- Carcinome du cæcum.
- Entérite.
- Abscès du psoas.
- Infection urinaire, Lithiase rénale et ureterale. Cystite.
- Torsion ou rupture d'un kyste ovarien.
- Kyste ovarien hémorragique .
- Grossesse extra-utérine.
- Salpingite.
- Hernie discale.

# DOULEURS DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE

- Diverticulite.
- Abscès diverticulaire.
- Tumeur colique .
- Lithiase rénale.
- Cause gynécologique

# DOULEURS LOMBAIRES et des flancs

- Affections rénales : colique néphrétique, pyélonéphrite, tumeur rénale.
- Tumeur, abcès ou hématome rétropéritonéal.
- Affection rachidienne.

# DOULEURS HYPOGASTRIQUES

- Lésions urologiques : infection urinaire, rétention, lithiase, prostatite.
- Lésions gynécologiques : salpingite, grossesse extra-utérine, fibrome, masse annexielle.
- Lésions digestives : appendicite pelvienne, lésion colique bénigne ou maligne, diverticule de Meckel
-

## Tableau 2 Gamme diagnostique devant des douleurs pelviennes aiguës en contexte septique.

### *Causes gynécologiques*

Infections génitales hautes +++

(endométrite, salpingite, ovarite, abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite gynécologique)

Thrombophébite de la veine ovarienne

Myome utérin en nécrobiose

Nécrose d'un ovaire en cas de torsion annexielle méconnue

### *Causes extra-gynécologiques*

Causes digestives +++

Appendicite aiguë

Diverticulite sigmoïdienne

Iléite et colite

Appendagite

Causes urologiques

(cystite, pyélo-uretérinite et après pyélonéphrite)

### Tableau 3 Gamme diagnostique devant des douleurs pelviennes aiguës en contexte non septique.

#### *Causes gynécologiques*

Grossesse extra-utérine (GEU)

Torsion annexielle

    Torsion tubaire isolée

    Torsion ovarienne

Hémorragie intrakystique et rupture de kyste ovarien

Autres causes plus rares

    Dysménorrhée, syndrome intermenstruel

    Syndrome d'hyperstimulation ovarienne

    Poussée inflammatoire d'endométriose

#### *Causes extra-gynécologiques*

Causes urologiques

    Colique néphrétique

Causes digestives

    Appendagite

    Occlusion digestive mécanique (hernie obturatrice ou crurale...)

# Chez la femme enceinte

- MAP
- Pathologie urinaire ( infection urinaire , pyelonephrite , infection urinaire )
- Douleur liée à une pré ou à une eclampsie
- HRP
- Necrose aseptique d'un fibrome
- Torsion d'annexe
- Syndrome douloureux pelvien gravidique
- Pyrosis – RGO
- Constipation
- SHAG
- APPENDICITE
- OCCLUSION
- CHOLECYSTITE

# DOULEURS PERIOMBILICALES ET DIFFUSES

:

- Peritonite
- OIA
- Pancreatite
- rupture d un anevrisme de l aorte abdominale
- Hemorragie d origine gynecologique
- Ischemie intestinale
- gastroenterite

# 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.*

# Du symptôme à la prescription en médecine générale



# Références :

## Douleur abdominale aiguë : quelles investigations ?

C. Trésallet, P. Leyre, F. Menegaux

*La douleur abdominale est un motif fréquent de consultation. Elle peut être symptôme d'affection digestive ou non, et d'intensité ou de gravité variable. Son traitement peut être chirurgical. Les investigations à mettre en œuvre devant une douleur abdominale aiguë reposent sur un examen clinique rigoureux, qui permet de formuler des hypothèses étiologiques et d'orienter le malade vers une éventuelle prise en charge hospitalière d'emblée. Dans ce contexte, la prescription d'examens complémentaires est orientée par la clinique et permet de confirmer le diagnostic, d'en évaluer la gravité et d'indiquer un traitement étiologique.*

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Douleurs abdominales ; Urgences ; Orientations diagnostiques pour douleurs abdominales ; Examens complémentaires des douleurs abdominales

**Mise au point**

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

L. Chiche<sup>1</sup>, E. Roupie<sup>2</sup>, P. Delassus<sup>3</sup>

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 résolubles (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.

**■ Introduction**

Le problème principal est celui d'une douleur isolée ou prédominante. Il s'agit d'un symptôme ni négligé, ni traité à l'aveugle dans le malade qui est souvent très demandeur. La douleur patient sous simple traitement médical assurant une surveillance ambulatoire ou de l'adresser en dépend de l'expérience du médecin praticien qu'une douleur abdominale aiguë révèle une dans 20 % des cas [1]. L'immense majorité organiques nécessiteront une intervention urgente ou de façon différée. Le moindre doute chirurgical complété par des examens complémentaires selon leurs performances diagnostiques et sans en charge thérapeutique.

**■ Conduite diagnostique**

**Plan**

- Introduction 1
- Conduite diagnostique 1
  - Examen clinique du malade vu en urgence pour douleur abdominale aiguë 1
  - Examens complémentaires 3
- Étiologies des douleurs abdominales diffuses 3
  - Pathologies médicales 3
  - Pathologies chirurgicales 4
  - Causes diverses 7
- Étiologies des douleurs abdominales localisées 7
  - Douleurs de l'hypocondre droit 7
  - Douleurs de l'hypocondre gauche 8
  - Douleurs épigastriques 8
  - Douleurs de la fosse iliaque droite 9
  - Douleurs de la fosse iliaque gauche 9