

SEMINAIRE S.F.M.U. 2001
DOULEURS ABDOMINALES NON
TRAUMATIQUES :
prise en charge aux Urgences

DOULEURS AIGUËS DE L'ABDOMEN.

**CRITERES CLINIQUES ET PARACLINIQUES QUI ENTRAINENT LA CONSULTATION DU
CHIRURGIEN A L'ACCUEIL DES URGENCES.**

Jean Hardwigsen, Service de Chirurgie Générale, Hôpital de La Conception, Marseille.

Organisation : Collège de Médecine d'Urgence d'Ile de France

Société Francophone de Médecine d'Urgence



DOULEURS AIGUËS DE L'ABDOMEN.

CRITERES CLINIQUES ET PARACLINIQUES QUI ENTRAINENT LA CONSULTATION DU CHIRURGIEN A L'ACCUEIL DES URGENCES.

Il est classique de définir par « douleur abdominale aiguë », une douleur se projetant sur l'abdomen qui évolue depuis moins d'une semaine au moment de la consultation ¹. Elle peut-être le signe d'appel d'affections intra-abdominales (gastro-intestinale, urogénitale ou vasculaire) mais aussi un symptôme révélateur d'affections cardiaques, pulmonaires, endocrinienne, métaboliques.

Deux données vont guider la démarche du médecin urgentiste. D'une part, une douleur abdominale aiguë peut être le symptôme révélateur d'une urgence chirurgicale pouvant mettre le pronostic vital du patient en jeu, et d'autre part l'une des principales étiologies retenue à la sortie du patient du système hospitalier est : « douleur abdominale non spécifique (= d'étiologie inconnue) ». De fait, la démarche diagnostique et/ou thérapeutique sera avant tout pragmatique. Ainsi après un interrogatoire et un examen clinique attentif et minutieux éventuellement complété de quelques éléments paracliniques, trois situations peuvent être identifiées : 1/ poursuivre des investigations voire surveiller le patient jusqu'à l'obtention d'un diagnostic, 2/ décider une thérapeutique malgré l'absence de diagnostic certain, 3/ exclure une affection nécessitant un traitement d'urgence. La prévalence et la gravité potentielle des affections dites « chirurgicales », impose une indispensable coordination et collaboration entre médecin « urgentiste » et médecin « qui sait opérer » (plus connu sous le nom de chirurgien) pour la prise en charge optimale et rationnelle d'un patient présentant une douleur abdominale aiguë.

1 Quelques données pour mieux comprendre et augmenter la performance diagnostique et/ou décisionnelle...

Une analyse rigoureuse de la sémiologie (interrogatoire et examen clinique) augmente de 10 % en moyenne sa performance décisionnelle ¹.

Les douleurs abdominales représentent 4 à 8 % des motifs de consultations des services d'urgence, 18 à 42 % des patients seront hospitalisés.

1.a. Données sur la physiopathologie de la douleur.

La douleur viscérale pure (distension d'un organe, ischémie, inflammation strictement limitée à l'organe) est transmise par le système nerveux autonome ; lorsqu'il peut la localiser, le malade la situe sur la ligne médiane (épigastre, ombilic ou hypogastre). La douleur pariétale, transmise par le système nerveux central survient lorsque le péritoine pariétal est stimulé par une inflammation. Mieux localisée par le patient, elle siège en regard de l'organe intéressé ¹.

Une exception classique : l'inflammation sous-phrénique (abcès, hémopéritoine) en stimulant le diaphragme se projette à la face postérieure de l'épaule du malade (influx nerveux véhiculé par C4). La succession des 2 types de douleurs dans le temps est classique (appendicite : douleur ombilicale ou épigastrique puis en fosse iliaque droite.)

La rapidité d'installation oriente vers le mécanisme pathologique. Une douleur brutale (quelques secondes), d'emblée maximale, obligeant à cesser toute activité évoque, une perforation, une embolie ou une rupture (grosses tubaires, anévrisme rompu). Une douleur rapidement progressive et maximale en quelques heures évoque un obstacle, une ischémie, une torsion. Une douleur progressive développée en quelques jours, restant supportable évoque un foyer inflammatoire, une occlusion, une tumeur.

Les facteurs modifiants la douleur précisent le mécanisme étiopathologique. Les conditions qui mobilisent la masse viscérale vont aggraver la douleur due à un foyer inflammatoire intra-abdominal (toux, inspiration profonde, dépression de la paroi abdominale, marche), le repos diminuera dans ces cas la douleur.

De même l'évolution dans la temps de l'intensité douloureuse est très informative. Les crampes sont des douleurs intermittentes de durées variables et souvent supportables ; elles se témoignent surtout de foyers inflammatoires. La douleur permanente intense caractérise l'ischémie ou la distension viscérale. Les paroxysmes douloureux des coliques traduisent la contraction de muscles lisses luttant contre un obstacle.

1.b. Données sur l'épidémiologie des affections douloureuses de l'abdomen.

Une bonne connaissance de la prévalence des principales affections douloureuses abdominales augmentera l'efficacité de la prise en charge. Il est ainsi classique de les différencier en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau 1. Prévalence en fonction de l'âge (d'après Dombal FT . Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterol* 1994 ; 19:331-5).

Cause réelle de la douleur abdominale aiguë	Patients < 50 ans	Patients > 50 ans
Cholécystite	6 %	21 %
Doul. Abdo. NS	40 %	16 %
Appendicite	32 %	15 %
Obstruction intestinale	2 %	12 %
Pancréatite	2 %	7 %
Diverticulose	< 0,1 %	6 %
Cancer	< 0,1 %	4 %
Hernie	< 0,1 %	3 %
Vasculaire	< 0,1 %	2 %

NS : non spécifiée.

Tableau 2 : Prévalences en fonction du sexe des principales étiologies retrouvées à partir d'une étude prospective incluant 7000 patients (en France) d'après ²

Cause réelle de la douleur abdominale aiguë	Hommes	Femmes
Appendicite	30 %	23 %
Doul. Abdo. NS	21,7 %	25,3 %
Occlusion	7,8 %	8,9 %
Cholécystite	7,7 %	12,4 %
Perforation d'ulcère	6,5 %	1,6 %
Pancréatite	5,2 %	1,8 %
Autres diagnostics	5,1 %	3,4 %
Colique néphrétique	4,9 %	1,9 %
Poussée ulcéreuse	4 %	0,8 %
Salpingite	-	4,5 %
Grossesse extra-utérine	-	3,1 %
Kyste ovarien	-	2,8 %
Péritonite	2,5 %	2,1 %
Hernie étranglée	2,3 %	3,7 %
Sigmoïdite	2,1 %	2 %
Infection urinaire	0,2 %	2,7 %

NS : non spécifiée.

À partir de ces données, plusieurs algorithmes décisionnels ont été proposés. De manière générale, les pathologies sont déclinées en fonction du sexe et de l'âge et dans un ordre de gravité décroissante. Une référence intéressante est le premier numéro de la revue « Emergency medicine practice » ³

1.c. Les populations « à risques ».

Trois sous population de patients méritent toute l'attention du fait des erreurs diagnostiques inhérentes à leur situation : les personnes âgées, les immunodéprimés et les femmes en age de procréer. Pour les deux premières sous populations, les modifications du système immunitaire, de la musculature de la sangle abdominale et l'hyporéactivité du péritoine, peuvent masquer les signes péritonéaux jusque tard dans l'évolution des pathologies. Les complications de la grossesse et son interrelation avec les autres affections intra-abdominales rendent plus difficiles les analyses sémiologiques et limitent les possibilités d'explorations radiologiques utilisant des rayonnements ionisants.

Deux tiers des personnes âgées (> 50 ans ou >65 ans, selon les équipes) référées aux urgences seront hospitalisés ⁴ dont 40 % nécessiteront un traitement chirurgical.

Les personnes âgées sont les plus exposées aux catastrophes vasculaires (ischémie mésentérique, complications des anévrysmes de l'aorte abdominale et infarctus du myocarde). Au-delà de 70 ans ces pathologies vasculaires représentent 10 % des étiologies des douleurs abdominales.

Avec l'age, la performance diagnostique diminue et la mortalité augmente, ainsi pour les octogénaires, la mortalité des patients référés pour douleurs abdominales est 70 fois supérieure à celle des adolescents, elle est de 7 %, parallèlement l'efficacité à porter un diagnostic diminue sous les 30 % ⁵

Les états d'immunosuppression acquis (HIV, insuffisants rénaux dialysés) ou induits (traitements par corticoïdes ou autres immunosuppresseurs, les transplantés d'organes) sont la source d'erreurs diagnostiques fréquentes. Ces états favorisent la survenue d'infections opportunistes de la sphère abdominale (CMV, cryptosporidiose, mycoplasme a avium intracellulare..) mais aussi de néoplasies de présentation inhabituelle (lymphome non Hodgkiniens, carcinomes indifférenciés, sarcome de Kaposi..). Ils sont associés à des troubles de la réflexivité nociceptive du péritoine ; les tableaux cliniques sont frustres, il s'agit fréquemment de forme asthénique.

2. En pratique...

Plutôt que de se poser la question : « Dois-je appeler le chirurgien ? » il est important de décider « quand appeler le chirurgien ? ». Hésiter entre une péritonite par perforation d'une sigmoïdite diverticulaire ou par perforation d'un cancer du côlon descendant a peu d'importance dès lors que l'indication opératoire est posée. Dès le diagnostic de rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale suspecté, la démarche doit être efficace et rapide : pas d'examen inutile. N'oublions pas cet aphorisme anglo-saxon : « CT is a dark and lonely place where emergency patients go to die ».

Dans les situations les moins aiguës, le chirurgien pourra utilement aider à une hiérarchisation des examens paracliniques dont l'indication dépendra de la valeur de renseignement attendue (essentiellement pour une modification en urgence de l'attitude thérapeutique). Enfin le chirurgien pourra prendre en charge le patient pour indiquer les explorations à moyen terme pour établir un diagnostic. Dans une étude française, sur un suivi moyen de 21 mois, l'organocité de la douleur avait été retrouvée dans 20 % des cas chez les patients pour lesquels le diagnostic de sortie de l'hôpital avait été « douleur abdominale non spécifique »⁶

3. En conclusion.

3. 1. Quelques questions utiles pour une bonne décision.

1/ Quel âge avez-vous ?

Age avancé signifie risques augmentés.

2/ Qu'est-ce qui est arrivé en premier, la douleur ou les vomissements ?

La douleur première est souvent rencontrée dans des pathologies chirurgicales.

3/ Depuis combien de temps avez-vous cette douleur ?

Une douleur évoluant depuis moins de 48 heures est plus grave.

4/ Avez-vous déjà eu une chirurgie abdominale ?

Il faut penser aux occlusions intestinales...

5/ La douleur est-elle constante ou intermittente ?

Une douleur constante est plus grave.

6/ Avez-vous déjà eu un épisode identique avant ?

En absence d'antécédent identique, la situation est potentiellement plus grave.

7/ Avez-vous des antécédents de cancer, de diverticulose, de pancréatite, d'insuffisance rénale, de lithiase ou de maladie inflammatoire de l'intestin ?

Leur présence est de mauvais pronostic.

8/ Etes-vous HIV positif ?

Considérer les infections opportunistes et les pathologies induites par les drogues, par ex. : les pancréatites.

9/ Quelle quantité d'alcool buvez-vous par jour ?

Pancréatites, hépatites et cirrhoses compliquées.

10/ Etes-vous enceinte ?

Et pourquoi pas une GEU.. ?

11/ Prenez-vous des antibiotiques ou de la cortisone ?

Masquent volontiers les infections.

12/ La douleur a-t-elle commencé au milieu, puis migré vers la partie inférieure droite de l'abdomen ?

Très évocateur d'appendicite.

13/ Avez-vous des antécédents de maladie du cœur ou des vaisseaux ? une hypertension artérielle ou des troubles du rythme cardiaque ?

Ischémies mésentériques et anévrismes aortiques compliqués doivent être évoqués.

3.2. Quelques remarques de bon sens.

Les dix excuses qui ne marchent pas devant une Cour de Justice...

Chez la personne âgée :

« il était simplement constipé »

La constipation est un diagnostic mortel pour la personne âgée. Rien ne ressemble plus à une constipation qu'une ischémie mésentérique, un volvulus ou un septis intra-abdominal.

« j'aurais dû y penser »

L'ischémie mésentérique doit être évoquée surtout en présence d'une douleur résistant aux antalgiques morphiniques..

« ça ressemblait à une colique néphrétique »

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

Toujours penser à l'AAA chez la personne âgée avant celui de colique néphrétique. Une hématurie est présente dans L ? % des cas de AAA.

« j'aurais dû appeler un chirurgien »

Quarante pour cent des douleurs abdominales de la personne âgée nécessitent un acte chirurgical. Les personnes âgées peuvent avoir une leucocytose normale, aucun signe péritonéal et de véritables « drames abdominaux ».

Chez la femme en âge de procréer :

« elle m'assurait qu'elle ne pouvait pas être enceinte »

Prudence, prudence...

« ça ressemblait à une classique infection pelvienne »

Un tiers des appendicites sont initialement étiquetées salpingites.

D'une manière générale :

« je pensais que c'était une gastro-entérite »

Eviter ce « diagnostic poubelle » mais préférer « douleurs abdominales non spécifiques ». Une véritable gastro-entérite nécessite : nausées, vomissements et diarrhées.

« mais la numération formule sanguine était normale »

Ne jamais éliminer une cause chirurgicale sur un hémogramme, 20 % des appendicites ont une leucocytose normale. Et puis.. ne jamais se lamenter devant une Court !!!

« la douleur était située au mauvais endroit »

Et oui l'appendicite est parfois rétrocaecale.

Enfin, si j'avais su, je serais allé au 6^{ème} Journée de la SFMU....Voilà une bonne remarque...

Et de toute façon, au prix de la consultation spécialisée (moins chère que beaucoup d'exams paracliniques inutiles) pourquoi se gêner et ne pas appeler le chirurgien très souvent... ? Ils sont utiles au diagnostic, au choix thérapeutique et parfois.... pour opérer.

4. Quelques aphorismes anciens et toujours d'actualités :

La thérapeutique oscille souvent entre le possible et l'idéal. Sachez ne pas poursuivre l'idéal dans tous les cas.

La thérapeutique ne peut être proposée en « confection », elle est obligatoirement « sur mesure. »

Une colique est soit intestinale soit néphrétique soit hépatique.

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

En matière de péritonite, l'attentisme n'est pas prudence : le temps travaille contre le malade ;

Une péritonite aiguë du vieillard est souvent asthénique, n'attendez pas les signes cliniques pour faire le diagnostic.

On peut avoir une occlusion intestinale et continuer à avoir un transit.

Un patient avec antécédents vasculaires qui fait brusquement un état de choc avec un ventre d'allure occlusive et péritonéale fait un infarctus intestinal.

Références :

1. Flamant Y. Douleurs abdominales aiguës. *In* Fagniez PL, Houssin D, eds. Chirurgie digestive et thoracique, Vol. 2. Paris: Masson, 1991. pp. 43-7.
2. A.R.C. AURCe. les syndromes douloureux aigus de l'abdomen : étude prospective multicentrique. *Nouv Presse Med* 1981(10):3771-3.
3. Colucciello SA, Lukens TW, Morgan DL. Assessing abdominal pain in adults: a rational, cost-effective and evidence-based strategy. *Emergency Medicine Practice* 1999; 1(1):1-20.
4. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 1998(5):1163-8.
5. de Dombale FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. *Scand J Gastroenterol* 1988(144):35-42.
6. Lukacs B, Flamant Y, Hay JM, Maillard JN. What becomes of patients suffering from non specific abdominal pain? *In* Wilson DH, Marsden AK, eds. Care of the acutely ill and injured: John Wiley and Sons Ltd, 1982. pp. 409-10.