

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

**DOULEURS ABDOMINALES : ORIENTATIONS A LA SORTIE DES URGENCES SANS
AVIS DU CHIRURGIEN**

Ph. Jean, P. Nelh, R. Mazellier, SAU Conception, Marseille

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



Société Francophone de Médecine d'Urgence



DOULEURS ABDOMINALES : ORIENTATIONS A LA SORTIE DES URGENCES SANS AVIS DU CHIRURGIEN

Ph. Jean, P. Nelh, R. Mazellier, SAU Conception, Marseille

Introduction

Dans un service d'urgences, la Douleur Abdominale (DA) est un motif de recours fréquent (de 4 à 10 % des visites) (1). La variété des situations rencontrées, la multiplicité des organes en cause rendent compte de l'hétérogénéité des tableaux cliniques, et de la difficulté de les aborder selon une approche globale (2).

Si l'avis du chirurgien est fréquemment recherché, l'urgentiste est souvent confronté seul à des prises de décisions difficiles, lorsqu'il s'agit de choisir l'orientation du patient, particulièrement pour le retour à domicile.

Il n'y a pas de méthode ou de critère objectif, pertinent et fiable permettant de poser avec certitude une indication de sortie à domicile d'un patient admis pour DA.

Celle-ci ne peut s'envisager qu'au terme d'une démarche probabiliste, et souvent par éliminations successives, dans laquelle le jugement clinique du médecin demeure un des éléments déterminants de la décision.

Dans ce qui suit, la démarche adoptée sera globale, sans préjuger d'une localisation particulière de la DA, ou d'une présomption diagnostique.

I) La démarche initiale

De cette première étape dépend l'appel ou non au spécialiste. Elle repose sur un interrogatoire précis, des antécédents et des caractéristiques de la DA, complétée par un examen clinique fait par un médecin senior. Du fait d'une spécificité et d'une sensibilité plutôt faible des signes cliniques (2), cet examen doit pouvoir être refait au moins une fois, dans un délai compatible avec la prise en charge aux urgences, pour améliorer la performance diagnostique (3,4).

Cette étape permet d'identifier l'appartenance ou non à un *groupe à risques* :

Personne âgée (≥ 60 -65 ans), HIV, Femme en âge de procréer (1). Il faut y rajouter l'existence d'une fièvre, de facteurs de risques de coronaropathie et les antécédents d'éthylisme chronique. Pour ces groupes, le risque d'erreurs diagnostiques impose une démarche plus rigoureuse, avec une décision d'hospitalisation plus fréquente que le retour à domicile.

Une fois éliminés les diagnostics différentiels, l'urgentiste va organiser sa prise en charge selon son jugement clinique initial.

II) Orientations selon le jugement clinique initial.

Cette première idée conditionne largement la poursuite de la démarche et la décision de sortie. La performance diagnostique, estimée par comparaison entre la présomption diagnostique initiale et le diagnostic final, de DA organique ou non organique, après une consultation de type policlinique, est estimée par Martina à 93% (5).

Ce jugement clinique initial conduit à définir 3 groupes de DA :

- *DA organique certaine*
- *DA organique possible*
- *DA non organique.*

II-1 DA organique certaine.

Elle est envisagée sur l'histoire clinique et présumée sur la constatation d'au moins un signe clinique de souffrance abdominale organique, évocateur d'un syndrome occlusif, péritonéal, pelvien ou infectieux.

La prise en charge s'appuie sur la réalisation d'examens d'imagerie, sur des examens biologiques (discutés par ailleurs lors de ce séminaire) et l'appel au chirurgien est fréquent. L'indication d'hospitalisation est la décision la plus probable, surtout s'il s'agit d'un patient appartenant à un groupe à risques.

II-2 DA organique possible.

C'est un des cas de figures les plus habituels en Médecine d'Urgence. Le tableau clinique est bâtarde ou discordant, l'examen clinique variable. La DA est régressive ou fluctuante. L'urgentiste va s'appuyer sur les examens complémentaires et organiser sa stratégie d'orientation.

Si l'Abdomen Sans Préparation n'a pas d'intérêt dans ce cas, l'échographie et le scanner peuvent jouer un rôle décisif.

Ainsi, l'échographie réalisée dans le cadre de l'urgence conduit à un diagnostic imprévu dans 19 à 23% des cas. Le scanner améliore le degré de certitude diagnostique et change la nature de l'orientation, avec 24% d'hospitalisations réfutées et retour à domicile (6), en particulier chez les patients sans antécédents digestifs (7).

La disponibilité et le moindre coût de l'échographie conduisent à la proposer en première intention aux urgences (8). En pratique, l'organisation locale conditionne le choix préférentiel ou consécutif des examens.

L'apport de la biologie est beaucoup moins contributif, mais s'intègre dans un faisceau d'arguments, pour envisager le retour à domicile. Si l'on connaît bien les limites de la numération Ces examens influent encore largement sur la venue du spécialiste ou du chirurgien aux urgences, ou sur la décision du radiologue ! !

Dans le cadre de ces DA organiques possibles, une tentative de schématisation des orientations de sortie peut être proposée (Tableau I). Cette proposition sera sûrement sujette à discussion et controverse, témoignant d'une grande variabilité d'appréciation des cliniciens. A noter qu'il n'y a pas de travaux de concordance inter-observateurs sur ce thème.

Cette schématisation conduit à proposer :

-1- *Le retour à domicile* (RAD), lorsque l'ensemble des investigations cliniques, répétées sur un intervalle de temps suffisant, et paracliniques, ne révèle pas de signe d'évolutivité, ou de gravité, pour un patient n'appartenant pas à un groupe à risques, et si la DA a régressé, spontanément ou après traitement, et en utilisant les recommandations des Conférences de Consensus, les Recommandations de Pratique Clinique et les protocoles de Médecine d'Urgence.

Le RAD se fera avec une proposition de suivi, par le médecin traitant ou dans le cadre d'une consultation spécialisée, selon le type de DA et la nécessité d'investigations ultérieures. Au mieux, un rendez-vous de consultation sera fixé dès les urgences, pour une meilleure garantie des suites (9) Dans tous les cas, des consignes de sortie, écrites et commentées, sont recommandées (2).

-2- *l'orientation vers l'UHCD*, lorsqu'il existe un doute clinique ou qu'au moins un des paramètres paracliniques est perturbé (3,10), ou si la douleur persiste ou se modifie, en particulier après traitement. Selon Graff, 10% des patients bénéficient d'une surveillance de courte durée, et 80 à 90% d'entre eux pourront retourner à domicile.

Le doute diagnostique justifie une surveillance évolutive protocolisée à l'UHCD avec :

- Examens cliniques répétés et consignés dans le dossier, avec, si besoin, utilisation de scores lorsqu'ils existent,
- Contrôle des examens biologiques perturbés, à la recherche d'une évolutivité ou d'une régression,
- Réalisation, ou contrôle d'examens d'imagerie, différés de 12 à 24 heures,
- Consultation de spécialiste sur place, dans les 12 à 24 heures.

Ce type de procédure s'intègre parfaitement dans les objectifs de l'UHCD, tels que recommandés par la SFMU (11).

La sortie de l'UHCD vers le domicile comportera des recommandations écrites et commentées.

II-3 DA non organique.

Au terme de la prise en charge initiale, l'absence d'hypothèse diagnostique et la négativité des investigations complémentaires, pour une DA évoluant depuis moins de 7 jours, aboutit au concept de Douleur Abdominale Non Spécifique (DANS) (2,12,13,14).

Elle serait en cause dans 30 à 45% des DA admises en urgence, et concerne préférentiellement la femme, surtout âgée de moins de 30 ans, et aussi l'enfant. La moitié de patients ont présenté un épisode identique dans leurs antécédents.

Cette DANS est caractérisée par une douleur, plutôt localisée dans la moitié inférieure de l'abdomen, fréquemment latéralisée à droite, d'intensité variable, parfois très intense. Elle peut s'accompagner de signes digestifs (vomissements, troubles du transit). Les examens complémentaires n'apportent aucun argument de décision.

Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion, qui cache une grande ignorance (12,15).

Différentes hypothèses ont été formulées quant à son mécanisme : virale (enfant), bactérienne, parasitaire, gynécologique, pariétale, et psychosomatique.

La sortie de ces DANS se fait habituellement à domicile, parfois à l'UHCD (3), et doit prendre en compte 2 aspects particuliers :

- Une importante partie de ces DANS sont en réalité des colopathies fonctionnelles (côlon irritable, (37% des DA chez la femmes, 19% chez les hommes)(15,16), dont les critères peuvent être analysés dès les urgences (17).
- Chez les patients de plus de 50 ans, un cancer digestif est découvert dans 10% des cas, dans un délai de 9 mois (18).

Ainsi, une DANS, considérée souvent comme une affection à forte connotation anxieuse doit

- être évaluée convenablement, grâce à l'interrogatoire, la clinique, et la négativité des examens complémentaires,
- permettre le RAD, avec organisation d'un suivi médical assorti de consignes de sorties écrites et commentées.

Dans les tableaux douteux ou intenses, une surveillance de quelques heures à l'UHCD précèdera le RAD (3).

III RAD des DA sans examens complémentaires

Toutes les DA vues aux urgences non vues par le chirurgien nécessitent-elles des examens complémentaires avant le RAD ? Aucun travail publié n'ose venir répondre à cette question. En pratique, une DA, chez un patient jeune, se présentant spontanément, sans antécédent digestif, ou dont l'histoire évoque une colopathie fonctionnelle, n'appartenant pas à un groupe à risque, avec un examen clinique dans les limites de la normale, dont la DA a régressé spontanément ou sous traitement symptomatique banal peut ne pas bénéficier, en première analyse, d'investigations complémentaires aux urgences.

Le médecin senior veillera à organiser au mieux les suites immédiates et ultérieures.

CONCLUSION

L'urgentiste se sent souvent bien seul face à la décision de sortie du patient venu pour douleur abdominale, surtout la nuit, et quand le tableau clinique est peu typique...

Le doute est souvent présent, et l'insatisfaction aussi !

Cependant, malgré une forte part de subjectivité, la prise en charge des DA s'est améliorée depuis 20 ans : moins d'hospitalisations, moins d'erreurs de diagnostic, diminution du nombre de DANS au profit de diagnostics spécifiques (19)

Les urgentistes sont sur la bonne voie.

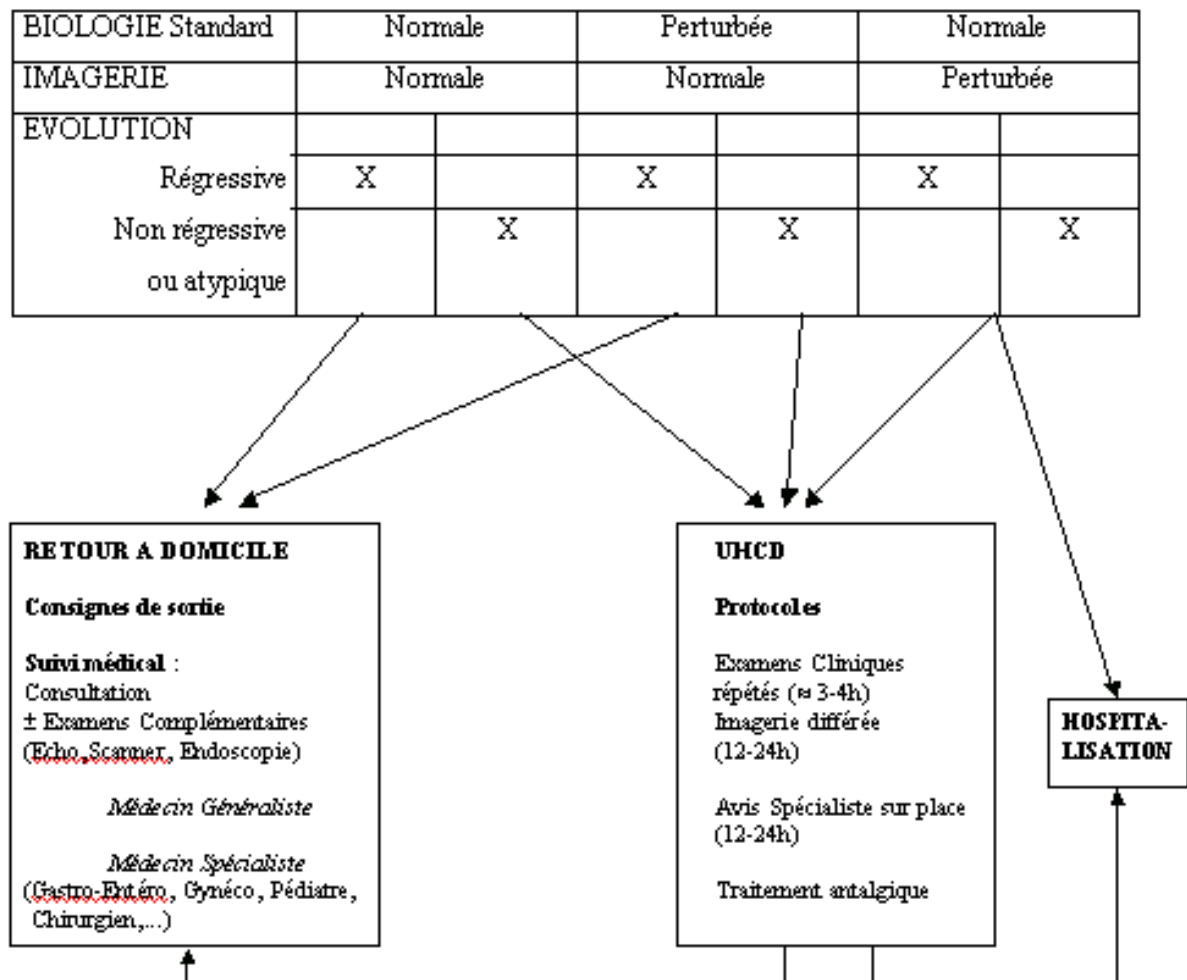


TABLEAU I
PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS POUR LES DOULEURS ABDOMINALES
POSSIBLEMENT ORGANIQUES
(en dehors des groupes à risques, de signes spécifiques ou de gravité)

Références

1. Colocciello SA, Lukens TW, Morgan DL. Assessing abdominal pain in adults : a rational, cost-effective, and evidence-based strategy. Emergency Medicine Practice 1999 ;1 :1-20
2. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy : Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of non traumatic abdominal pain. Ann Emerg Med 2000 ; 36 :406-15
3. Thomson HJ, Jones PF. Active observation in acute abdominal pain. Am J Surg 1986 ;152 :522-5
4. Graff L, Rudford MJ, Werne C. Probability of appendicitis before and after observation. Ann Emerg Med 1991 ;20 :502-7
5. Martina B, Buchelli B, Stotz M and al. First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between non organic and organic causes of abdominal or chest pain. J Gen Intern Med 1997 ;12 :459-65
6. Rosen MP, Sands DZ, Esterbrook Longmaid H and al. Impact of abdominal CT on the management of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain. AJR 2000 ;174 :1391-6
7. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller MF and al. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. AJR 1997 ;168 :173-8
8. Puylaert JB, Van der Zant FM, Rijke AM. Sonography and the acute abdomen : Practical considerations. AJR 1997 ;168 :179-86

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

9. Thomas EJ, Burston HR, O'Neil AC and al. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med* 1996 ;27 :49-55

10. Graff LG. Abdominal pain, *in* Observation Medicine, Andover Medical Publishers Ed, 1993, pp 107-24

11. Gerbeaux P, Bourrier P, Cheron G et Al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée des Services d'Urgences. *JEUR* 2001 ;14 :144-52

12. de Dombal FT, Leaper DJ, Horrocks et al. Human and computer-aided diagnosis of abdominal pain : further report with emphasis on performance of clinicians. *BMJ* 1974 ;1 :376-380

13. Gray DWR, Collin J. Non specific abdominal pain as a cause of acute admission to hospital. *Br J Surg* 1987 ;74 :239-42