

SEMINAIRE S.F.M.U. 2001

DOULEURS ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES :

prise en charge aux Urgences

LA DOULEUR ABDOMINALE SUR-AIGUË

B.Vermeulen, Urgences médico-chirurgicales, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève

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



Société Francophone de Médecine d'Urgence



LA DOULEUR ABDOMINALE SUR-AIGUË

Dix pour cent des consultations dans un service d'urgence concerne une plainte abdominale.

Trente à 40% des patients vont quitter le service avec le diagnostic de douleur abdominale non spécifique (DNS), terme qui traduit l'impossibilité de poser un diagnostic de certitude.

L'urgence abdominale peut être définie comme une affection à traiter ou à opérer dans les 6 heures. Elle représente environ 40% de toutes les opérations effectuées en urgence.

L'urgence abdominale suraiguë ou urgence vitale ne concerne que 1% des abdomens aigus d'un centre d'urgence.

Une douleur abdominale aiguë est source d'angoisse et souvent accompagnée de manifestations émotionnelles soit par le patient soit par l'entourage ce qui complique une évaluation objective et sereine de la situation. Pour faciliter une prise de décision, nous avons cherché à systématiser et hiérarchiser les questions à poser et les gestes à effectuer.

Le médecin qui prend en charge une douleur abdominale doit impérativement identifier s'il s'agit d'un abdomen sur-aigu, aigu ou sub-aigu. Pour « ordonner le chaos » il doit objectiver les paramètres qui lui permettront d'identifier le degré d'urgence. Dès cet instant, sa stratégie décisionnelle devra prendre en compte ce qu'il doit faire :

dans la 1^{ère} minute

dans la 1^{ère} heure

dans les 24 heures

prévenir des complications potentielles à moyen terme

Ordonner le « Chaos »

Pour arriver à ordonner le chaos, il faut établir à une évaluation très structurée au moyen de paramètres objectifs et qui vont permettre une « action » cohérente.

Nous enseignons à nos collaborateurs le recours à l'A.B.C.D.E. (airways, breathing, circulation, neurological disability, total body examination) de l'ATLS (advance trauma life support) et de l'ACLS (advance cardiac life support) comme moyen mnémotechnique.

Cette approche très systématique assure à son utilisateur une objectivation des paramètres hémodynamiques (Pls, TA, FR) et permet d'initier des traitements généraux (administration d'O₂, perfusion...) afin de soutenir ou de corriger les paramètres hémodynamiques.

Évaluation initiale de la douleur

Une anamnèse ciblée de la plainte du patient ou de l'entourage doit permettre :

- de déterminer le mode d'installation et de son évolution. Par exemple une douleur d'installation brutale, ressentie comme déchirante et caractéristique d'un anévrisme disséquant ; ressentie comme constrictive avec des accès qui « coupent la respiration » elle suggère une colique hépatique ou néphrétique ;
- d'évaluer l'intensité de la douleur. Elle est éminemment subjective. Toutefois en demandant au patient de quantifier sa douleur de 0 à 10 sur une échelle d'évaluation analogique on obtient une valeur intégrant une part d'objectivité fiable ;
- d'évaluer le type de douleur. La douleur viscérale ou splanchnique par irritation du système autonome est ressentie comme sourde et/ou constrictive, est le reflet d'une distension d'un organe creux ou plein. La douleur somatique ou pariétale provient de la stimulation des fibres nociceptives par une inflammation bactérienne ou chimique. Cette dernière est plus aiguë et presque toujours constante ;
- de déterminer la localisation de la douleur. Si elle d'origine viscérale pure sa localisation sera fonction de l'origine embryologique de l'organe. mais la douleur peut être ressentie ailleurs que dans l'abdomen ; région sus-claviculaire lorsqu'il s'agit d'une irritation du diaphragme, testicules en cas de colique néphrétique. Enfin une douleur sans atteinte primaire d'un organe intra-abdominal peut s'exprimer au niveau abdominal : infarctus diaphragmatique, pneumonie ;

déterminer les facteurs provocants (nausée, vomissement, toux).

Les informations complémentaires indispensables

Cet ensemble est composé :

- du délai écoulé entre le début des douleurs et la prise en charge médicale ;
- de l'âge, des antécédents médicaux et des tares associées ;
- d'un traumatisme abdominal récent et a priori bénin pour le patient
- d'un examen clinique de l'abdomen, en recherchant l'absence de bruits, la présence d'une défense ou d'une douleur diffuse à la détente, une masse pulsatile et expansive. Une douleur sévère associée à un abdomen complètement silencieux est une indication d'exploration chirurgicale dans les plus brefs délais ;
- de la recherche de cicatrices d'opérations antérieures avec présence ou non d'une éventration ;
- de la recherche d'une voussure au niveau des plis inguinaux

Diagnostic de présomption initiale essentielle

Deux pathologies doivent être évoquées d'emblée car elle peuvent entraîner un décès brutal :
l'hémopéritoine : un anévrisme de l'aorte abdominale, une grossesse extra-utérine rompue, une rupture splénique ou autre rupture vasculaire intra-abdominale ;
l'infarctus du myocarde

Un hémopéritoine vu dans sa phase précoce n'est souvent pas encore accompagné d'une instabilité hémodynamique. L'exemple le plus caricatural est un patient âgé de plus de 50 ans, hypertendu connu et traité et qui présente une douleur brutale de type colique néphrétique. Ce tableau clinique peut être celui de la fissuration progressive en rétro péritonéale d'un anévrisme postérieur

Eléments-clés prédictifs d'une chirurgie

Il n'existe pas de travaux sur le devenir des patients ayant présenté des douleurs abdominales aiguës ni sur les signes et les symptômes permettant de prédire une affection chirurgicale. Néanmoins, lors de l'analyse des différents symptômes et signes permettant de prédire une affection chirurgicale, un certain nombre ont une valeur statistiquement significative.

C'est le cas de la durée de la douleur, puisque l'on retrouve 11% d'affections chirurgicales chez les patients présentant des douleurs depuis plus de 48 heures, alors qu'on en retrouve 18% pour les patients présentant une douleur de moins de 48 heures ($p < 0.001$). Une telle différence bien que statistiquement significative n'est cependant que peu indicative d'une situation suraiguë pour le médecin de ville ou des urgences. Un autre élément à prendre en considération comme facteur prédictif d'une affection chirurgicale est constitué par l'âge du malade. En effet, 33% des patients de plus de 65 ans présentant des douleurs abdominales nécessitent une opération immédiate, contre 16% des patients moins âgés ($p < 0.001$). En cas d'association de douleurs abdominales et de vomissements, il est intéressant de savoir que la douleur abdominale précède les vomissements dans 100% des affections chirurgicales, ce qui n'est le cas que dans 21% des affections non chirurgicales.

Choix des examens complémentaires

Toutes les publications traitant de la douleur proposent une stratégie d'investigation en prenant les entités nosologiques (pancréatite, anévrisme de l'aorte abdominale, colique néphrétique...) comme point de départ de la réflexion de diagnostic et de traitement.

L'urgentiste doit résoudre un « motif de consultation ». Il doit donc entreprendre une démarche cognitive appropriée.

Sur les schémas joint en annexe nous avons tenté de visualiser la spécificité de la démarche clinique de l'urgentiste pour la douleur abdominale sur-aiguë où l'efficacité des examens est primordiale pour gérer l'impératif temps.