

SEMINAIRE S.F.M.U. 2001

DOULEURS ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES :

prise en charge aux Urgences

**PARTICULARITES DES DOULEURS ABDOMINALES LIEES AU TERRAIN : SUJET
AGE, SEROPOSITIF, OPERE RECENT**

**François BERTRAND, Service de Médecine Générale d'Urgence, Hôpital Saint-Roch, 5,
rue P. Dévoluy, 06006, NICE, Cedex 1**

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

Société Francophone de Médecine d'Urgence



PARTICULARITES DES DOULEURS ABDOMINALES LIEES AU TERRAIN : SUJET AGE, SEROPOSITIF, OPERE RECENT

Il est certains terrains pour lesquels la douleur abdominale, relevant d'étiologies particulières, suppose une démarche diagnostique nuancée: c'est le cas chez le sujet âgé, le patient séropositif, et l'opéré récent. Pour chacun d'entre-eux, nous décrirons les pièges possibles, et les étiologies dominantes des douleurs abdominales aiguës définies par la plupart des auteurs (in 1) comme étant apparues depuis moins de huit jours.

DOULEURS ABDOMINALES CHEZ LE SUJET AGE:

Nous définirons comme âgé l'individu de plus de 75 ans par référence à Finch (in 11) qui fait débiter à cet âge la senescence physiologique.

- Les pièges:

Ils sont surtout liés à la difficulté de l'interrogatoire (7,12), à la dilution des signes d'appel abdominaux dans un contexte habituellement polypathologique (9), à la pauvreté du tableau clinique dont l'expression est plus subtile (2, 3, 6, 7, 9, 12), et au caractère peu contributifs de certains examens complémentaires (2, 3).

Certains de ces pièges sont grossiers et doivent être connus :

- Douleur abdominale et contracture abdominale généralisée: la contracture peut être interprétée à tort comme un signe de péritonite alors qu'il s'agit simplement d'une hypertonie musculaire généralisée banale dans la maladie de parkinson et les démences évoluées. La présence d'une hypertonie des membres, de bruits hydroaériques intestinaux, l'absence de grimacement et de majoration de la « contracture » lors de la palpation systématique des différents cadrants, et d'exacerbation de la douleur à la toux sont plutôt en faveur de l'hypertonie.

- Douleur abdominale et défense et / ou masse hypogastrique: il convient d'éliminer une rétention aigüe d'urine, et de réexaminer l'abdomen après évacuation de la vessie.

- Douleur abdominale et diarrhée: l'émission fréquente de petites quantités de selles liquides fécales doit faire rechercher un fécalome. Celui-ci peut toutefois être associé à une poussée de diverticulite favorisée par la stase. L'absence de fièvre ou de fébricule, et de leucocytose éliminent en principe cette dernière étiologie.

- Douleur abdominale et fièvre: en fonction de la localisation de la douleur, certaines étiologies extra-digestives doivent être discutées: pneumopathie, épanchement, ou embolie pulmonaire de la base si la douleur siège dans la partie haute de l'abdomen, infection urinaire si elle siège dans le flanc ou l'hypogastre. La radiographie pulmonaire, et une bandelette urinaire doivent être pratiquées.

- Principales étiologies:

La particularité des étiologies rencontrées chez le sujet âgé tient autant à la fréquence de certaines d'entre-elles qu'au mode d'expression atypique et à la morbidité d'affections rencontrées avec une fréquence identique dans la population générale.

- Fréquence des étiologies des douleurs abdominales du sujet âgé: Cf tableau I:

Tableau n° I : fréquence des principales étiologies des douleurs abdominales chez le sujet âgé:

	Référence bibliographique					
Etiologies	(3)		(1)	(2)	(6)	(11)
Age moyen	<50ans	>50 ans	>75 ans	>70 ans	> 65 ans	>50 ans
Cholécystite	6%	16%	12%	25%		++++
Douleurs abdo. non-spécifiques	40%	16%	23%			++++
Appendicite	32%	15%	4%	8%		
Occlusion intestinale	2%	12%	14%		15.7%	3 fois + fréquent
Pancréatites	2%	7%	2%			
Diverticulites	<0.1%	6%	6%			
Cancers digestifs	<0.1%	4%		15%	7.2%	24% si >70 ans
Hernies	<0.1%	3%	4%	8%		
Causes vasculaires	<0.1%	2%		2 à 4%		2.3%
Ulcères gastro- duodénaux				8%	7.7%	
Infection intra abdo			2% (abcès)		19.2%	
Causes urinaires			6%		7.7%	
Gastrites			8%			
Perforation organe creux			7%			

Douleurs abdominales non traumatiques

Constipation			2%			
Médicamenteuses			2%			
Origine extra digestive			9%			
Divers			8%		32.5%	

Au vu de ces différents travaux, il apparaît que la pathologie biliaire, les occlusions mécaniques, les hernies compliquées, et les cancers soient des causes de douleurs abdominales particulièrement fréquentes chez le sujet âgé. Les causes vasculaires (ischémie mésentérique, anévrismes, infarctus du myocarde), représenteraient jusqu'à 10% des douleurs abdominales après 70 ans (3). Ces différentes étiologies sont détaillées dans le tableau n° II.

• Particularités symptomatiques:

Le vieillissement anatomique des organes digestifs, une moins bonne capacité de réponse à l'infection, et la coexistence d'autres pathologies, expliqueraient pour certains (7) la difficulté à établir un diagnostic de certitude.

En fait, cette difficulté tient moins à la localisation de la douleur qu'à sa signification: qu'il s'agisse de l'appendicite (10), ou de la cholécystite (4), l'intervention révèle la plupart du temps des tableaux très évolués voire compliqués.

Ceci a fait dire à certains (6) que l'examen physique n'est suffisant ni pour établir un diagnostic de certitude, ni pour prévoir le pronostic. Pour d'autres, il apparaît que ni la température, ni la biologie (leucocytose, CRP) ne sont capables d'orienter le diagnostic vers un « abdomen chirurgical » (2). C'est pourquoi il est proposé de réexaminer le patient dans les 6h à 12h qui suivent (2).

Tableau n° II: étiologies des douleurs abdominales du sujet âgé: caractéristiques et démarche clinique

	Organe atteint et affection responsable							
	Voies biliaires	Intestin		Pancréas	Estomac	Parois	Vaisseaux	
Signes associés	Cholécystite aiguë	Appendicite	Diverticulite	Pancréatite	Ulcères G-D.	Hernies	Ischémie mésentère.	Anévrisme aorte
Siège douleur	épigastre HCDt	FID, pfs hypogastrique	FIG, pfs hypogastrique	épigastre	épigastre	svt diffuse	périombilicale ou diffuse	périombilicale, flanc, dorsale
Diarrhée	(-)	(-)	+/-	+/-	(-)	parfois au début	possible	(-)
Rectorragie ou méléna	(-)	(-)	possible	(-), sauf si ampullosme	+ à ++	(-)	possible, tardif	(-)
Ictère	+++	(-)	(-)	+ à ++	(-)	(-)	(-)	(-)
Distension abdomen	possible	+++ forme occlusive ou tumorale	++	+/-	(-)	+	++	masse battante
Signes péritonéaux	++	+ à ++	+/-	+/-	+ à ++	+ à ++	++	++
Fièvre	+	+/-	+	+/-	(-)	(-)	(-)	(-)

Douleurs abdominales non traumatiques

Choc	possible	possible	possible	+++	+/-	si occlusion	+++	+++
Facteurs prédisposants	lithiase	(-)	passé de constipation, AINS	lithiase biliaire	Atc UGD, médicaments	Atc hernie, constipation	artériopathie, cardiopathie	anévrisme connu
Facteurs associés	lithiase	association avec K caecal	association avec fécalome	association avec K voies biliaires	médicaments AINS, adénoK	dénutrition	athérome	
Pronostic	mortalité x 2 à 15	fqtes perforations	correct si ttmt médical initial	mauvais	fqtes perforations	résection du grêle dans 30% cas	désastreux	désastreux
Examen complémentaire indiqué	échographie ERCP préop.	échographie scanner	Scanner +/- rectosigmoido.	Scanner ERCP	ASP fibro OGD	ASP	créatinine, lactates, scanner	échographie, scanner

DOULEURS ABDOMINALES CHEZ LE PATIENT SEROPOSITIF:

15 à 16% des patients séropositifs présentent des douleurs abdominales sévères qui seraient associées à une réduction de la survie (15, 16).

- Les pièges:

- Se laisser obnubiler par la séropositivité, qui n'est pas forcément synonyme d'affection opportuniste: les patients dont le statut immunitaire n'est que légèrement affecté ont des douleurs abdominales dont les causes sont proches de celles de la population générale (21), même s'ils se présentent tardivement avec des symptômes minimes, contrairement à ceux dont l'immunité est moyennement ou fortement dégradée chez qui elles sont provoquées par des affections opportunistes (18). La part d'affections non spécifiques et d'affections opportunistes dans une population de séropositifs a été évaluée respectivement à 18% et 65% (16).

- Oublier qu'un toxicomane séropositif n'est pas forcément sevré. C'est pourquoi des douleurs abdominales associées à des sueurs et une agitation doivent faire évoquer un possible syndrome de manque.

- Négliger la part de la iatrogénie dans la survenue d'un tableau abdominal douloureux:

- * coliques néphrétiques lors de la prise d'Indinavir (Crixivan®)

- * Pancréatites aiguës lors d'un traitement par la Didanosine (Videx ®), la Pentamidine (Pentacarinat ®), et plus rarement la Zalcitabine (Hivid ®).

- Sous-estimer le risque de complications chirurgicales d'affections opportunistes traitées médicalement, telles que les perforations et hémorragies intestinales lors des colites dues au CMV (15).

- Accorder une confiance absolue aux examens biologiques: la leucocytose est en général absente dans l'appendicite (15), pour ne citer que cette affection.

- Principales étiologies:

Nous ne citerons que celles qui sont plus particulières au sujet séropositif (Cf. Tableau III).

Tableau n° III: Principales étiologies des douleurs abdominales chez le patient séropositif: caractéristiques et démarche clinique (d'après 3, 13, 14, 15, 17, 19, 20)

	Organe atteint et affection responsable						
	Estomac	Grêle et colon	Appendice	Foie	Voies biliaires	Pancréas	Péritoine
Signes associés	Gastrites	Entéro-colites	Appendicite	Hépatites Cancers	Cholécystites, cholango-lites	Pancréatite aigüe	Péritonite spontanée
Siège de la douleur	épigastre	péri ombilical et cadre colique	Fosse iliaque droite	Hypochondre droit	Hypochondre droit	épigastre	diffuse
Diarrhée	+/-	+++	+/-	+/-	+/-	+	+
Ictère	(-)	(-)	(-)	+++	+++	possible	possible
Distension abdomen	possible si parésie aigüe	possible si colon toxique	possible	(-)	possible si parésie intestinale	+/-	+++
Fièvre	(-)	++	++	++	++	+	++
Choc	(-)	possible si colon toxique	si perforée	(-)	possible	+++	possible
Agents responsables	médicaments CMV, herpès, cryptosporidies, giardia,	CMV, cryptosporidies, mycobactérium av. isospore B Mycobact	flore intestinale CMV Kaposi	hépatite B CMV abcès (staphylocoques) Mycobact	CMV cryptosporidies microsporidies entérobactéries	médicaments cryptosporidies CMV Mycobactérium tu-	flore intestinale, Mycobactérium tuberculosis et avium

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

	candida Mycobacterium av. lymphom e	- tuberculo- sis, campylo- bacter, salmonell a shigella lymphom e		. avium et tubercu- losis lymphom e Kaposi cancer pri-mitif	lymphom e	berculosis et avium lymphom e	crypto- coccus strongyloi -des
Risque évolutif	perfora- tions gastroparé- -sie	mégacolo n toxique perfora- tion	gangrène perfora- tion	insuffi- sance hépato- cellulaire	péritonite	décès dans 10% des cas	décès

DOULEURS ABDOMINALES CHEZ L'OPERE RECENT:

Bien que concernant moins directement l'urgentiste, la douleur abdominale post opératoire est source de pièges qui peuvent être évités si l'on en connaît les principales étiologies.

- Les pièges:

- Considérer que la douleur est la rançon obligatoire d'une intervention sur l'abdomen, et négliger de rechercher une complication chirurgicale post-opératoire.
- Sous-estimer les effets secondaires des morphiniques, lorsque des vomissements sont associés à la douleur.
- Oublier qu'une intervention chirurgicale peut décompenser ou révéler une affection médicale grave.

- Principales étiologies (22, 23):

- Etiologies chirurgicales:

* consécutives à la technique chirurgicale:

- le type d'intervention: la douleur est d'autant plus fréquente et intense que la voie d'abord est médiane sus ombilicale ou thoraco abdominale, et que les rétractions peropératoires ont été importantes.

- la drainage: les drains rigides provoquent une inflammation et parfois une nécrose des tissus mous.

- la plaie opératoire: peut être douloureuse en cas de point trop serrés ou d'un hématome de paroi.

* consécutives à des complications vraies:

- la dilatation aigüe de l'estomac: rare, mais possible surtout chez le diabétique. Aux douleurs s'associent un huchet et des vomissements

- l'occlusion post opératoire, surtout par ileus, et après chirurgie colo-rectale

- la pancréatite post opératoire: mortelle dans près de 40% des cas. L'élévation de l'amylasémie est inconstante et non spécifique.

- Etiologies médicales:

Moins attendues que les causes chirurgicales, elles doivent toutefois être évoquées.

*** Causes respiratoires:**

- l'atélectasie d'une base et l'embolie pulmonaire sont les complications les plus fréquentes. Pour cette dernière, le dosage des D.Dimères n'est d'aucun secours.

- l'hypoxie qui survient dans les suites immédiates de l'anesthésie peut être confondue à tort avec une douleur parce que le malade gémit, et sera aggravée par les analgésiques.

*** Causes endocriniennes et métaboliques:**

- la décompensation acidocétosique ou hyperosmolaire d'un diabète peut être révélatrice dans la période post-opératoire, surtout chez le sujet âgé. Outre les douleurs abdominales, les vomissements, la déshydratation, et les troubles de la conscience sont évocateurs.

- l'insuffisance surrénalienne aiguë, en particulier chez le patient sous corticothérapie au long cours.

- la porphyrie aiguë intermittente peut être révélée et aggravée par les drogues anesthésiques, en particulier les barbituriques. Ce diagnostic doit être évoqué devant l'association de douleurs abdominales à des troubles mentaux, des paralysies, et des urines qui deviennent rouges à la lumière.

Références

- 1) Bugliosi TF, Meloy MD, Vukov LF: Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med, 1990, 19 (12), 1383-1386
- 2) Closset J : Les urgences digestives du patient âgé: Rev Med Brux, 1999, 6, 491-493
- 3) Coluciello 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) Hafif A, Gutman M, Kaplan O, Winkler E, Rozin RR, Shornick Y: The management of acute cholecystitis in elderly patients. Am Surg, 1991, 57 (10), 648-652.
- 5) Kauvar DR: The geriatric acute abdomen. Clin Geriatr Med, 1993, 9 (3), 547-558
- 6) Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. Acad Emerg Med, 1998, 5 (12), 1163-1168
- 7) Phillips SL, Burns GP: Acute abdominal diseases in the aged, Med Clin North Am, 1988, 72 (5), 1213-1224
- 8) Reiss R, Deutsch AA: Emergency abdominal procedures in patients above 70, J Gerontol, 1985, 40 (2), 154-158.
- 9) Sanson TG, O'Keefe KP: Evaluation of abdominal pain in elderly, Emerg Clin North Am, 1996, 14 (3), 615-627
- 10) Smithy WB, Wexner SD, Dailey TH: The diagnosis and treatment of acute appendicitis in the aged, Dis Colon Rectum, 1986, 29 (3), 170-173.

- 11) Telfer S, Fenyo G, Holt PR, de Dombal FT: Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. Scand J Gastroenterol Suppl, 1988, 144, 47-50.
- 12) Vogt DP: The acute abdomen in the geriatric patient, Cleve Clin J Med, 1990, 57 (2), 125-130
- 13) Halioua B, Prazuck TH: L'infection à VIH de la clinique au traitement, document des laboratoires Wellcome, 1993, 79-81.
- 14) Monkemuller KE, Wilcox CM: Diagnosis and treatment of colonic disease in AIDS, Gastrointest Endosc Clin N Am, 1998, 8 (4), 889-911;
- 15) Mueller GP, Williams RA: Surgical infection in AIDS patients, Am J Surg, 1995, 169 (5A suppl), 34-38.
- 16) Parente F, Cernuschi M, Antinori S, Lazzarin A, Moroni M, Fasan M, Rizzardini G, Rotaviv, Morandi E, Molteni P, et al: Severe abdominal pain in patients with AIDS: frequency, clinical aspects, causes, and outcome, Scand J Gastroenterol, 1994, 29 (6), 511-515.
- 17) Pariente A: Infection par le virus de l'immunodéficience humaine, Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), AKOSEncyclopédie Pratique de Médecine, 4-0620, 1998, 2p.
- 18) Scott-Conner CE, Fabrega AJ: Gastrointestinal problems in the immunocompromised host. A review for surgeons, Surg Endosc, 1996, 10 (10), 959-964.
- 19) Verspyck E, Struder C, Wendum D, Bourgeois D, Lariven S, Marpeau L: Tuberculose péritonéale, Annales de Chirurgie, 1997, 51 (4), 375-378.

Séminaire S.F.M.U. 2001

Douleurs abdominales non traumatiques

20) Vuitton DA, Chossegros P, Bresson-Hadni S, Delfraissy JF, Kirn A, Marcellin P, Pol S, Saint-Paul MC: Foie, voies biliaires, et infection par le virus de l'immunodéficience humaine, Gastroenterol Clin Biol, 1996, 20 (3), 281-293.

21) Wu CM, Davis F, Fishman EK: Radiologic evaluation of the acute abdomen in the patients with acquired immunodeficiency syndrom: the role of CT scanning, Semin Ultrasound CT MR, 1998, 19 (2), 190-199.

22) Artz CP, Hardy JD: Les complications en chirurgie et leurs traitements, Maloine, Paris, 1968, 1005 p.

23) Way LW: Chirurgie, diagnostic et traitement, Piccin Nuova Libreria, Padoue, 1990, 1272 p.