

DOULEURS ABDOMINALES AIGUES

Dr X. Pouliquen

Chirurgien - Hôpital d'Argenteuil
Séance du 2 février 2006

1. INTRODUCTION

1.1. DEFINITION

Sur le plan pratique, toute douleur abdominale doit être considérée comme aiguë si, de façon concomitante, elle est :

- ▶ Spontanée
- ▶ Abdominale ou lombaire
- ▶ Suffisamment intense pour entraîner une consultation ou un appel en urgence.

Le postulat de conduite, qui veut que toute douleur abdominale aiguë (DAA) soit un problème chirurgical jusqu'à preuve du contraire, débouche à la question « faut-il opérer ou non ? » ... avec les trois réponses à donner :

- ▶ Opération urgente ?
- ▶ Opération à froid ? (programmée, à froid)
- ▶ Abstention ?
 - Provisoire, définitive)
 - Hospitaliser ou renvoyer ?

1.2. CONTEXTE

La formation théorique qu'apportent l'Université et la littérature est intéressante :

- ▶ D'un point de vue épidémiologique en renseignant de façon statistique la sensibilité, la spécificité ou la valeur plus ou moins prédictive d'un signe pour une maladie donnée ;
- ▶ Sur les grandes lignes du traitement quand le diagnostic est supposé connu.

Mais le chirurgien ou le médecin de terrain a besoin d'outils plus décisionnels. Le but de l'exposé est :

- ▶ De proposer une ligne de conduite rationnelle
- ▶ Applicable à toutes les situations (traumas exclus)
- ▶ Quelque soit le niveau de diagnostic obtenu dans les premières heures
- ▶ A partir ;
 - d'équations diagnostiques simples
 - de critères précis de décision opératoire
 - en ne retenant que les signes cliniques et les examens de valeur décisionnelle

1.3. TROIS SITUATIONS DE DIAGNOSTIC

Les 3 situations de diagnostic sont :

- ▶ Diagnostic de Lésion : appendicite, cholécystite, pancréatite, sigmoïdite, colique hépatique, colique néphrétique, salpingite, G.E.U., kystes ovarien.
- ▶ Diagnostic de syndrome : péritonite, occlusion, syndrome « vasculaire ».
- ▶ Pas de diagnostic...
 - Quels examens ?
 - Quel traitement médical d'attente ?
 - Laparotomie ou laparoscopie exploratrice ?

2. DIAGNOSTIC DE LÉSION

2.1. L'APPENDICITE

Présentation

Le seul signe constant, bien que non spécifique, est la douleur provoquée de la FID

Etude de l'Hôpital d'Argenteuil : 100 enfants consécutifs adressés pour « appendicite »			
90 opérés	Fièvre	GB > 10 000	Douleur provoquée FID
13 appendices suppurés	38%	69%	100%
52 appendices catarrhaux ou chroniques	31%	35%	100%
25 appendices normaux	42 %	40%	90 %
1 typhoïde, 1 purpura rhumatoïde, 1 angine			
10 non opérés	50%	30%	60 %
1 bronchite, 1 grippe, 1 angine, 7 douleurs non spécifiques iliaques			

5 vérités sur les appendicites...

- ▶ Une douleur spontanée de la FID sur 3 n'est pas une appendicite
- ▶ Il n'y a pas d'appendicite sans douleur provoquée de la FID
- ▶ Il y a des appendicites graves sans fièvre
- ▶ Il y a des appendicites graves sans hyperleucocytose
- ▶ Il n'y a pas d'appendicite grave sans au moins un signe : fièvre > 38°, défense, hyperleucocytose

Quatre situations pratiques....

Tableau appendiculaire pur avec signe de gravité

C'est le tableau d'une douleur provoquée nette (grimace) sans autre piste diagnostique mais avec au moins un des trois signes de gravité :

- ▶ Ou défense (vraie) = péritonite
- ▶ Ou fièvre supérieure à 38°
- ▶ Ou leucocytose supérieure à 10 000

L'hospitalisation et l'opération en garde doivent être rapides.

Tableau appendiculaire pur sans signe de gravité

Tableau d'une douleur provoquée nette en FID isolée avec plus ou moins des signes digestifs, sans autre piste diagnostique. Trois attitudes possibles :

- ▶ Opérer de principe, mais 15 à 20 % d'appendices sains.
- ▶ Recourir à l'imagerie appendiculaire : échographie opérateur-dépendante et/ou scanner
 - Opérer en cas d'imagerie formelle ou douteuse d'appendicite ;
 - Retour à domicile, si l'image est normale avec un rendez-vous de consultation.
- ▶ Attendre sous surveillance (clinique, GB) : pas de risque, mais combien de temps ?

Tableau de douleur de la F.I.D. plus autre chose

On hésite avec...

- ▶ Les fausses appendicites de l'adulte :
- ▶ Chez la femme : salpingite, GEU, kyste de l'ovaire
- ▶ Dans les deux sexes : colique néphrétique, pyélonéphrite
- ▶ Après 60 ans : cancer colique
- ▶ Après 70 ans : les accidents vasculaires
- ▶ A tout âge ; la maladie de Crohn

S'il n'y a pas de signe de gravité « universel » (défense, occlusion, tableau septique sévère, contexte cardio-vasculaire), il faut prendre le temps d'explorer une autre piste diagnostique :

- ▶ Gorge, oreilles (jeune enfant), poumons, peau, tr. gynéco, urines
- ▶ Coproculture si diarrhée
- ▶ Autres examens ? : échographie, scanner, UIV, LB seulement si argument précis

Et conclure :

- ▶ Appendicite avec ou sans signe de gravité : voir plus haut
- ▶ Autre diagnostic : voir plus loin.

Tableau discret d'appendicite frustrée ?

La douleur provoquée de la FID est ici légère et isolée → Il faut savoir attendre !

Répéter l'examen clinique : FID, gorge, poumon, peau, gynéco

Ne pas trop attendre de l'échographie et du scanner

Traitement antispasmodique d'épreuve.

A l'évolution ou bien:

- ▶ Tout disparaît : « spasmes »
- ▶ se précise une autre piste diagnostique : voir plus haut
- ▶ la douleur de la FID se précise : voir plus haut.

2.2. LA CHOLECYSTITES AIGUË

L'équation diagnostique : **Douleur provoquée sous costale droite (sans intervalle sous-costal) + une lithiasie vésiculaire (paroi épaisse ou non).**

Il faut éliminer :

- ▶ Une cirrhose, une hépatite, un foie cardiaque
- ▶ Une pyélonéphrite (ECBU systématique)

Il faut opérer :

- ▶ En urgence, s'il existe une défense, ou une grosse vésicule palpable.
- ▶ Sinon, dès que possibles, même si sous traitement antibiotique une amélioration survient.

2.3. LA PANCREATITE AIGUË

La pancréatite aiguë avec ses deux extrêmes : la forme œdémateuse et la forme nécrotique hémorragique toujours très grave. Le diagnostic est facile :

- ▶ Douleur provoquée haute
- ▶ Hyperamylasémie et hyperlipémie
- ▶ La preuve morphologique : échographie ou scanner dans les 48 h (la tuméfaction du pancréas, et les coulées de nécrose ayant une valeur pronostique).

Deux soucis dès les 48 premières heures ;

- ▶ Rechercher une cause lithiasique biliaire (échographie)
- ▶ Rechercher les critères de gravité (Ranson), sans oublier les gaz du sang et la CRP

Si une forme grave se confirme → scanner de référence et hospitalisation en réanimation.

Score de Ranson (1 point par item)	
A l'admission ou au moment du diagnostic	Durant les 48 premières heures
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Age > 55 ans ▶ Globules blancs > 16 G/L ▶ Glycémie > 11 mmol/L ▶ LDH > 350 U/l (1,5N) ▶ ASAT > 250 U/l (6N) ▶ CRP 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Baisse de l'hématocrite > 10% ▶ Ascension urée sanguine > 1,8 mmol/L ▶ Calcémie < 2 mmol/L ▶ PaO₂ < 60 mm Hg ▶ Déficit en bases > 4 mmol/L ▶ Séquestration liquidienne estimée > 6 L ▶ CRP

2.4. LA SIGMOÏDITE AIGUË

Elle s'affirme sur des éléments diagnostiques simples :

- ▶ La douleur provoquée constante, mais de siège variable à gauche le plus souvent ; FIG, hypogastre, pelvis (TR ++).
- ▶ Des éléments morphologiques au scanner (ou à défaut lavement hydrosoluble)

L'existence de signes infectieux nets implique un traitement chirurgical :

- ▶ En urgence, si défense ou contracture étendue (sinon refroidir par antibiotiques et glace)
- ▶ Les jours suivants, si abcès persistant (défense + scanner)
- ▶ Ultérieurement, à froid

2.5. LES COLIQUES HEPATIQUES

Il faut distinguer :

- ▶ La colique hépatique simple, où tout disparaît après la crise
 - Demander une échographie de confirmation
 - Cholécystectomie secondaire, à froid.
- ▶ La colique qui laisse derrière elle :
 - Une douleur provoquée sous-costale droite → cholécystite (v. plus haut)
 - un ictère → lithiase du cholédoque (urgence si fébrile = angiocholite).

Dans les deux cas penser « chirurgie » jusqu'à preuve du contraire :

- ▶ Echographie + hémoculture (si fièvre) + bilan hépatique
- ▶ Hospitaliser

2.6. LES COLIQUES NEPHRETIQUES

Comme pour la colique hépatique, il faut distinguer :

- ▶ La colique néphrétique simple, où tout disparaît après la crise → chercher la cause (calcul)
- ▶ La colique qui laisse derrière elle :
 - une fièvre élevée → pyélonéphrite ? (hémocultures ++)
 - une contracture lombaire → une tension aiguë du rein (rupture ou pré-rupture du bassinet ?)
 - Dans les deux cas, il s'agit d'une SOUFFRANCE AIGUË DU REIN.
 - ▶ Penser obstacle à lever en urgence,
 - ▶ Après Rx ASP + échographie ± uroscan ou UIV
 - ▶ Hospitaliser

2.7. LA SALPINGITE AIGUË

Dans la salpingite aiguë, il y a en principe un contexte :

- ▶ Femme jeune – leucorrhée – stérilet - ...
- ▶ Douleur provoquée basse sans intervalle libre sus-pubien, et douleur pelvienne (TV)
- ▶ Echographie pelvienne

Mais le diagnostic peut être difficile, si l'échographie est normale ou forme unilatérale droite dans le doute cœlioscopie.

2.8. LES URGENCES GYNECOLOGIQUES NON SEPTIQUES

Elles concernent :

- ▶ Les kystes ovariens rompus ou tordus
- ▶ La grossesse pathologique : extra ou intra-utérine

La symptomatologie clinique est plus ou moins aiguë, mais toujours pelvienne ou pelvi-abdominale :

- ▶ Pas d'intervalle libre sus-pubien
- ▶ Touchers pelviens contributifs
- ▶ Les examens complémentaires : RBG + échographie endo-vaginale (+++) ou scanner

Conduite thérapeutique :

- ▶ L'abstention et la surveillance sont licites, si forte probabilité de formes frustes de
 - Kystes fonctionnels
 - GEU ou GIU abortives
- ▶ La Cœlioscopie dans les autres cas (ou curetage si avortement intra-utérin)

3. DIAGNOSTIC DES « SYNDROMES »

Les syndromes sont des regroupements de signes dont la lésion causale est méconnue, mais avec une signification sur le plan pronostic et pratique.

Deux syndromes classiques :

- ▶ La Péritonite
- ▶ L'occlusion intestinale

Un syndrome moins classique : le syndrome Vasculaire

3.1. LE SYNDROME VASCULAIRE

Chez le sujet âgé, il est à considérer avant tout autre diagnostic jusqu'à preuve du contraire car c'est la situation la plus urgente avec la rupture de GEU. Il associe trois éléments :

- ▶ Une douleur
 - D'intensité variable,
 - Continue,
 - Sans fièvre
- ▶ Un contexte vasculaire
 - Age supérieur à 70 ans,
 - Artérite,
 - Cardiopathie
- ▶ Un signe d'alerte :
 - Soit l'intensité de la douleur spontanée ou provoquée
 - Soit des petits signes de choc même s'ils ne sont que périphériques

En urgence et avant tout collapsus il faut, avant d'évoquer d'autres diagnostics, éliminer les deux urgences vasculaires :

- ▶ **L'anévrisme aortique fissuré :**
 - Cliniquement → douleur postérieure = « tableau d'une colique néphrétique du vieillard »
 - Echographie immédiate
 - Angio-scanner si on peut l'obtenir immédiatement.
 - Fissuration évidente ou douteuse, il faut opérer d'extrême urgence.
- ▶ **L'ischémie intestinale aiguë**
 - Tableau bâtarde au début → diagnostic toujours trop tardif s'il est évident
 - Scanner et ponction lavage péritonéal sont les deux examens qui permettent le diagnostic
 - Seule chance de survie : l'opération précoce avant le choc septique

3.2. LE SYNDROME PERITONEAL GENERALISE

Un seul problème : être sûr de la « défense » ou contracture

Un seul réflexe : opérer d'urgence

Une seule nuance : la perforation de l'ulcère duodéal

- ▶ Abstention immédiate autorisée
 - Aspiration + antibiotiques + glace
 - Seulement si :
 - pneumo-péritoine + ulcère duodéal connu ou probable
 - évolution rapidement favorable sous aspiration

3.3. LE SYNDROME OCCLUSIF

Le diagnostic d'occlusion se situe à trois niveaux

Le diagnostic d'« occlusion »

On ne peut en parler que s'il existe trois des signes du « carré » clinique :

- ▶ Douleurs
 - ▶ Vomissements répétés
 - ▶ Arrêt du transit
 - ▶ Météorisme par rapport au volume habituel,
- Ou un seul de ces signes + des images hydro-aériques (ASP debout = niveaux liquides))

Le diagnostic de siège

Grêle ou colique ?

L'ASP « couché » suffit, le plus souvent, à préciser l'aspect colique ou grêlique de l'anse dilatée la plus en aval.

Le diagnostic de gravité

Les occlusions à opérer en urgence sans autre examen

Ce sont celles qui présentent des signes de gravité :

- ▶ Occlusions + FIÈVRE ou choc septique
- ▶ Occlusions + DOULEUR PROVOQUEE LOCALISEE NETTE (= souffrance d'une anse)
- ▶ Occlusion par VOLVULUS
 - Pour le volvulus du côlon pelvien → détorsion endoscopique si possible ou traitement chirurgical.

Les occlusions à opérer en semi urgence

Ce sont les occlusions qui persistent sous aspiration naso-gastrique :

- ▶ Pour le grêle dans les 24 heures après aspiration
- ▶ Pour le côlon dans les 48 heures en profitant de ce délai pour rechercher la cause (scanner ± lavement opaque)

On n'opère qu'en cas de nécessité

- ▶ Les occlusions incomplètes (sans arrêt complet des gaz), ... lorsqu'elles se complètent ;
- ▶ Les occlusions paralytiques ou syndromes d'Ogilvie qui sont des colectasies sans obstacle :
 - Le plus souvent sur terrain débilite (toutes les insuffisances de système),
 - A n'opérer que si elles ne réagissent pas bien à l'aspiration et à la coloscopie d'exsufflation.
 - Si la douleur provoquée de la FID est liée à la souffrance du cæcum
 - Le risque est la perforation colique, redoutable sur ces terrains.

Deux occlusions qui ... ne devraient pas le devenir

La hernie étranglée...

Elle risque d'être reconnue tard, quand elle est crurale, petite, et cachée sous un tablier abdominal adipeux. Elle est la plus dangereuse (pincement latéral) → D'où la nécessité de palper systématiquement les orifices herniaires devant toute douleur abdominale.

L'invagination intestinale aiguë du nourrisson

Le risque est de banaliser les douleurs auxquelles on n'a pas assisté, de (se) rassurer faussement sur un examen clinique normal

Le diagnostic se fait sur les cris inquiétants de l'enfant et son refus de boire entre les crises

Il ne faut pas attendre le boudin ni le sang (=lésion !), mais il faut :

- ▶ Croire la maman
- ▶ Convaincre le radiologue de pratiquer en urgence le lavement opaque, seule solution permettant d'établir ou d'éliminer le diagnostic avec certitude (l'échographie a peu d'intérêt car elle n'a de valeur que positive et ne traite pas)
- ▶ Obtenir une désinvagination à un stade précoce, sans nécessité opératoire.

4. PAS DE DIAGNOSTIC, NI D'ASSOCIATION ÉVOCATRICE, NI D'ÉVIDENCE OPÉRATOIRE

Rien que des signes ...

- ▶ Une douleur spontanée et provoquée « vague », ectopique (hypochondre gauche, ombilic) ou diffuse
- ▶ Des signes associés, absents, frustrés ou discordants

Se méfier toutefois d'une lésion chirurgicale d'autant plus que le sujet est âgé !

Quatre outils pour progresser :

- ▶ L'âge du patient → plus il est avancé plus une lésion chirurgicale est probable
- ▶ La surveillance clinique de l'évolution vers :
 - Un diagnostic,
 - Un syndrome
 - La guérison ...
- ▶ Le traitement antispasmodique d'épreuve à titre de test (voir chap. IV.3)
- ▶ Les examens complémentaires (voir chap. IV)

5. EXAMENS DEVANT UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGÜE

5.1. EXAMENS SYSTEMATIQUES

- ▶ NFS + bandelette urinaire (ECBU si la bandelette est positive)
- ▶ RBG si femme non ménopausée
- ▶ ASP (D + C) sauf dans le tableau de la douleur de la FID du jeune qui n'a jamais été opéré
- ▶ Groupe sanguin, TP, TCK, si opération prévue
- ▶ En cas de douleur haute : lipase, bilirubine, transaminases

Inutiles d'emblée : la VS et la CRP car nombreux faux positifs et négatifs, sauf à J2 d'une pancréatite où elles ont une valeur pronostique

5.2. EXAMENS SUR ARGUMENTS

A négocier au cas par cas :

- ▶ Incidence RX de pneumopéritoine (perforation)
- ▶ Echographie ciblée, limitée en urgence à :
 - 1 région : foie, voies biliaires, reins, pelvis
 - La recherche d'un épanchement
 - La recherche d'argument d'appendicite seulement si l'opérateur est entraîné
- ▶ Lavement opaque si suspicion :
 - D'invagination intestinale aiguë
 - De lésion colique et scanner indisponible
- ▶ Scanner : l'examen qui monte
 - Moins opérateur-dépendant (mais lecteur-dépendant)
 - De plus en plus performant et rapide (hélicoïdal, multibarettes)
 - De plus en plus polyvalent (contraste intraveineux, balisage digestif)
 - Mais le scanner est un examen limité par :
 - Des contre indications : allergie (?), grossesse, insuffisance rénale, hypoglycémiantes oraux, hémodynamique instable.
 - De l'agitation, de la dyspnée...
 - Des problèmes de disponibilité et de coût
 - Ne doit pas retarder une opération décidée.

5.3. QUELS MEDICAMENTS PEUT-ON DONNER PENDANT LA PERIODE DE SURVEILLANCE ?

Trois classes de traitements

Elles rendent dans certaines situations, l'examen clinique plus fiable :

- ▶ Les anxiolytiques si agitation ou angoisse
- ▶ Les antispasmodiques excellent traitement des spasmes
- ▶ Les antalgiques :
 - Oui !
 - Les Opiacés au besoin !
 - Ils font disparaître la fausse douleur provoquée (ou défense), pas la vraie et ne peuvent masquer une lésion organique aiguë.

Deux classes de traitements ne doivent être donnés que dans certaines situations

- ▶ Les AINS : seulement si tableau de colique néphrétique
- ▶ Les antibiotiques seulement si l'opération est décidée pour une lésion septique, ou lors de choc septique (après hémoculture).

5.4. L'EXAMEN CLINIQUE

C'est le meilleur examen complémentaire avec le scanner en 2006

La douleur provoquée ... organique

Chez un patient conscient et calmé, la vraie douleur provoquée est :

- ▶ Nette, précise,
- ▶ Invariable, même sous traitement anti-spasmodique.

Ce n'est pas celle que :

- ▶ L'on confond avec la douleur spontanée
- ▶ Que l'on crée par un examen brutal
- ▶ Qui disparaît sous antispasmodique

La vraie douleur provoquée signifie : **LÉSION OU SOUFFRANCE D'ORGANE**

Elle suffit :

- ▶ A opérer en urgence une occlusion (douleur provoquée = souffrance d'anse)
- ▶ Ou à imposer la poursuite de la surveillance et des examens

Les conditions d'un bon examen sont résumées dans le tableau ci-dessous.

LOCAL	PATIENT	EXAMINATEUR
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Clos et silencieux ▶ Un lit dur et levable, une chaise 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Calmé, allongé sous un drap ▶ Tête au repos, bouche entrouverte ▶ M. sup allongés, M.inf. repliés 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assis ▶ Mains à plat, peu mobiles, pulpes +++ ▶ Amadouant l'abdomen ▶ Distrayant l'attention

La défense péritonéale (à son maximum la contracture)

La vraie défense est la tension pariétale

- ▶ **Douloureuse,**
- ▶ **Involontaire,**
- ▶ **Invincible,**
- ▶ **Permanente,** au cours de l'examen et d'un examen à l'autre.

Et non pas :

- ▶ Les tensions indolores : météorisme, ascite
- ▶ Les tensions passives : gros foie, masse
- ▶ La tension ... d'un globe vésical
- ▶ Les contractions (angoisse, rigidité)
- ▶ La réaction à un examen brutal, « de légitime défense »

Elle signifie : PERITONITE et suffit pour OPERER en URGENCE

Les touchers pelviens

A la recherche d'une douleur ou d'une masse

- ▶ Utiles seulement si les conditions d'examen sont bonnes :
 - Information et accord du patient(e)
 - Technique douce, lente et décomposée
 - En présence d'un témoin si femme ou enfant.
- ▶ Sinon, inutiles et nocifs
- ▶ Indispensables en cas de :
 - Symptomatologie pelvienne
 - En l'absence de douleur provoquée abdominale.

La laparotomie ou laparoscopie exploratrice

Elles ont perdu du terrain avec le scanner... Elles restent justifiées en cas

- ▶ De scanner non contributif ou indisponible
- ▶ En grande urgence pour des enjeux grave, et plutôt la laparotomie
- ▶ Ischémie digestive
- ▶ Fissuration incertaine d'anévrysme
- ▶ Douleur abdominale + choc septique

La laparoscopie

- ▶ En cas de doute entre une appendicite et une pathologie gynécologique
- ▶ Quand on récuse le scanner pour son coût ou une contre indication.

6. CONCLUSION

En matière de douleur abdominale aigue, la variété des situations et de leur gravité potentielle ne doit pas effrayer.

Chacune, même sans diagnostic initial ou final, peut-être gérée selon une ligne de conduite rationnelle et précise, apprise et comprise à l'avance

En 2006, rien, pas même le scanner, n'a encore remplacé l'examen clinique...

