

Bachir Cherif Abdelghani
Service de Médecine interne et cardiologie
CHU Blida

Enseignement de sémiologie. 3^e année médecine. Université de Laghouat

DIAGNOSTIC D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AIGUE DE L'ADULTE

I- INTRODUCTION

Motif de consultation fréquent, la douleur abdominale aigue est une douleur d'apparition brutale qui dure moins de sept jours. Une douleur abdominale aiguë n'est pas toujours d'origine digestive mais, elle peut aussi avoir une cause urologique, vasculaire voir même extrabdominale (thoracique, neurologique ou métabolique).

II- EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique ne se limite pas à l'abdomen mais doit être complet. Il doit être approfondi, pertinent et rigoureux: il permet d'identifier les patients devant nécessiter un simple traitement ambulatoire ou au contraire une hospitalisation pour intervention chirurgicale en urgence ou exploration et surveillance.

1. Interrogatoire +++ :

1-1 doit préciser les caractéristiques sémiologiques de la douleur

1-Siège : c'est un élément important dans l'orientation étiologique : il existe une correspondance très probante entre le siège de la douleur sur un quadrant de la paroi abdominale et la projection anatomique des organes sous-jacents. Le Siège initial de la douleur peut être différent de son siège au moment de l'examen.

2 -Irradiation : dans ce contexte certaines irradiations son évocatrices du diagnostic

- Irradiation dorsale évoque une origine pancréatique ou anévrisme de l'aorte,
- Irradiation scapulaire droite : origine hépatobiliaire,
- Irradiation scapulaire gauche : un hémopéritoine,
- Irradiation vers les organes génitaux externes : Origine rénale,
- Irradiation vers les fosses lombaires :(appendicite rétro-caecale ou Pathologie annexielle chez la femme).

3- Mode de début : l'installation de la douleur peut être rapide en quelques minutes ou progressive. Une douleur brutale dont le patient peut préciser l'instant exact est souvent en rapport avec une lésion grave.

4-Type : Crampe, brûlures, torsion, pesanteur

5 -Horaire par rapport aux repas : Postprandiale ou au moment des repas.

6- Évolution dans le temps : une douleur abdominale aigue peut être :

- Permanente : empêchant le sommeil comme dans les péritonites,
- Intermittente voir rythmée dans la journée : ulcère gastroduodéal, colique hépatique,
- Paroxystique sans accalmie (colique néphrétique), ou avec accalmie (ischémie mésentérique, occlusion par obstruction).

7- Intensité : Les douleurs intenses et permanentes correspondent habituellement à des lésions graves cependant l'intensité de la douleur n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité du processus pathologique. En effet le seuil de perception de la douleur varie d'un individu à l'autre.

8 -Facteurs déclenchants :

- Effort physique.....étranglement herniaire
- Effort de défécation.....perforation diverticulaire
- Restriction hydrique.....colique néphrétique
- Repas riche en graisse.....colique hépatique
- Ingestion d'alcool pancréatite
- Prise d'anti inflammatoire.....ulcère gastroduodéal

9 -Facteurs aggravants : la toux et les mouvements aggravent la douleur de la péritonite et de l'appendicite.

10- Facteurs de soulagement : émission de gaz, alimentation, vomissement, position.

11 -Signes associés : ont une très grande valeur d'orientation

- Signes généraux (amaigrissement, anorexie...)
- Signes digestifs : nausées, vomissements, troubles du transit (diarrhée, Constipation), hémorragie digestive
- Signes gynécologiques : métrorragie, aménorrhée.

1-2 –À l'Interrogatoire on doit préciser aussi

- Les circonstances révélatrices : notion de traumatisme par exemple.
- Antécédents : épisode identique, antécédents (médicaux, chirurgicaux et gynécologiques), prise médicamenteuse (AINS, Anticoagulants...).

2. Examen physique

2-1 Signes d'appréciation de l'état général :

- Une pâleur extrême évoque une spoliation sanguine,
- Un ictère oriente vers une cause hépatobiliaire,
- Une agitation extrême évoque un obstacle urétéral ou biliaire,
- Une cyanose oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique,
- Une fièvre (au-delà de 38,5 °C) oriente vers un foyer suppuré,
- Un pouls petit et filant évoque un collapsus

2-2 EXAMEN DE L'ABDOMEN

a. Technique

L'examen de l'abdomen s'effectue sur un patient calme, détendu, allongé sur le dos, tête à plat, jambes semi-fléchies, les mains le long du corps et si possible après miction. Les mains de l'examineur doivent être réchauffées, la palpation doit débuter par les zones les moins douloureuses.

b. Principaux signes à rechercher

- A l'inspection Une asymétrie de la respiration abdominale, une distension, une cicatrice, des ondulations péristaltiques.
- A la palpation Le siège de la douleur provoquée l'importance de la réaction pariétale. Il peut s'agir d'une défense (la paroi se raidit par contraction musculaire à la pression) ou d'une vraie contracture (rigidité invincible des muscles grands droits spontanée et généralisée) traduisant l'irritation permanente du péritoine.
- A la percussion Météorisme ou tympanisme avec disparition de la matité pré hépatique
Epanchement liquide se traduisant par une matité déclive des flancs, la matité d'un globe vésical

• A l'auscultation Un silence abdominal traduisant un **iléus paralytique**, ou au contraire une exagération des bruits hydro-aériques qui sont intenses traduisant une obstruction. On recherche aussi un souffle vasculaire (masse compressive, sténose, anévrisme).

• Touchers pelviens :

Au toucher rectal on recherche :

- la présence des selles,
- une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas,
- une sténose ou une masse prolabée
- et apprécie aussi l'état de la prostate.

Au toucher vaginal : on recherche une douleur à la mobilisation utérine ou une masse annexielle et apprécie le col, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

• **Palpation des orifices herniaires** doit être **systematique** en cas de **douleur d'un syndrome occlusif** (à la recherche d'une hernie étranglée)

III- ORIENTATIONS ETIOLOGIQUES

On peut schématiquement décrire :

1- L'abdomen aigu infecté (ou fébrile) : Associant :

- douleur,
- fièvre,
- signes péritonéaux à type de défense ou de contracture : plusieurs causes sont à évoquer en premier lieu selon le siège de la douleur
- HCD : Cholécystite, angiocholite (en cas d'ictère associé) ou abcès hépatique
- Epigastre : Pancréatite si Irradiation postérieure = douleur transfixiante, UGD ou gastrite (hémorragie digestive, prise de médicaments gastrotoxiques),
- FID : appendicite, FIG : sigmoïdite diverticulaire,
- Fosses lombaires : Pyélonéphrite aigue,
- Diffuses : Péritonite (ventre de bois).

2 L'abdomen aigue occlus : Associant :

- douleurs diffuses,

- signes occlusifs à type de vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal.

3 L'abdomen aigu hémorragique :

- Il peut s'agir d'une hémorragie extériorisée dont le diagnostic est alors facile
- ou d'une hémorragie interne qu'il faut évoquer devant une douleur associée aux signes plus au moins francs du choc hémorragique (pâleur, tachycardie, hypotension artérielle.....)
- Post-traumatique= rupture d'un organe plein (Rate, foie, rein) ou lésion du mésentère
- Spontanée
 - Chez une jeune femme en activité génitale : rupture d'une grossesse extra utérine,
 - Chez un sujet âgé athéromateux : rupture d'un anévrisme aortique,
 - Tout âge : rupture d'une tumeur (Hépatique, stromale gastrointestinale).

4 L'abdomen aigu ischémique (Infarctus mésentérique)

Associant chez un sujet souvent âgé, aux antécédents cardiovasculaires :

- une douleur abdominale aigue,
- une diarrhée
- et surtout une altération importante de l'état général contrastant avec un examen abdominal pauvre et moins alarmant.

IV – LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR ABDOMINALE

1. La douleur gastrique ou duodénale

L'exemple type de la douleur d'origine gastrique ou duodénale est le syndrome ulcéreux, lié à la présence d'un ulcère gastrique ou duodénal.

- brûlure, crampe ou torsion
- de siège épigastrique
- habituellement sans irradiation
- d'intensité variable, parfois très intense
- continue ou évoluant par paroxysmes
- déclenchée par certaines positions, certains médicaments (en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui augmentent l'acidité gastrique) ou les modifications thermiques alimentaires

- calmée par l'alimentation, les produits alcalins
- survenant à distance des repas, 1 à 4 heures après, et donc parfois responsable de réveils nocturnes

2. Le syndrome dyspepsique

- Il est le plus souvent d'origine fonctionnelle
- Ses manifestations associent des symptômes assez vagues et fluctuants :
 - sensation d'inconfort, de pesanteur
 - ballonnement
 - Impression de plénitude gastrique, de digestion prolongée
- Parfois douleur de la région épigastrique, le plus souvent post prandiales, permanente ou intermittente

3. Douleur colique

Les caractéristiques de la douleur colique sont les suivantes :

- siège souvent épigastrique, mais peut également être en cadre, le long de l'ensemble du trajet colique
- irradiation plutôt descendante, dans les deux fosses iliaques ou hypogastrique
- douleurs souvent paroxystiques, à début brutal (évoquant une crampe ou une distension de l'abdomen), diminuant suite à l'émission de gaz ou de selles. Il s'agit de douleurs le plus souvent à type de "colique" (voir infra)
- intensité extrêmement variable suivant la pathologie concernée
- soulagée par l'émission de gaz ou de selles
- horaire très variable, parfois post-prandial immédiat, notamment en cas diarrhée motrice associée
- accompagnée souvent de gargouillis abdominaux, de ballonnements, de troubles du transit (constipation, diarrhée)

Colique ou colite ?

- Une colique est une douleur consécutive à des contractions répétées d'un organe creux (tube digestif le plus souvent, mais aussi voies urinaires, voies biliaires, voies génitales ou voies salivaires)
- Le terme de "colique" décrit donc les caractéristiques d'une douleur. Il ne doit pas être confondu avec celui de "colite" qui désigne une inflammation du côlon.

4. Les douleurs biliaires

4.1 Colique hépatique

- Elle résulte de l'enclavement aigu d'un calcul dans l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique, avec rétention de la bile en amont
- Cette douleur biliaire :
 - siège aussi souvent dans le creux épigastrique que dans l'hypocondre droit
 - évolue par paroxysme (il s'agit bien d'une colique !)
 - irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droites
 - s'accompagne dans plus de la moitié des cas d'une inhibition respiratoire
 - évolue par crise, habituellement d'une durée de 2 à 4 heures
 - Les vomissements sont fréquents, mais il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni anomalie biologique

4.2 Cholécystite aigue

- Si le calcul vésiculaire qui avait causé la colique hépatique ne se désenclave pas, le contenu vésiculaire peut s'infecter et la paroi vésiculaire s'inflammer, aboutissant à u cholécystite aiguë
- Signes cliniques :
 - douleur de colique hépatique
 - vomissements
 - fièvre (38°-38,5°C)
 - signe de Murphy : tout en palpant le rebord costal droit au niveau de la ligne médioclaviculaire, le médecin demande au patient de prendre une inspiration profonde. Le signe de Murphy est présent si la douleur au site de la palpation bloque l'inspiration
 - défense sous-costale parfois
- Signes biologiques :
 - syndrome inflammatoire (CRP augmentée) avec polynucléose
 - bilan hépatique normal
 - Echographie (images Inconstantes): vésicule distendue, épaissement de la paroi vésiculaire ; calculs dans la vésicule ; douleur dans la région vésiculaire au passage de la sonde.

- Angiocholite aiguë

- Si la lithiase migre plus loin et obstrue la voie biliaire principale, le tableau devient celui d'une angiocholite
- Signes cliniques : triade symptomatique caractéristique s'installant en 24 à 72 heures selon la séquence suivante :
 - douleur
 - puis fièvre élevée
 - puis ictère
- Signes biologiques
 - syndrome inflammatoire (CRP augmentée) avec polynucléose
 - bilan hépatique : élévation modérée des transaminases, cholestase avec augmentation des gamma-GT, des phosphatases alcalines et de la bilirubine
- Echographie : les anomalies sont inconstantes
 - dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques
 - présence d'un calcul enclavé dans la voie biliaire principale
 - cholécystite souvent associée

5. Douleur pancréatique

- Siège : Épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche
- Irradiation : Vers le dos de façon transfixiante ou en « héli-ceinture » d'avant en arrière
- Type et intensité variables : Simple gêne et pesanteur, ou douleur vive et intolérable
- Durée, rythmicité : Douleur continue sur quelques jours ou semaines dans les pancréatites aiguës
- évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques
- Facteurs déclenchants : prise alimentaire en particulier les repas riche en graisse et/ou alcoolisé
- Facteurs soulageant : compression épigastrique et antéflexion du tronc : position en « chien de fusil ».

Bibliographies :

DUCROTTE Ph. La douleur abdominale : le point de vue du gastroentérologue. Gastroentérologie Clinique et Biologique [en ligne]. Paris : Masson. Mars 2003, Vol. 27, N° Sup. 3, 68-72 p. : <http://www.em-consulte.com/article/99697>