

Ronéo CCO urgence : douleur abdominale

Pr Nicolas SEGAL

La douleur abdominale est un motif de consultation fréquent. Le médecin a donc pour mission de faire un diagnostic vraisemblable, de soulager et traiter le patient. Pour cela, il dispose d'outils qu'il faudra utiliser de manière rationnelle, c'est-à-dire en évaluant la balance bénéfique/risque.

Le diagnostic est important et doit être fait minutieusement car il y aura préjudice s'il y a faute professionnelle.

A/ Evaluation de l'état général

Dès que le patient arrive aux urgences, il faudra évaluer son état général en prenant ses constantes.

- **Pouls** : attention si fibrillation auriculaire rapide ; parfois le pouls peut sembler lent.
- **Tension artérielle** : haute et basse, attention collapsus masqué par hypertension artérielle chronique (12/8 10/8 mais habituellement 18/10), décubitus.
- **Température** : attention fièvre masquée par les antalgiques, la technique, l'âge. L'hypothermie, c'est de la fièvre.
- **Douleur** : échelle verbale (EVA), comportement du patient (le regarder), relation prévisible entre cause et conséquence (regarder si la douleur est liée à la cause)
- **Bandelette urinaire, glycémie, ECG.**

Toute femme en âge de procréer qui vient consulter aux urgences est enceinte jusqu'à preuve du contraire.

B/ Interrogatoire

Il faut canaliser l'interrogatoire, on doit poser les questions. Il ne faut pas hésiter à interrompre le patient. (Toujours le même, je vous mets le contenu des diapos)

- Ecoute / mise en confiance++++++
- Nom, prénom, ethnie âge, poids taille
- Antécédents: perso (médicaux, chirurgicaux, toxiques ..)
- Activité professionnelle (exposition à des toxiques)
- Antécédents familiaux
- Symptômes: douleur
- Puis canaliser l'interrogatoire pour préciser ces symptômes+++
- Recherche d'autres symptômes (y compris extra-digestifs)

ANTECEDENTS PERSONNELS

Médicaux, chirurgicaux, obstétricaux

Ordre chronologique

Âge du malade lors de ces maladies

Transfusions

Traitement en cours

ANTECEDENTS toxiques

- **Alcool**: - Quantité d'alcool journalière en grammes

1 verre = 10 g (quel que soit le type d'alcool)

Interrogatoire sur les quantités ingérées

Il ne faut pas rompre la communication, on pose les questions avec tact (questions neutres) et on ne porte pas de jugement.

- **Tabac** : nombre de cigarettes par jour, nombre années, Paquets Années (PA)

(PA= durée (année) x nombre de cigarettes par jour)

- **Toxicomanie**

Produits, Voies d'administration

- **Toxiques**

Activité professionnelle (exposition à des toxiques)

Loisirs

ANTECEDENTS Familiaux

Ictère familial,

Polykystose rénale (multiples kystes au niveau du rein),

Diabète sucré

Polypes coliques (car peut évoluer en cancer)

Cancer

Demander lors de l'interrogatoire si le patient a fait un **séjour dans les tropicaux** même si ce n'est qu'une escale, il pourrait très bien attraper quelque chose même « en y passant ».

Les symptômes

La douleur : **QUOI**

- **Siège** : quadrant de l'abdomen

- **Irradiations**

- **Type** : crampe, brûlure, spasme

- **Signes d'accompagnements** : nausées, vomissements, pertes de sang, gaz

QUAND

- **Date et heure** : depuis quand, depuis combien de temps

- **Modalités évolutives** : brutal, augmente progressivement, partie de la journée matin/soir, avant/après avoir mangé

- **Ancienneté** : moins de 7j ou plus

- **Rythme** : combien d'épisodes par jour

- **Facteurs influençant la douleur** : position antalgique, transit, alimentation

Psoïtis (inflammation du psoas, le patient boite, problème peut être infectieux)

COMMENT

Facteurs déclenchant :

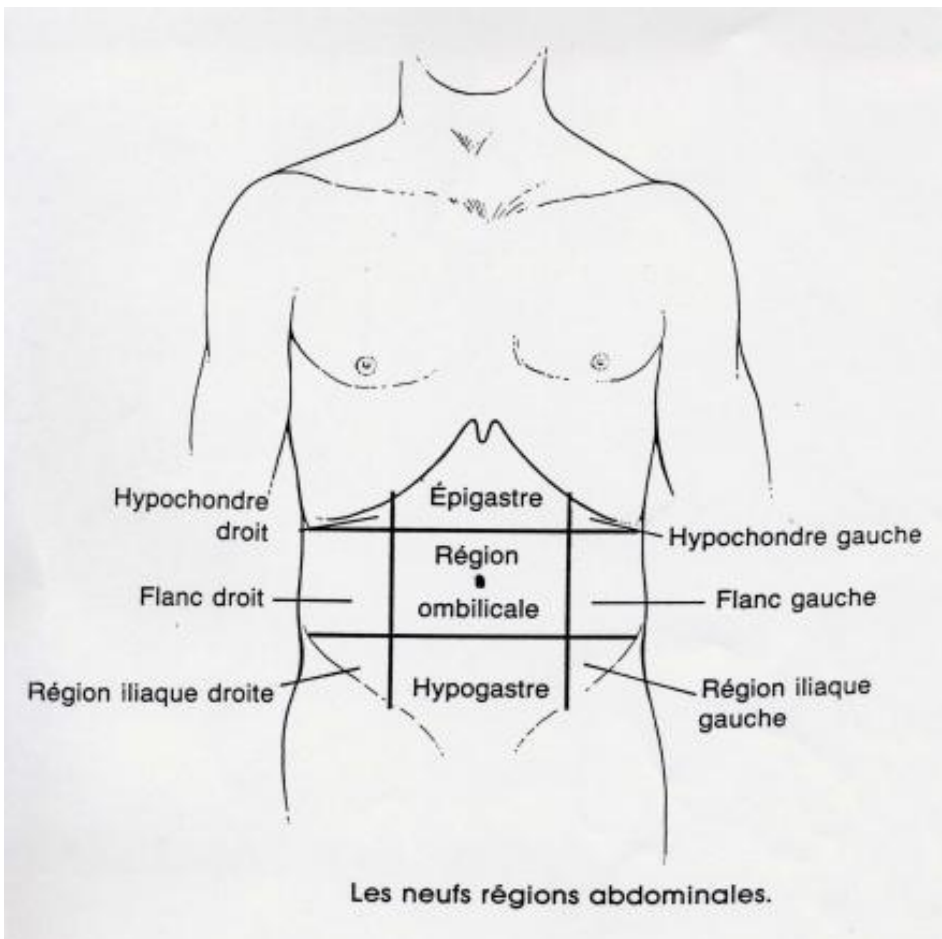
- Repas, biopsie, coloscopie
- Traumatisme
- Traitement (antibiotiques (flore intestinale), AINS (ulcères), anticoagulants (saignements))

COMBIEN

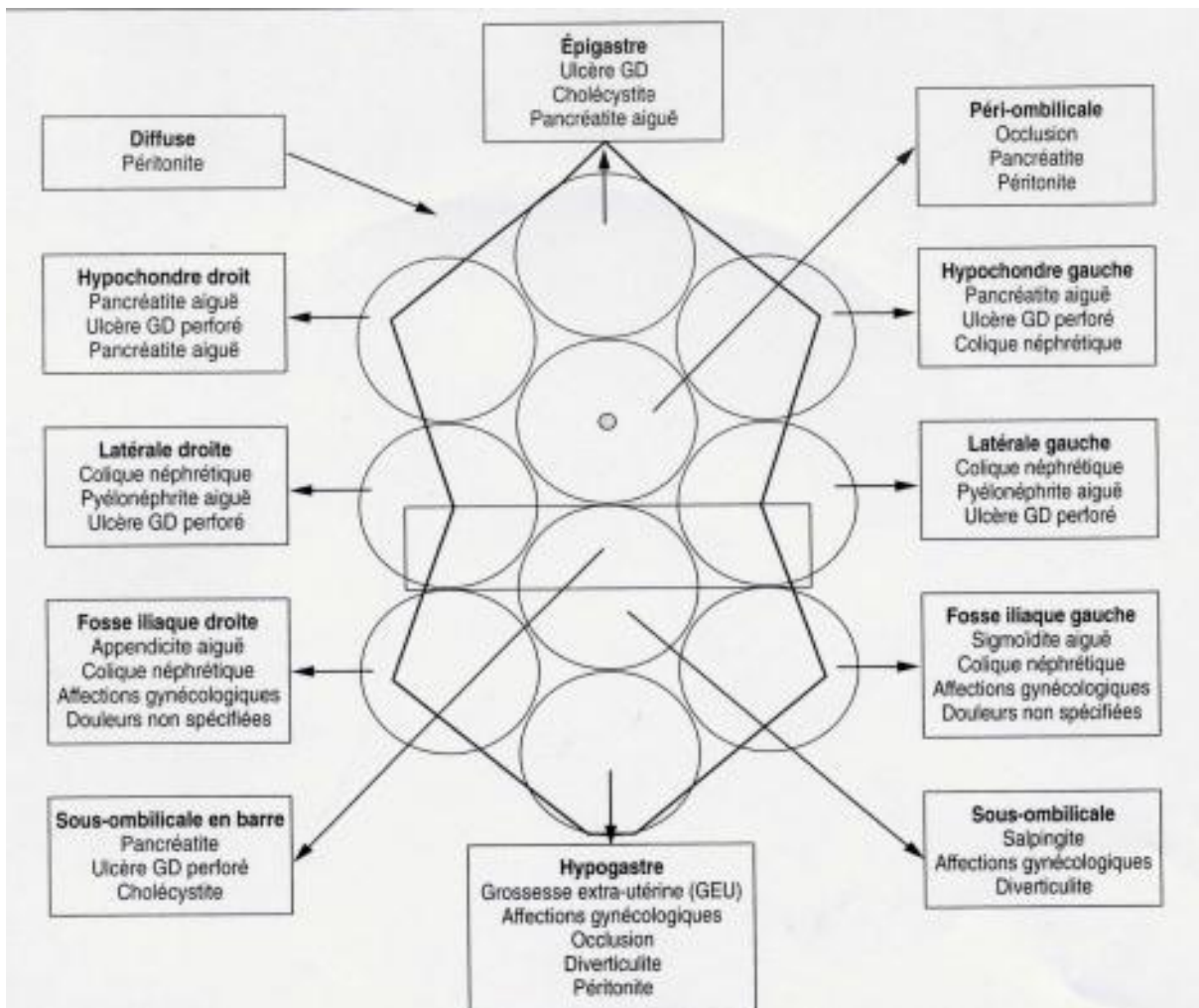
- Permanente ou intermittente
- Intensité
- Modalités évolutives : ancienneté (supérieur ou inférieur à 7j), rythme
- Facteurs influençant la douleur : position antalgique, psöitis, alimentation, gaz

LOCALISATION

A partir de la localisation, on aura déjà quelques hypothèses.



(A chaque quadrant correspond les organes qui se trouvent en dessous, voici des exemples de pathologies en fonction du quadrant)



Exemples commentés :

- **Épigastre** : estomac, duodénum, il peut y avoir un ulcère.

Cholécystite (inflammation de la vésicule biliaire).

Colique hépatique (douleur), cholécystite (douleur et fièvre), angiocholite (douleur, fièvre, ictère)

- **Région péri-ombilicale** : intestins.

Pancréas inflammation : pancréatite alcool / calcul

Péritonite : inflammation, ce n'est pas la cause (appendicite, ulcère, occlusion et perforation)

- **Hypochondre gauche** : pancréas, estomac, reins.

Colique néphrétique (calcul qui peut se bloquer dans le rein puis douleur intense).

Pour retenir : douleur frénétique, très mal/douleur hépatique moins mal

- **Flanc gauche** : colique néphrétique, pyélonéphrite (infection au niveau du rein), estomac (ulcère)

- **Fosse iliaque gauche** : Sigmoidite, colique néphrétique, et affections gynéco chez la femme, douleurs non spécifiées du colon (douleurs générales)

- **Sous ombilicale** : salpingite (inflammation des trompes, infection en général), diverticulite

- **Hypogastre** : grossesse extra utérine, affections gynéco, occlusions (colon ou intestin grêle parfois se tord sur lui même ou sur une cicatrice, extrêmement mal), péritonite, diverticulite

- **Sus ombilicale** : pancréas (en barre), estomac, cholécystite (vésicule)

- **Fosse iliaque droite** : appendice, colique néphrétique, affections gynécologiques et douleurs non spécifiées.

- **Hypochondre droit** : à peu près comme dans l'hypochondre gauche.

Recherche d'autres symptômes :

Nausées, vomissements, éructations, hoquet

Perturbations du transit : constipation, diarrhée

Hémorragies digestives : rectorragie, méléna (sang digéré, très noir et mal odorant donc hémorragie haute après l'angle de Treitz (duodéno-jéjunal) mais peut être rouge si saignement abondant car pas digéré)

Ictère : cutanéomuqueuse

Distension abdominale (masse, ascite)

Dans 90% des cas, on a déjà idée du diagnostique avec l'interrogatoire +++

C/ Examen de l'abdomen

Temps fondamental +++

1. Inspection
2. Palpation
3. Percussion
4. Auscultation
5. Toucher rectal/vaginal (homme : penser à toucher les testicules)

Malade en décubitus dorsal, dévêtu, tête un peu surélevée, membres inférieurs légèrement fléchis (décontraction des muscles), membres supérieurs allongés le long du corps.

Les mains sont préalablement réchauffées et l'examen se fait sur un lit résistant, le médecin se positionne à droite du malade (systématique pour avoir les mêmes sensations à chaque fois).

Il ne faut jamais commencer l'examen par la zone douloureuse sinon le reste de l'examen ne sera pas contributif.

1°) Inspection

- **L'état des téguments : couleur, pâleur (hémorragique), ictère**
- Cicatrices (chirurgicales (motif de l'intervention), traumatiques)
- **Erythème, éruption, hématomes, pétéchies, purpura** (ne s'efface pas à la vitropression contrairement aux pétéchies)
- Vergetures : stries blanchâtres qui témoignent d'un amaigrissement après un surpoids important (grossesses), elles sont roses violacées dans le cas d'hypercorticisme.
- **Veines superficielles** : habituellement à peine visibles, drainage des 2/3 inférieurs de l'abdomen vers le bas

Dans l'hypertension portale : les veines sus ombilicales sont dilatées, se dirigent vers le thorax et les veines péri-ombilicales forment une tête de méduse.

L'ombilic : saillant s'il y a une ascite ou une hernie

Forme de l'abdomen

- **Rétracté** : dénutrition grave, contracture des muscles abdominaux
- **Distendu** : hypertrophie du pannicule adipeux, ascite avec ombilic déplié, météorisme abdominal (beaucoup de gaz) ou distension gazeuse des anses intestinales et du colon
- **Distendu de manière localisée** : tumeur visible, distension gazeuse localisée ou en regard

d'un orifice herniaire ou d'une éventration (pareil que hernie mais plus grand).

Mobilité abdominale

Mobilité respiratoire : doit être présente, symétrique, ample, non douloureuse

La mobilité anormale : battements aortiques (sujet maigre), anévrisme ou tumeur abdominale les transmettant à la paroi

Mouvements péristaltiques : intestinaux en cas d'occlusion, mouvements de reptation lente parfois déclenchés par une chiquenaude (petit coup).

2°) Palpation

- **Doit être superficielle et profonde**
- **Palper l'abdomen avec le plat de la main**
- **Toujours palper en premier la région la plus éloignée du point douloureux**
- **Mobiliser le malade en décubitus latéral droit ou gauche, notamment lors de la palpation profonde**

La paroi abdominale

Normalement le tégument se laisse pincer entre le pouce et l'index sans garder de plis

Présence de plis

- **œdème sous-cutané (godet mou, blanc)**
- **peau flasque : déshydratation**

La paroi musculaire

Défense : contraction involontaire de la paroi qui s'oppose à la palpation profonde. Elle peut être partiellement vaincue par la palpation douce et aggravée par une palpation brusque.

Contracture : rigidité pariétale, c'est un réflexe (contraction involontaire) douloureuse, permanente et invisible de la paroi. (Plus grave que la défense, l'étape d'après)

- **diffuse** : ventre de bois, témoin d'une péritonite diffus
 - **localisée** : au dessus d'un viscère enflammé (appendice, vésicule biliaire)
- **Signe de gravité +++**

Le contenu abdominal

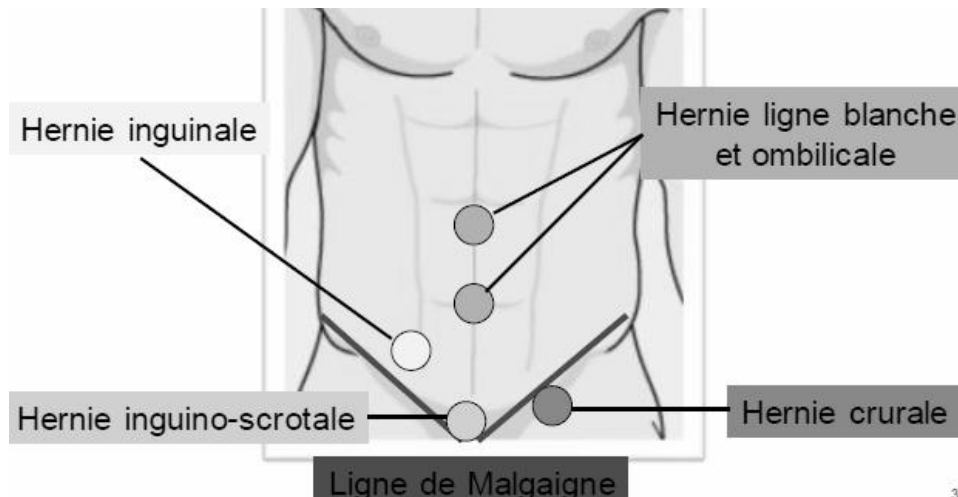
Palpation profonde : préciser l'état des organes abdominaux et trouver une masse abdominale.

A l'état normal, on peut percevoir :

- **le bord antérieur du foie dans l'hypocondre droit**
- **le caecum dans la fosse iliaque droite**
- **le colon gauche dans le flanc gauche qui roule sous la main**

Les orifices herniaires

Il faut faire tousser le malade, cette manœuvre augmente la pression abdominale donc elle fait produire une saillie brusque = **la hernie**



Palpation anormale

Rechercher :

Empatement (lésion inflammatoire)

Tuméfaction ou une tumeur

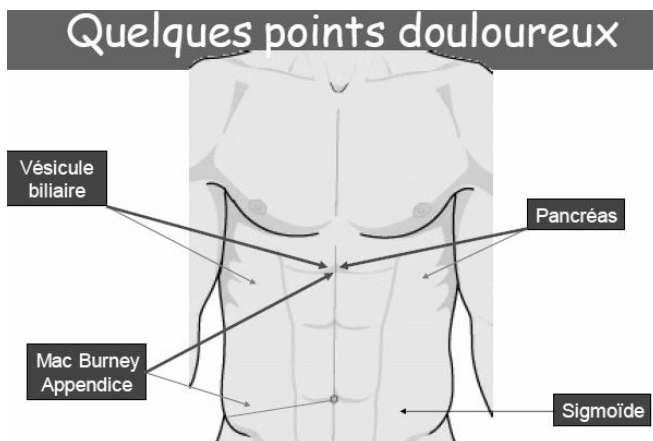
Foie (normalement lisse, mou régulier et si pathologique il peut être douloureux, dur, bosselé)

Rate (normalement on ne la sent pas)

Masse épigastrique (gastrique ou pancréatique)

Rein (avec un contact lombaire : le palper bi-manuel avec la main postérieure qui refoule la masse vers en avant, la main antérieure recevant le rein)

Tuméfaction pelvienne (vessie → globe, utérus)



Devant une tuméfaction :

- Topographie
- Taille (cm)
- Forme
- Contour
- Consistance : molle, rénitente ou dure
- Nature : solide, liquide ou gazeuse
- Sensibilité
- Mobilité

Signe de Murphy : vésicule douloureuse

3°) Percussion

Main gauche en éventail sur l'abdomen

Médius de la main droite percute les 4 derniers doigts de la main gauche

Percussion basi-thoracique D et G précise les bords supérieurs du foie et de la rate

Etat normal : tympanisme (gaz digestif)

Anses dilatées : hyper sonorité

Tumeur solide : matité

- **Matité hypogastrique** : vessie pleine, globe vésical, utérus hypertrophié
- **Matité déclive** : **ascite**, concave en haut, mobile avec les mouvements du malade
- **Matité localisée** : masse
- **Tympanisme pré hépatique** : interposition d'une anse digestive, pneumopéritoine

4°) Auscultation

- **Bruits hydro-aériques de l'intestin** caractéristiques du péristaltisme
Auscultation patiente, un son toutes les 5 à 10s au moins
- **Bruits hydro-aériques intenses** : penser syndrome de lutte
- **Silence auscultatoire +++ SIGNE DE GRAVITE** : iléus paralytique par irritation péritonéale, ischémie mésentérique
- **Bruits vasculaires** : ne pas appuyer trop fort le stéthoscope sous peine de créer un souffle
Aorte sus ou sous-ombilicale, artères rénales, artères iliaques
- **Tuméfaction** : rechercher de son caractère richement vascularisé
- **Foie : fistule vasculaire** (communication anormale entre une artère et une veine, on entend un souffle car la différence de pression est élevée)

5°) Examen de la marge anale

Toucher Rectal

Examen soigneux de la marge anale (prévenir et décontracter le patient)

Position genu-pectorale

Décubitus latéral (généralement à gauche car si la femme est enceinte, on risque de compresser la veine cave donc on met en danger elle et son enfant)

→ Recherche

- **lésions cutanées, orifice fistuleux**
- **fissure** : déplisser la marge anale
- **hémorroïdes +/- prolapsus en faisant pousser (aussi tousser) le malade**
- tumeur

Systematique

Complète l'examen de la marge anale

En position de décubitus dorsal cuisses et genoux fléchis ou décubitus latéral (position fœtale latérale)

S'aider de la palpation abdominale combinée

Prostate

Normal : élastique, lobes réguliers, sillon médian.

Pathologique : dur, augmentée de taille, douloureux.

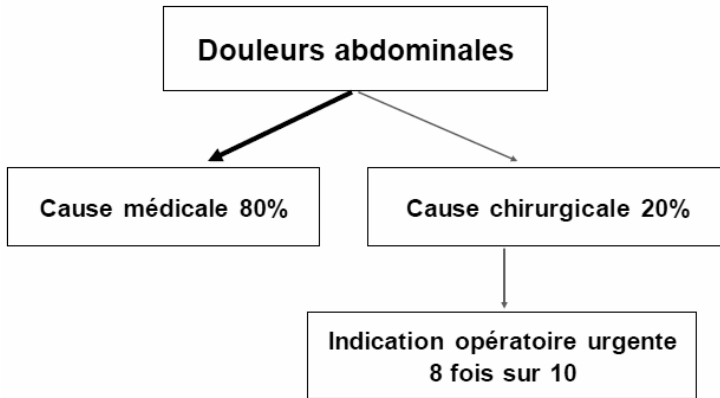
Examen du doigtier après examen : présence de selles, de glaires, de sang.

D/ En Résumé

Pour toute douleur abdominale, il faut faire :

- Un interrogatoire complet et précis, bien orienté**
- Un très bon examen clinique complet et méthodique (de la tête aux pieds)**
- Et penser à tous les organes**

Causes



Au final, il y a une proportion non négligeable de patients nécessitant une prise en charge chirurgicale

Causes gynécologiques

- -kyste ovarien rompu
- -FCS (fausse couche spontanée)
- -salpingite
- -torsion d'annexe (urgence chirurgicale)
- -grossesse extra-utérine (peut saigner jusqu'à 500 ml/min !!!)

Causes médicales

- colopathie fonctionnelle (cause non trouvée)
- colite et diarrhée infectieuse
- colique néphrétique
- pathologies vésico-prostatique
- gastrite et ulcère gastrique
- hépatite, ascite, TVP (thrombose veineuse profonde)
- Crohn, Recto Colite Hémorragiques
- pathologie néoplasique
- colite ischémique et infarctus rate
- Métaboliques (ACD, K, Ca, Na)
- maladie périodique, drépanocytose,
- intoxication, stress...

Causes chirurgicales

- -appendicite
- -occlusion et hernies
- -cholécystite-angiocholite
- -pancréatite (alcool ou calcul)
- -sigmoïdite diverticulaire
- -perforation-péritonite
- -rupture, abcès : rate ou foie
- -anévrisme aorte et DA (dissection aortique)
- -infarctus mésentérique

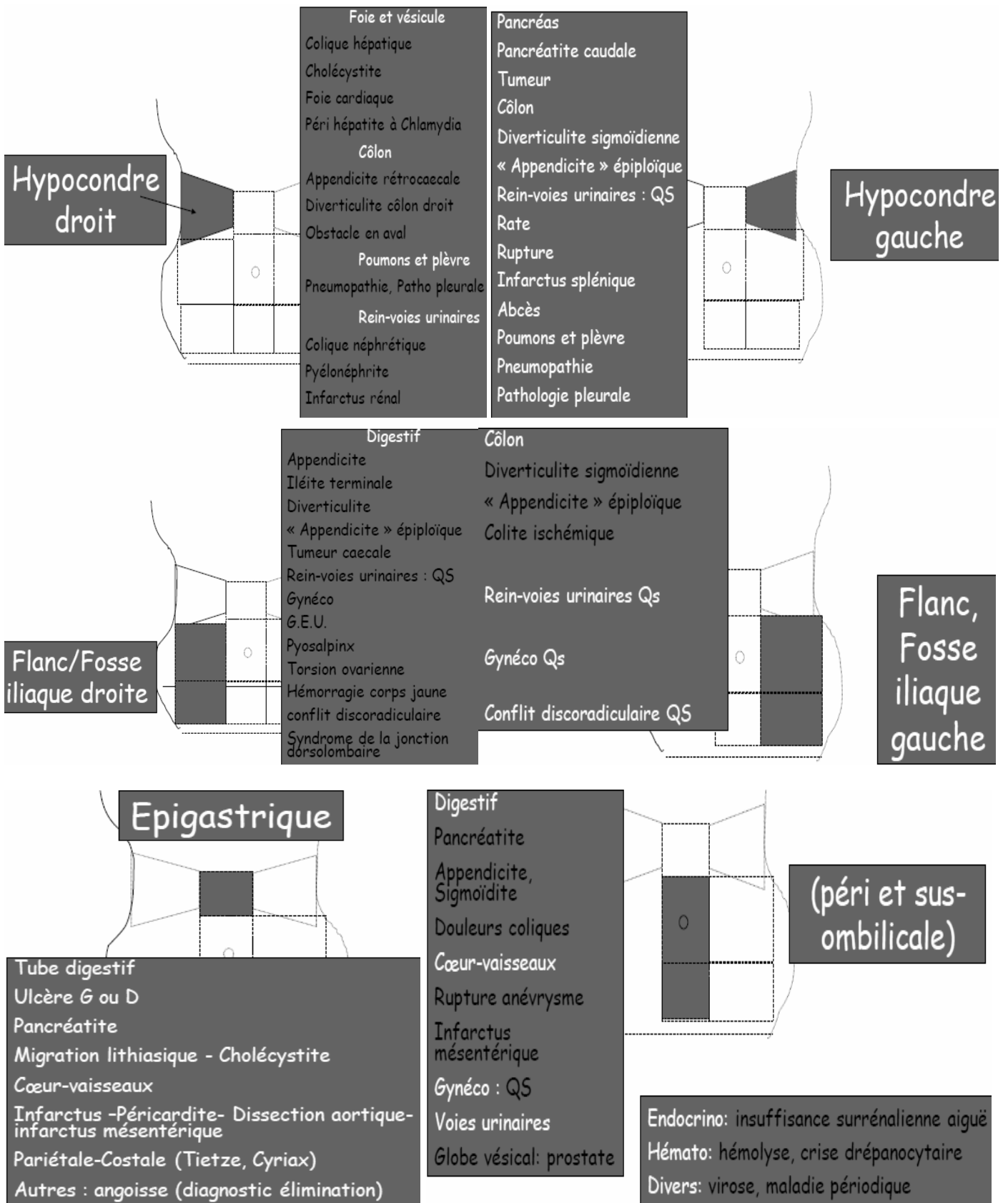
Causes extra abdominales

- pneumopathie
- foie cardiaque
- pneumothorax-pleurésie
- infarctus ou myocarde
- péricardite
- embolie pulmonaire

Il faut distinguer :

- **Colique hépatique** : douleur simple sans fièvre ni ictère
- **Cholécystite** : douleur + fièvre
- **Angiocholite** : douleur + fièvre + ictère

Principales causes de douleurs abdominales aiguës en fonction de la localisation



Cas clinique

■ **Femme de 45 ans**
amenée par son mari
aux urgences pour
douleur abdominale

3j que j'ai mal
Monte progressivement
Douleur aiguë, moins de 7j
Pas de psôitis
Transit normal
Pas de facteur déclenchant
Pas de signe d'accompagnement

Fc : 80 / min
Tension artérielle : 12 / 8
Apyrétique
Douleur 8 / 10
Douleur fosse iliaque droite de type
de brûlure

Pas d'antécédents
3 Grossesses 2 accouchements
(G3, P2)
Dernières règles 21j
Ne fume pas, pas voyagé

Palpation pas de douleur, pas de
contracture
Percussion tympanique
Auscultation il y a des bruits
Touchers sans particularité

Une idée les amis ?

Hypothèses : regarder les principales causes en fonction de la **localisation** page 10.

Grossesse extra-utérine

Appendicite → appendice probablement enlevé l'appendice (lors des césariennes)

Système urinaire → infection

Colon, gynécologique (mais touchers pas mal) → en défaveur

Tumeur → jeune

Rein → oui

Torsion ovarienne possible

Hémorragie du corps jaune non car les dernières règles datent de 21j

Problème de dos → non pas mal

Premiers examens :

- Faire **β HCG**

- **ECBU** (douleur à type de brûlure plutôt infection)

(- Echo en gynéco mais n'analyse pas le reste)

« Brûle quand je fais pipi »

Antibiotiques + conseils hygiéniques

Interrogatoire, 80% des cas résolus !!!