

# Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences

L. Chiche<sup>1</sup>, E. Roupie<sup>2</sup>, P. Delassus<sup>3</sup>

1. Fédération de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Caen – Caen.

e-mail : chiche-l@chu-caen.fr

2. Département d'Accueil et de Traitement des Urgences, CHU Caen – Caen.

3. Unité de la Douleur et des Soins Palliatifs, CHU Caen – Caen.

**Correspondance :** L. Chiche, Fédération de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Caen, Côte de Nacre, F 14000 Caen.

## Résumé/Abstract

### Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences

L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus

La douleur abdominale, motif fréquent de consultation aux urgences, constitue le symptôme usuel auquel est confronté le chirurgien viscéral de garde. Il est important de connaître les bases de la physiopathologie de la douleur viscérale afin de mieux appréhender les caractéristiques de celle-ci, les douleurs projetées, et les diverses manifestations associées à cette douleur. Les causes de douleur abdominale sont très nombreuses : digestives, extra digestives, chirurgicales ou médicales. La prise en charge aux urgences doit donc être pragmatique et rapide. Elle repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique qui vont définir la gravité du tableau, les éventuels premiers gestes à effectuer, les examens complémentaires à demander en priorité et l'orientation du patient. L'échographie est un examen rapide, simple et performant pour les pathologies biliaires et uro-gynécologiques, voire pour certaines pathologies digestives. Cependant les scanners de nouvelle génération ont une performance excellente, notamment pour les pathologies digestives et vasculaires. De la qualité et de la performance de la prise en charge initiale de ces abdomens aigus peut dépendre le pronostic du patient. Cette prise en charge doit aboutir à un traitement étiologique sans oublier la mise en route rapide d'un traitement symptomatique.

**Mots-clés :** Divers. Diagnostic. Traitement. Douleur abdominale. Urgence.

### Management of adult abdominal pain in the Emergency Room

L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus

Abdominal pain is a commonplace reason for surgical consultation in the emergency department and is the most common symptom which the digestive surgeon on-call must evaluate. He must understand the pathophysiologic basis of visceral pain and referred pain in order to appreciate its diverse manifestations. Abdominal pain can stem from many causes intestinal and non-intestinal, medical and surgical. Evaluation and management in the emergency department must be rapid and pragmatic; clinical history and physical examination should define the gravity of the case, direct the first diagnostic procedures and complementary examinations, and guide the therapeutic direction. Ultrasonography is a quick and effective diagnostic procedure in the diagnosis of biliary, urologic, and gynecologic pathologies; it can be useful for other digestive problems as well. The new generation spiral CT scanner gives excellent definition of digestive and vascular pathologies. The initial evaluation and management of the acute abdomen may determine the prognosis of the patient ; it should lead to prompt symptomatic relief and to a well-directed treatment appropriate to the diagnosis.

**Key words:** Miscellaneous. Diagnosis. Treatment. Abdominal pain. Emergency.

## Introduction

Les douleurs abdominales représentent environ 10 % des motifs de consultation aux Urgences. Leurs causes sont

extrêmement diverses, souvent digestives, parfois extra digestives, et peuvent être des plus anodines aux plus graves. Leur prise en charge aux Urgences repose sur la clinique et constitue un chal-

lenge permanent afin de ne pas tomber dans deux écueils : d'un côté, laisser passer une urgence vitale, et de l'autre multiplier des examens complémentaires inutiles et onéreux pour des douleurs bénignes et résolutives (dans 30 à 40 % des cas).

Avant d'aborder l'aspect pratique de la prise en charge d'un abdomen douloureux, il est indispensable de s'arrêter sur quelques bases théoriques. En effet, pour comprendre la douleur viscérale, ses différentes manifestations et causes, il est important de comprendre les mécanismes physiopathologiques de celle-ci. Puis la prise en charge diagnostique et thérapeutique sera détaillée sachant que, dans ce contexte particulier des Urgences, la démarche doit être rapide et pragmatique pour être efficace.

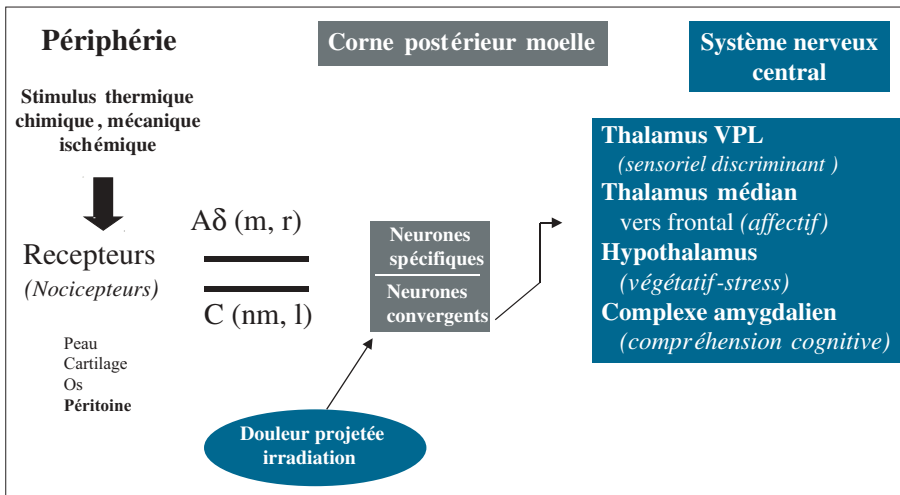
## Bases théoriques

D'après la définition donnée par l'IASP (International Association for the Study of Pain) la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ». Cette définition intègre donc une dimension sensorielle mais également affective et émotionnelle. Les mécanismes de la douleur sont très complexes, mais quelques bases élémentaires peuvent être rappelées.

## Mécanismes généraux de la douleur [1, 2]

### • Mécanismes nociceptifs (figure 1)

Pour qu'il y ait perception d'une douleur, il faut un stimulus douloureux, thermique, mécanique, ischémique ou chimique, et la mise en jeu de récepteurs ou nocicepteurs. Les nocicepteurs sont constituées par les terminaisons libres de fibres nerveuses périphériques, disséminées dans la peau, les muscles,



**Figure 1** : Physiopathologie de la douleur abdominale (Mécanisme nociceptif).

Aδ (m, r) : fibre nerveuse périphérique myélinisée, rapide ; C (nm, l) : fibre nerveuse périphérique non myélinisée, lente.

les articulations, le péritoine ou les parois des viscères. Ce sont les phénomènes inflammatoires qui modifient la sensibilité de ces récepteurs. Ces nocicepteurs sont en effet aussi des chémorécepteurs. La lésion tissulaire (ischémie, distension, infection) libère des substances comme la bradykinine, l'histamine ou les prostaglandines qui vont sensibiliser les récepteurs et en prolonger l'activation.

#### Au niveau périphérique

À partir des nocicepteurs, le message douloureux est véhiculé par les fibres nerveuses périphériques de deux types : les fibres A delta faiblement myélinisées, rapides, et les fibres C non myélinisées, plus lentes. Ces fibres contenues dans les nerfs périphériques rejoignent la corne postérieure de la moelle par l'intermédiaire des racines rachidiennes postérieures.

#### Au niveau médullaire

Au niveau de la corne postérieure de la moelle, se situent les relais spinaux avec deux catégories de neurones spinaux :

- les neurones nociceptifs spécifiques situés dans les couches périphériques (couche 1), répondant à des stimulations périphériques intenses correspondant à leur champ récepteur limité (fibres A delta) ;
- les neurones nociceptifs non spécifiques ou neurones convergents, situés dans la couche profonde de la corne postérieure répondant à des stimulations mêmes légères et dont le champ récepteur est étendu. Ce sont ces neu-

rones convergents qui reçoivent des afférences de territoires aussi bien cutanés que viscéraux qui expliquent le *phénomène de douleur projetée*. Ainsi, en cas d'agression d'un viscère, la cellule convergente qui a l'habitude de recevoir des messages de la peau dans le même métamère ressent non la douleur viscérale propre, mais la douleur de la zone cutané-musculaire. Ainsi, la douleur de colique hépatique se traduit par une douleur au niveau de la pointe de l'omoplate.

Les axones de neurones nociceptifs de la corne médullaire croisent la ligne médiane pour se diriger de façon ascendante vers le cortex.

#### Au niveau du cortex

Il existe quatre sites supra-spinaux où sont décodés les messages avec libération d'hormones et interaction des messages affectifs et émotionnels. Il n'y a donc pas qu'un centre cérébral de la douleur mais de nombreuses aires cérébrales impliquées dans la sensation douloureuse.

#### • Le rôle du système autonome

Ce système à l'étage abdominal est très complexe.

Les fibres afférentes provenant des structures viscérales sont des fibres non myélinisées conduites vers le système nerveux central par l'intermédiaire du nerf *pneumogastrique*, des nerfs *splanchniques*, et des nerfs du système nerveux autonome d'origine *pelvienne*. Il n'y a pas de centre spécifiquement et exclusivement autonome au niveau du système

nerveux central. De plus, il existe un premier niveau d'intégration central représenté par la moelle épinière où des réflexes autonomes peuvent se mettre en jeu, réflexes purement médullaires comme la sudation, les variations de la pression artérielle, les réflexes de miction ou de défécation.

Sur le versant efférent, le système nerveux autonome se subdivise en un contingent *sympathique* et *parasympathique*.

Les stimuli douloureux peuvent être véhiculés par le système nerveux sympathique, en particulier la douleur provenant des viscères abdominaux hauts de l'intestin jusqu'au côlon et soulagés par le blocage du plexus coeliaque. Le sympathique lombaire intervient partiellement dans la transmission des douleurs viscérales pelviennes. La mise en action de ce système sympathique et parasympathique entraîne des expressions aspécifiques de la douleur, comme les pleurs, l'augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, l'iléus, la vasoconstriction artériolaire avec redistribution du flux sanguin.

#### Caractéristiques spécifiques de la douleur abdominale [2]

##### • Intrication des systèmes nociceptifs et végétatifs

La douleur viscérale diffère nettement des douleurs venant d'autres tissus (peau, os), par sa localisation plus vague, ses intrications complexes entre le système sensitif et autonome, et l'importance des réponses émotionnelles qu'elle génère.

Les douleurs viscérales aiguës induisent, souvent par activation du système autonome mais également via les voies supra spinales, des modifications de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et respiratoire, mais aussi du tonus musculaire. Elles génèrent des réponses émotionnelles, souvent intenses, intégrant le vécu ancien du patient.

##### • Notion de douleur réflexe et hyperalgésie

La douleur projetée est un élément important de la sémiologie de la douleur viscérale, expliquée par le phénomène de convergence. Ces douleurs référées s'accompagnent également d'une hyperalgésie de la peau et des tissus profonds, de contractions musculaires à l'origine des signes classiques de défense et de contracture.

Les viscères pleins (foie, pancréas, rate) sont insensibles, sauf lorsque leur capsule est distendue. Les viscères creux sont sensibles à la distension et à l'inflammation (colique néphrétique ou hépatique). Les nocicepteurs localisés dans les parois viscérales ont un seuil de réponse à la distension variable.

### Démarche diagnostique

La connaissance des mécanismes complexes de la douleur viscérale ne peut que souligner l'importance de l'accueil du patient dans l'ambiance, parfois chaotique, des Urgences.

### Apport de la clinique

L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux et permettent :

- d'identifier la gravité du tableau : 1) douleur abdominale avec signes de gravité généraux, la *super urgence* (SU) ; 2) douleur abdominale avec signes de gravité locaux l'*urgence vraie* (UV) ; 3) douleur abdominale a priori sans gravité immédiate l'*urgence relative* (UR).
- de classer le type de tableau : 1) syndrome *péritonéal* localisé ou généralisé ; 2) syndrome *occlusif* ; 3) syndrome *douloureux réactionnel* à une cause extra digestive ou médicale ; 4) syndrome *douloureux isolé*.
- d'évoquer la plupart des causes.

### L'examen clinique est la base de toute la démarche

Cet examen doit être fait, noté et daté (heure). Un tableau abdominal peut être rapidement évolutif et il est important de réitérer l'examen pour en évaluer l'évolution spontanée ou après traitement.

#### • Présentation du patient : facteurs vitaux

Le premier objectif de l'examen est de reconnaître les signes de gravité généraux qui imposent une prise en charge sans aucun retard comme des signes de choc, hémorragique ou autre, une détresse respiratoire, une confusion ou un désordre neurologique aigu.

#### • Analyse du terrain et de l'anamnèse

L'interrogatoire du patient et de l'entourage familial, ainsi que la lettre éventuelle du médecin traitant, vont permettre de réunir le maximum d'informations.

### Âge et antécédents

Au cours de l'interrogatoire, il faut insister notamment sur les antécédents vasculaires, les comorbidités métaboliques (diabète) et, bien sûr, les antécédents de la sphère digestive, notamment les antécédents chirurgicaux abdominaux.

Il faut rechercher un traumatisme récent qui n'est pas toujours spontanément rapporté et, à l'inverse, se méfier des relations entre la douleur et un événement considéré comme responsable du tableau.

La liste de médicaments que prend le patient est une mine d'information, et parfois la clé du problème, surtout chez des patients dont l'interrogatoire est difficile (prise d'anti-inflammatoires, d'antiagrégants plaquettaires, d'anticoagulants, d'immunosuppresseurs, d'antiarythmiques etc.)

### Analyse de la douleur

Cinq points doivent être bien analysés :

- 1) le mode d'installation et son évolution : le caractère brutal et sans répit est un élément sémiologique important (perforation, colique néphrétique). L'augmentation de la douleur est un signe de gravité ;
- 2) l'intensité de la douleur, certes est subjective, mais elle doit être évaluée par une échelle analogique. Rappelons que les douleurs les plus intenses sont celles de l'ischémie et de la pancréatite ou de la colique néphrétique ;

3) le type de douleur : les mots manquent souvent au patient qu'il faut aider à décrire sa douleur. La douleur transfixante, constrictive, est nettement plus inquiétante qu'une « brûlure » ou une pesanteur ;

4) le siège de la douleur initiale et actuelle : l'abdomen peut être divisé en 9 régions : l'épigastre, les deux hypochondres, les deux fosses iliaques, l'hypogastre, les deux flancs et la région périombilicale (figure 2). Chaque localisation correspond à plusieurs diagnostics à évoquer. Les irradiations doivent être recherchées : vers l'épaule droite (foie, voies biliaires), postérieures (rétro péritoine, pancréas par exemple), vers l'épaule gauche (irritation péritonéale, rate), vers les testicules (coliques néphrétique). À l'inverse rappelons qu'une douleur épigastrique peut être le signe d'un infarctus, une douleur de l'hypochondre, d'une pleurésie ou d'une pneumopathie.

5) Les facteurs déclenchants ou apaisants doivent être recherchés.

### Recherche des signes associés

L'interrogatoire et l'examen doivent rechercher des modifications du transit, des vomissements, de la fièvre et des frissons, ou tout autre signe, comme une toux, une éruption cutanée, etc.

#### • Examen clinique

L'examen clinique doit être complet extra abdominal et abdominal : de l'inspection (cicatrice, voussure, respi-

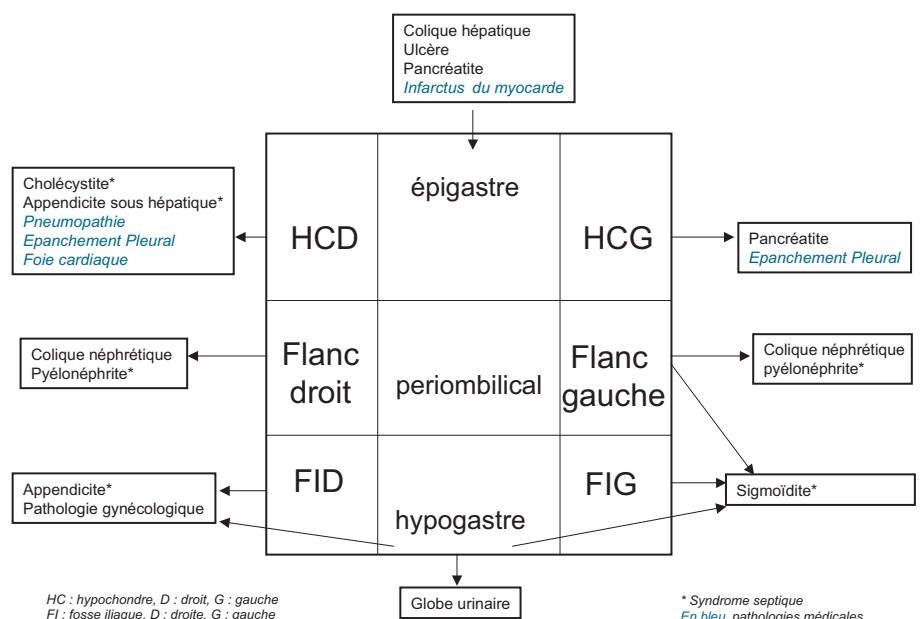


Figure 2 : Localisation de la douleur : approche diagnostique.

ration de l'abdomen) à la palpation, à la recherche de hernies, de défense ou de contracture, d'empâtement lombaire. Les touchers pelviens doivent être réalisés à la recherche de masse ou de douleurs.

Cet examen clinique définit la gravité du tableau et éventuellement le type de syndrome (occlusif, péritonéal) et permet : 1) d'orienter le patient vers une prise en charge chirurgicale plus ou moins rapide, ou médicale ; 2) de décider des premiers gestes à effectuer ; 3) de prescrire les examens complémentaires les plus adéquats.

Si fondamentale que soit la clinique, il ne faut pas oublier qu'elle a ses limites : il est illusoire de trouver des signes francs chez le grand obèse, ou le sujet atteint d'une pathologie neurologique dégénérative, et la prudence s'impose dans l'interprétation du tableau clinique chez le patient diabétique, sous corticoïdes ou immunosuppresseurs. C'est notamment dans ce contexte que la biologie et surtout la radiologie sont importantes.

### Apport de la biologie

La demande des tests biologiques doit être orientée par la clinique et nécessite de connaître les valeurs prédictives positives et négatives des différents tests. On peut ainsi distinguer : 1) les tests *généraux*, numération formule sanguine (NFS), ionogramme, C-réactive protéine (CRP), peu spécifiques mais très sensibles et qui sont importants pour l'évaluation de la gravité du tableau clinique. Ce sont des marqueurs de l'infection, de l'inflammation, de la déshydratation, de l'hypoxie ; 2) les tests *spécifiques*, évaluant la souffrance d'un organe ou le retentissement d'un événement sur un parenchyme (tests de cytololyse hépatique, amylasémie, lipasémie, bêta HCG).

Au terme de cette approche initiale, l'attitude doit être pragmatique :

**Soit il s'agit d'une SU (super urgence)**, la douleur abdominale s'accompagne de signes de choc. Il faut alors engager des mesures de réanimation et prendre en charge le malade en vue d'une chirurgie, ou le placer en unité de soins intensifs ;

**Soit il s'agit d'une UV (urgence vraie)**, la douleur abdominale s'ac-

compagne de signes locaux évidents (syndrome occlusif ou péritonéal), on suspecte une appendicite, une cholécystite, une sigmoïdite, une hernie étranglée. La biologie préopératoire est dirigée en fonction de cette suspicion diagnostique. On discute des examens radiologiques nécessaires pour confirmer le diagnostic ou décider de la stratégie médicochirurgicale ;

**Soit il s'agit d'une UR (urgence relative)**, la douleur abdominale ne s'accompagne d'aucun signe de gravité local ou général. Les questions à résoudre sont : 1) le diagnostic est-il fait, suspecté, ou indéterminé ? ; 2) faut-il hospitaliser le patient et pourquoi ? ; 3) quel examen radiologique demander et quand (en urgence ou en différé) ?

### Apport de la radiologie [3, 4]

Aujourd'hui, les trois examens disponibles en urgence de façon courante sont les clichés d'abdomen sans préparation (ASP), l'échographie et le scanner. La multiplicité des appareils et leur progrès (en particulier pour ce qui concerne le scanner) ont incontestablement modifié et amélioré l'approche diagnostique. Le choix est guidé par le type de tableau :

**Soit il s'agit d'une SU (super urgence)**, il n'y a pas d'examen à envisager,

tout au plus un scanner, après réanimation, et si le patient est stabilisé ;

**Soit il s'agit d'une UV (urgence vraie)** ; selon les hypothèses et l'état du patient on demande des clichés d'ASP, qui peuvent confirmer l'occlusion du grêle ou le pneumopéritoine, une échographie, qui peut confirmer la cholécystite, un scanner qui peut confirmer une sigmoïdite, etc.

**Soit il s'agit d'une UR (urgence relative)** ; l'échographie ou le scanner sont à discuter, s'ils permettent de faire un diagnostic et d'éviter l'hospitalisation, sinon cette démarche diagnostique peut être différée.

Il est fondamental de connaître les performances des différents examens pour faire des demandes justifiées et raisonnées :

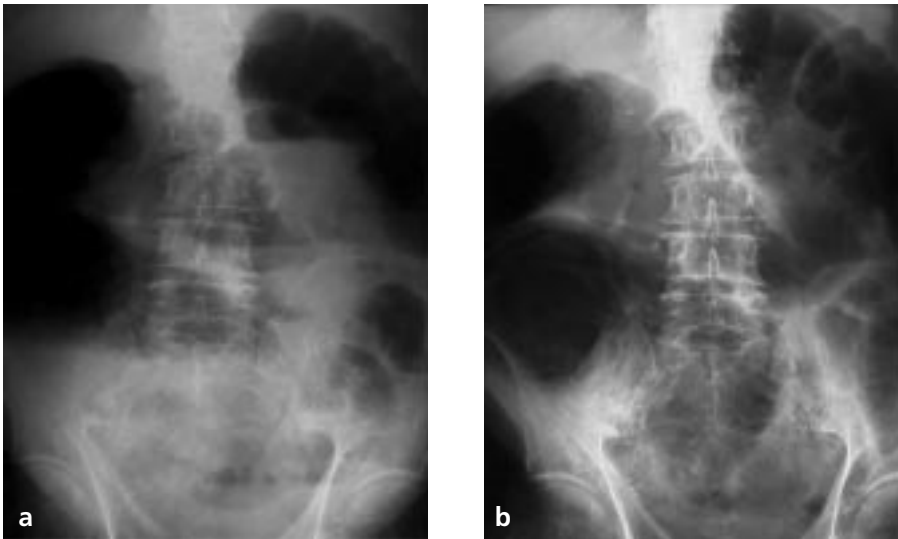
#### • L'ASP permet-il un bon débrouillage ? [5]

Il doit être de bonne qualité pour être interprétable et dans plus de 50 % des douleurs, il est non contributif. Mais il peut, rapidement et à faible frais, confirmer un diagnostic clinique (corps étranger, opacité sur le trajet de l'uretère, niveau colique de volvulus, d'occlusion du grêle (*figure 3*) ou du côlon (*figure 4*), montrer un pneumopéritoine et permettre une orientation chirurgicale rapide (*figure 5*).



**Figure 3** : Cliché d'abdomen sans préparation : niveaux sur le grêle en faveur d'une occlusion sur bride.

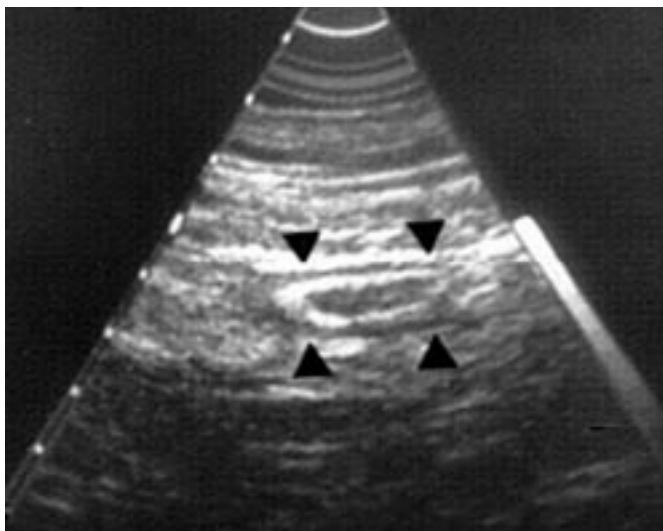




**Figure 4 :** Cliché d'abdomen sans préparation : niveaux sur le côlon en faveur d'un obstacle sigmoïdien.



**Figure 5 :** Cliché centré sur le thorax et les coupoles : volumineux pneumopéritoine (perforation d'ulcère duodénal).



**Figure 6 :** Échographie abdominale (sonde de 7,5 MHz) : aspect d'appendicite.

- **L'échographie est indiquée en cas de... bonne indication, bonne performance, bon opérateur, bon rendement ! [6]**

Les progrès des appareils et des radiologues permettent d'élargir les indications de l'échographie déjà reconnue pour les pathologies biliaires, urinaires et gynécologiques à d'autres pathologies comme l'appendicite (*figure 6*), les sigmoïdites. L'échographie est d'autant plus rentable que l'on se trouve devant un patient non obèse, compliant, présentant un syndrome péritonéal localisé, une suspicion de pathologie uro-génitale, et que l'échographe de garde est expérimenté.

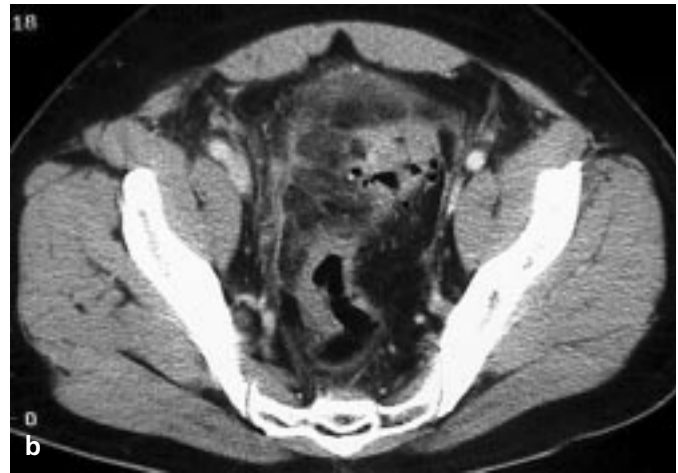
- **Le scanner est-il la révolution de l'urgence ? [7, 8]**

Les nouveaux scanners, multi barrettes, sont un progrès remarquable dans l'imagerie abdominale, permettant de faire très rapidement des diagnostics étiologiques précis (*figures 7 et 8*), de décider sans retard d'une intervention, d'éviter les laparotomies blanches ou inutiles, de redresser des diagnostics erronés (pathologies non digestives, vasculaires ou thoraciques). De plus il permet d'éviter ou de ne pas prolonger une hospitalisation. Une étude, avec les scanners d'ancienne génération avait déjà montré que la sensibilité de la clinique, associée au scanner était de 90 % *versus* 76 % pour la seule clinique [8]. Cependant il serait techniquement et économiquement impensable (prix du scanner) de réaliser cet examen pour chaque douleur abdominale. Il faut donc que sa prescription soit réfléchiée et justifiée. La communication et la collaboration avec le radiologue est un point crucial qui permet de gagner en temps et en performance.

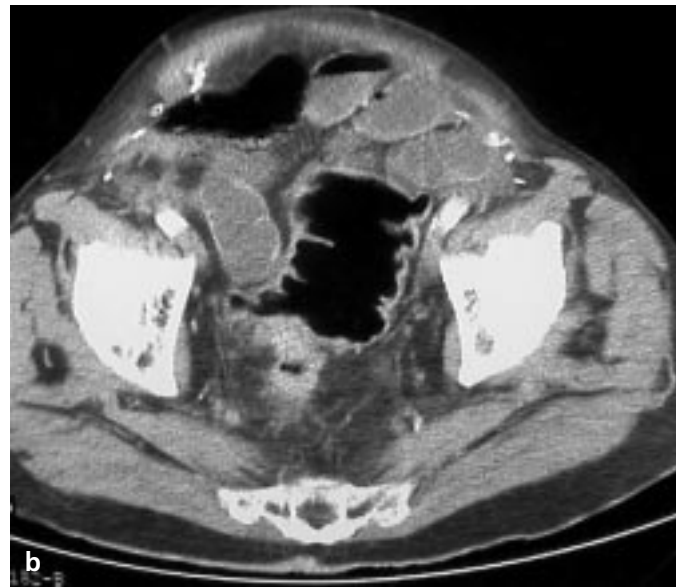
### Les données épidémiologiques [9-12]

Plusieurs études portant sur des séries d'urgences abdominales ont été réalisées dont la plus récente est un audit fait à l'occasion du rapport de l'Association Française de Chirurgie (AFC) de Bouillot et Bresler [12] (*tableau 1*).

Depuis plus de 20 ans les choses ont peu changé, en dehors de la baisse de prévalence de l'appendicite et de l'ulcère perforé, et de l'augmentation des pathologies urinaires. L'âge est un élément d'orientation important : selon la classe d'âge, on observe des prévalences très



**Figure 7 :** Scanner : a) coupe abdominale sus mésocolique : petit pneumopéritoine, entouré (perforation colique) ; b) coupe pelvienne (sigmoïdite diverticulaire).



**Figure 8 :** Scanner : a) occlusion colique ; b) sténose sigmoïdienne.

**Tableau 1**

Auteurs [Références]	Wilson <i>et al.</i> [9]1977	De Dombal [10]	AURC et ARC [11]	Bouillot et Bressler [12]
Année		1979	1981	2004
<b>Nombre de cas</b>	<b>991</b>	<b>6097</b>	<b>3772</b>	<b>953</b>
DANS*	53,3 %	43,0 %	22,0 %	34,8 %
Appendicite	18,8 %	24,1 %	26,0 %	7,5 %
Cholécystite	7,0 %	8,9 %	10,0 %	6,1 % + 1,5 % colique hépatique
Occlusion Intestinale Aiguë	3,2 %	4,0 %	9,0 % + 3,0 % (hernie)	6,7 % + 3,4 % (hernie)
Colique néphrétique	5,8 %	2,8 %	4,0 %	11,0 %
Ulcère perforé	2,8 %	2,8 %	4,0 %	–
Pancréatite aiguë	1,7 %	2,3 %	4,0 %	4,3 %
Diverticulose colique	1,4 %	2,1 %	2,0 %	3,8 %
Pathologie gynécologique	3,2 %	–	7,0 %	6,1 %
Autres diagnostics	1,3 %	9,3 %	6,0 %	6,0 %

\*DANS : douleur abdominale non spécifiée (aucune cause n'est trouvée).

différentes des différents diagnostics. Avant 30 ans l'appendicite et les affections gynécologiques sont, avec les douleurs abdominales non spécifiées (DANS) les pathologies les plus fréquentes. À l'inverse, après 70 ans, les DANS sont rares et le diagnostic les plus fréquents sont les hernies étranglées, les anévrysmes rompus, les cancers, les sigmoïdites, les cholécystites et les péritonites [12]. *Plus le patient est âgé plus la pathologie est organique et souvent chirurgicale.*

Les valeurs prédictives positives de l'examen clinique sont supérieures à 70 % pour l'appendicite, la colique néphrétique, la pancréatite, la sigmoïdite et la hernie étranglée (90 % pour ces 2 derniers diagnostics). Elle sont médiocres pour les coliques hépatiques, les ulcères, les occlusions. Cependant après examens complémentaires, les valeurs prédictives positives sont supérieures à 80 %, sauf pour l'appendicite (74 %), les péritonites (66 %), l'occlusion, et les affections gynécologiques.

## Conduite à tenir pratique

### Les étapes de la conduite à tenir doivent suivre un plan simple [13]

#### • Éliminer une super urgence

Il s'agit le plus souvent de douleurs diffuses, avec au premier plan (ou associé) des signes de retentissement général inquiétants. Ce diagnostic de *super urgence* est donc réalisé par l'examen clinique (signes de choc, d'hémorragie, confusion, détresse respiratoire, anurie, etc.) et par la biologie (déshydratation, anémie, acidose, insuffisance rénale).

Selon le contexte et l'examen abdominal, le diagnostic étiologique est parfois évident, imposant une chirurgie immédiate, ou peut être facilement confirmé par un scanner en urgence.

Les principales causes sont la grossesse extra utérine rompue, ou une autre cause d'hémopéritoine, l'anévrysmes rompu, l'occlusion et la péritonite, vues tardivement ou sur terrain fragile (enfant, vieillard, immunodéprimé), l'ischémie mésentérique ou la nécrose colique, la pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique.

Ces diagnostics imposent la mise en route de mesures de réanimation immédiate et, pour la plupart des pathologies, une intervention chirurgicale dont les

résultats sont souvent aléatoires, dépendants de l'état du patient à l'arrivée, de la rapidité de la prise de décision et de la qualité de la réanimation.

#### • La super urgence éliminée, il faut distinguer les « ventres chirurgicaux » des douleurs médicales

##### Les douleurs abdominales « chirurgicales »

Les éléments d'orientation les plus importants sont ceux de la clinique. Ils permettent, par la localisation de la douleur dans plus de 70 % des cas, d'évoquer le bon diagnostic et de demander si besoin l'examen complémentaire adéquat (figure 2).

On définit ainsi les syndromes péritonéaux localisés et diffus, les syndromes occlusifs et les syndromes douloureux isolés. Pour les syndromes péritonéaux localisés, la localisation de la douleur et des signes est l'orientation étiologique principale (syndrome appendiculaire, vésiculaire, ou sigmoïdien). Les syndromes occlusifs doivent être caractérisés rapidement en occlusion grêlique ou occlusion colique.

Parfois la clinique est peu contributive. Il n'existe pas de signe clinique ou biologique spécifique, la décision est alors soit d'hospitaliser pour surveillance, soit de réaliser une échographie ou un scanner, ce qui permet d'orienter l'hospitalisation ou de redresser des diagnostics en fait chirurgicaux ou de réorienter le patient en Médecine.

##### Les douleurs abdominales « médicales »

Les douleurs abdominales peuvent aussi être le symptôme d'une pathologie purement médicale. Dans ces pathologies médicales, le terrain et les antécédents sont essentiels à connaître. Ces pathologies médicales sont nombreuses et la liste suivante ne saurait être exhaustive.

Des douleurs diffuses chez un patient *drogué* évoquent le syndrome de manque. Ce syndrome ne peut être évoqué que devant l'existence concomitante des autres signes de sevrage qui sont, la mydriase bilatérale, les sueurs, l'agitation...

Les patients porteurs d'une *drépanocytose homozygote* présentent souvent des crises vaso occlusives (CVO) avec des douleurs abdominales, mais rarement isolées. Que ce soit dans ce cas, où dans le contexte d'une CVO multifocale, la

recherche d'une autre cause de douleur abdominale que la CVO, doit être systématique (une cholécystite par lithiase pigmentaire peut ainsi être la cause de ces douleurs). Chez ces patients, l'antalgie est une très urgente, car la douleur entretient aussi les facteurs de falciformation.

La douleur de l'hypochondre droit, exacerbée aux mouvements (à la marche par exemple), chez une femme jeune, doit faire rechercher l'existence d'une fébricule et d'écoulements vaginaux. L'échographie retrouve classiquement des « cordes » péri hépatiques. Le prélèvement vaginal retrouve des *chlamydiae* dans le contexte de *péri hépatite de Fitz-Hugg-Curtis*, à traiter par antibiothérapie.

Des douleurs de l'un ou l'autre des hypochondres doivent aussi amener à une auscultation pulmonaire, à la recherche de *pneumopathies lobaires inférieures*, la fièvre et les signes respiratoires (comme la toux), sont de bons éléments d'orientation. La radiologie pulmonaire peut apparaître normale (retard radio-clinique) et le scanner être utile.

L'âge, les facteurs de risques coronariens et les douleurs épigastriques doivent conduire à éliminer un *infarctus du myocarde*, le plus fréquemment inférieur.

Une douleur abdominale haute et des vomissements sont aussi l'apanage de quelques urgences métaboliques telles l'*acidocétose chez le diabétique*, l'*hyper* et l'*hypocalcémie*, l'insuffisance surrénale.

Parmi les causes rares de douleurs abdominales, non chirurgicales, on peut aussi citer : la *porphyrie aiguë*, les *zonas* et d'autres causes de douleurs neuropathiques.

Enfin, et plus fréquemment, la douleur abdominale va évoluer dans un contexte infectieux associé à des troubles du transit à type de diarrhée. C'est le cas des *diarrhées virales, bactériennes* et *parasitaires* dont la liste est trop importante pour être ici développée.

Il reste à également évoquer l'ensemble des *pathologies inflammatoires* du grêle, où l'apparition et/ou l'exacerbation d'une douleur doit systématiquement faire rechercher une complication chirurgicale à type d'abcès mais surtout de perforation.



## Points essentiels

- La douleur viscérale a des mécanismes complexes, elle est caractérisée par des intrications étroites entre le système sensitif et autonome et par l'importance des réponses émotionnelles qu'elle génère.
- La douleur abdominale doit être considérée à la fois comme un *symptôme* désagréable pour le patient (à combattre) et l'*expression d'un phénomène pathologique* sous jacent (à utiliser) ; ce qui implique certes au mieux un *traitement étiologique* mais également un *traitement symptomatique* rapide.
- L'interrogatoire et l'examen clinique restent à la base de toute la démarche diagnostique et thérapeutique.
- Le premier objectif est d'individualiser les trois classes de tableaux de gravité décroissante : la *super urgence* (douleur avec signes de gravité généraux), l'*urgence vraie* (douleur avec signes de gravité locaux) et l'*urgence relative* (sans aucun signe de gravité).
- Le second objectif est de définir la cause de la douleur abdominale et de reconnaître les urgences chirurgicales que l'on peut classer en première intention en *syndromes*.
- Les douleurs abdominales non spécifiques (sans cause retrouvée) sont fréquentes mais il faut rappeler que plus le patient est âgé, plus la pathologie est organique et volontiers chirurgicale.
- L'échographie reste l'examen de première intention, rapide et simple en matière de pathologie biliaire, urinaire et gynécologique.

### • Prendre en charge une douleur abdominale, c'est aussi gérer la douleur

#### Les bases théoriques

Les chirurgiens ont encore tendance à considérer que la prescription d'antalgiques, et tout particulièrement de morphiniques, gêne le diagnostic de la douleur abdominale et du syndrome péritonéal. Il a pourtant été maintes fois démontré que cette notion est infondée, voire « dangereuse ». En effet des études, réalisées avec une méthodologie irréprochable, ont conduit à montrer que non seulement l'utilisation de morphiniques ne masquait en rien le diagnostic, mais qu'elle permettait un examen plus objectif. Le syndrome péritonéal n'est donc pas masqué par les morphiniques et le diagnostic étiologique de la douleur n'est pas retardé, mais au contraire peut être amélioré [14-17].

#### En pratique

La première étape est de faire évaluer sa douleur au patient, soit sur une échelle visuelle analogique (EVA), soit, plus simplement, verbalement. « 0 » correspond à l'absence de douleur et « 10 » au maximum de ce que le patient pense pouvoir supporter.

Il faut prendre en compte trois constats : 1) le patient aux urgences a mal, il arrive souvent angoissé, parfois après un par-

cours pénible plus ou moins long (médecin traitant, SOS médecins, etc.), de plus, il va attendre, attendre les résultats des examens biologiques, attendre dans le service de Radiologie, éventuellement attendre d'être examiné par le spécialiste chirurgical. Il faut donc simultanément faire la démarche diagnostique et débiter le traitement antalgique ;

2) il est prouvé que si la douleur est un signe d'appel précieux pour comprendre la pathologie, elle est parfois gênante pour faire un examen objectif ;

3) il est également bien admis que plus le traitement antalgique est rapide, plus il est efficace.

L'étape suivante est de soulager. La mesure analogique de la douleur permet de définir le seuil de prescription des différents paliers antalgiques :

1) En cas de douleurs inférieures à « 4 », l'utilisation d'antalgiques de palier 1 est utile. Le paracétamol prend là tout son intérêt. Il faut cependant s'assurer de la température du patient avant injection, du fait de son effet antipyrétique. L'acide acétylsalicylique est formellement contre indiqué dans cette utilisation, en raison de ses propriétés anti aggrégantes. Rappelons que certaines causes de douleurs abdominales justifient, seules, la prescription d'anti-inflammatoires (anti-inflammatoires

non stéroïdiens -AINS-). C'est le cas de la colique néphrétique pour laquelle la prescription d'AINS intraveineux d'emblée est recommandée à visée antalgique (conférence de consensus).

2) En cas de douleurs supérieures à « 4 », il est licite d'envisager la prescription de morphiniques ou de morphinomimétiques. L'idéal est de le faire après un premier examen « chirurgical » mais, en cas d'attente prolongée et surtout si le diagnostic est fait, la décision doit être prise en rappelant que celle-ci est le reflet de l'intensité de la douleur, de valeur sémiologique importante et ne masque pas des signes organiques, surtout si les règles précises de prescriptions et de surveillance sont respectées. Une ampoule de 10 mg de chlorhydrate de morphine est diluée dans 10 ml de sérum physiologique, et 3 mg (3 ml) injectés en intraveineux toutes les 10 minutes, jusqu'à ce que le score soit inférieur à « 4 », et ce, quel que soit le poids du patient. La demi-vie de la morphine permet une antalgie proche de 4 h 00. La surveillance du patient comprend la fréquence respiratoire (risque faible, à ces doses, d'hypoventilation), la conscience et les pupilles (myosis serrée). Toute réinjection doit être précédée de ce type de surveillance, le malade étant gardé en continu sous l'attention des soignants. Chez l'insuffisant rénal et le grand vieillard, les réinjections sont espacées (à 15 min par exemple) lorsque l'EVA est proche de « 4 ». La contre indication de la morphine dans la colique hépatique, du fait d'un effet spastique sur le sphincter d'Oddi, est théorique.

Un autre outil thérapeutique et antalgique est la sonde gastrique. Elle soulage de façon spectaculaire en cas de distension gastrique ou de perforation gastroduodénale vue précocement, mais elle a également un effet antalgique en cas de vomissements abondants ou en cas d'iléus important. Sa prescription doit être justifiée (syndrome occlusif du grêle, vomissements abondants). Sa mise en place doit respecter des règles simples (explication au patient, sujet assis, manœuvres douces (attention au patient sous anticoagulants). Sa position (à vérifier éventuellement par cliché radiologique) et son efficacité (aspiration douce et continue) doivent être contrôlées. Elle représente à elle seule, parfois l'élément essentiel du traitement ou en constitue la première étape, évitant la complication gravissime que constitue l'inhalation, c'est la raison pour laquelle sa mise en place ne doit pas être retardée.



---

## Conclusion

Les douleurs abdominales sont un motif de consultation fréquent. La conduite à tenir est pragmatique : le but n'est pas de faire un diagnostic précis mais de détecter les vraies urgences chirurgicales ou médicales imposant une prise en charge rapide. La démarche doit être rigoureuse, rapide et efficace. Elle repose sur un examen clinique complet et réitéré, et peut être améliorée grâce à la disponibilité, aujourd'hui croissante, du scanner multi barrette. Le traitement de ces douleurs doit commencer aux Urgences, que le traitement étiologique soit rapide ou différé, médical ou chirurgical.

---

## Références

1. Gebhart GF. Mécanismes physiologiques de la douleur viscérale. *In* Douleurs. L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud. Ed Vigot-Maloine 1997. pp 61-64.
2. Queneau P, Navez ML, Peyron R, Laurent B. La douleur en gastroentérologie. Introduction à la physiopathologie de la douleur. Applications aux douleurs viscérales. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27: 1S59-1S67.
3. Schmutz G, Regent D. Imagerie de l'abdomen aigu. Masson. Paris 1994.
4. Taourel P. Imagerie des urgences. Masson. Paris 2001.
5. Ahn SH, Mayo-smith WW, Murphy BL, Steinert SE, Cronan JJ. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients ; abdominal radiography compared to CT scan evaluation. *Radiology* 2002;225:159-164.
6. Puylaert JB. Ultrasonography of the acute abdomen : gastrointestinal conditions. *Radiol Clin North Am* 2003;41:1227-1242.
7. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller MF *et al*. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. *AJR* 1997;168:173-178.
8. Rosen MP. Impact of abdominal CT on the management of patients presenting in emergency department with acute abdominal pain. *AJR* 2000;174:1391-1396.
9. Wilson DH, Wilson PD, Walmsley RG, Horrocks JC, de Dombal FT. Diagnosis of abdominal pain in the accident and emergency department. *Br J Surg* 1977; 64:250-254.
10. De Dombal FT. Acute abdominal pain : an OMGE survey. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1979;56:29-43.
11. AURC, ARC. Les syndromes abdominaux douloureux de l'abdomen. *Nouv Presse Med* 1981;10:3771-3773.
12. Bouillot JL, Bresler L. Abdomens aigus : prise en charge diagnostique. Rapport du 106° Congrès de l'AFC. Arnette 2004.
13. Colocciolo SA, Luckens TW, Morgan DL. Assessing abdominal pain in adults : a rationale, cost effective and evidence based strategy. *Emergency Med Practice* 1999; 1:1-20.
14. Zoltie N, Cust MP. Analgesia in the acute abdomen. *Ann R Coll Surg Engl* 1986;68:209-210.
15. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992; 305:554-556.
16. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patient with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996; 3:1086-1092.
17. Vermeulen B, Morabia A, Unger P-F, Goehring C, Grangier C, Skljarov I, Terrier F. Acute appendicitis : influence of early pain relief on the accuracy of clinical and US findings in the decision to operate- a randomized trial. *Radiology* 1999;210:639-643.