

Item 195 – Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

I. EXAMEN CLINIQUE
II. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

III. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Objectifs pédagogiques

- ▮ Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.
- ▮ Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- ▮ Cas particulier de la femme enceinte.

Une douleur abdominale est aiguë s'il s'écoule moins d'une semaine entre le début des symptômes et la première consultation. Toute douleur abdominale aiguë peut être le symptôme d'une urgence chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital. Des investigations, au moins cliniques, voire une surveillance en hospitalisation s'imposent jusqu'à ce que l'on puisse soit poser un diagnostic, soit avoir éliminé avec certitude une affection nécessitant un traitement en urgence.

I. EXAMEN CLINIQUE

A. Anamnèse

1. Analyse de la douleur

Siège : la douleur viscérale pure (distension d'un organe, ischémie) est transmise par le système nerveux autonome et n'est donc pas systématisée à un quadrant de l'abdomen. Lorsqu'il peut la localiser, le malade la situe en général sur la ligne médiane : épigastre, ombilic ou hypogastre. La douleur pariétale consécutive à l'inflammation d'un organe ou du péritoine en regard est transmise par le système nerveux central. Elle est donc plus facilement localisée par le malade à un ou plusieurs quadrants de l'abdomen. Les foyers inflammatoires sous-phréniques (abcès, hémopéritoine) donnent une douleur projetée à la face postérieure de l'épaule homolatérale.

CONNAISSANCES – DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

Irradiations : certaines irradiations douloureuses orientent d'emblée vers l'atteinte d'un organe. L'irradiation douloureuse à la pointe de l'omoplate droite oriente vers une origine hépato-biliaire, l'irradiation transfixiante d'une douleur épigastrique vers une origine pancréatique, l'irradiation vers les organes génitaux externes vers une affection urologique...

Mode d'installation : une douleur brutale, dont on peut préciser le moment exact de survenue, oriente vers une perforation, une embolie ou une rupture (anévrisme, grossesse extra-utérine...). Une douleur d'installation rapide, en quelques minutes et maximale en quelques heures oriente vers un obstacle, une ischémie ou une torsion. Les douleurs d'installation progressive en quelques heures voire quelques jours évoquent plutôt un foyer inflammatoire ou infectieux ou une obstruction.

Facteurs d'exacerbation ou de soulagement : lorsqu'un foyer inflammatoire intra-abdominal irrite le péritoine, la douleur est exacerbée à la marche, à l'inspiration profonde et est calmée par le décubitus. La douleur ulcéreuse est soulagée par l'alimentation. En cas d'obstruction ou d'occlusion intestinale, la douleur est calmée temporairement par les vomissements.

Facteurs déclenchants : il faut chercher la prise d'alcool (pancréatite, hépatite alcoolique), de médicaments (AINS, aspirine...), un voyage récent notamment en pays tropical.

Signes associés : altération de l'état général, signes infectieux, troubles du transit, nausées, vomissements, signes urinaires ou gynécologiques, hémorragie digestive haute ou basse peuvent accompagner la douleur et orienter le diagnostic.

2. Terrain, antécédents

L'analyse du terrain et des comorbidités permettent d'orienter le diagnostic étiologique. Les douleurs abdominales dites non spécifiques sont des diagnostics de l'adulte jeune ; les affections gastriques et pancréato-biliaires se rencontrent vers 40-60 ans alors que les affections ischémiques ou tumorales sont plus l'apanage des sujets âgés. Ulcère, pancréatite alcoolique, coliques néphrétiques se voient plus souvent chez l'homme alors que les affections biliaires, les infections urinaires et les hernies étranglées sont des diagnostics plus fréquents chez les femmes. L'alcoolisme expose à la pancréatite aiguë et à l'hépatite aiguë.

On cherchera soigneusement une prise médicamenteuse notamment d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (risque d'ulcère ou de gastrite aiguë, aggravation d'un sepsis), d'anticoagulants (risque d'hématome des muscles de la paroi abdominale antérieure, du psoas ou de la paroi du tube digestif) ou de corticoïdes qui peuvent masquer les signes locaux et généraux associés à la douleur.

B. Examen physique

État général : pouls, tension artérielle, fièvre, signes de choc.

Inspection : elle cherche un ictère, une pâleur des conjonctives, une cyanose. On inspecte l'abdomen à la recherche de cicatrice abdominale, d'une hernie, d'un ballonnement abdominal, de l'absence de mouvement respiratoire.

Palpation : c'est le temps le plus important de l'examen. Elle cherche une douleur provoquée, une défense ou une contracture abdominale, elle s'assure de la vacuité des orifices herniaires et de l'absence d'éventration. Une douleur à la décompression signe une irritation péritonéale.

Percussion : elle différencie une matité déclive (ascite, hémopéritoine) d'un globe vésical. En cas de ballonnement, elle cherche un tympanisme en faveur d'une occlusion intestinale ou d'un pneumopéritoine.

Auscultation : un silence auscultatoire de l'abdomen oriente vers une occlusion par strangulation, une ischémie intestinale ou un iléus paralytique. Des bruits hydro-aériques intenses sont en faveur d'un obstacle incomplet (syndrome de Koenig). L'auscultation cherche également un souffle abdominal observé parfois en cas d'anévrisme de l'aorte ou de masse hypervascularisée.

Les touchers pelviens sont systématiques devant toute douleur abdominale aiguë. Le TR évalue la prostate, le contenu rectal et cherche une douleur ou un bombement à la palpation du cul-de-sac de Douglas témoignant d'une inflammation péritonéale.

II. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1. Biologie

NFS systématique à la recherche d'une anémie, d'une hyperleucocytose, d'une thrombocytose ou d'une thrombopénie.

Ionogramme sanguin : il permet de chercher des complications liées au trouble digestif : déshydratation, acidose métabolique en cas de choc ou d'ischémie intestinale, hypokaliémie en cas de vomissements ou de diarrhée abondants. Certaines causes de douleurs abdominales aiguës sont dues à des troubles ioniques : hypercalcémie, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë.

TP-TCA, groupe-Rh-RAI sont systématiques en cas d'hémorragie digestive et utiles dans le bilan pré-opératoire.

Lipasémie : son élévation à plus de 3 fois la normale en cas de douleur abdominale signe la pancréatite aiguë.

Bilan hépatique (transaminases, GGT, phosphatases alcaline, bilirubine totale) à la recherche d'une cytolyse et d'une cholestase devant des signes cliniques évocateurs.

Bandelette urinaire, β -HCG et ECG sont systématiques en cas de douleur abdominale pour orienter le diagnostic vers une affection urinaire (infection ou colique néphrétique), une grossesse extra-utérine ou une affection cardiaque qui peut se manifester par des douleurs abdominales (infarctus inférieur ou péricardite).

Protéine C réactive : recherche d'un syndrome inflammatoire.

ECBU devant toute anomalie de la bandelette urinaire.

Hémocultures en cas de fièvre avec frissons ou supérieure à 39 °C.

A. Imagerie

Les examens d'imagerie, bien que souvent très utiles pour confirmer un diagnostic ou évaluer le retentissement d'une affection intra-abdominale, ne sont pas systématiques. Leur indication doit être réfléchie et la demande rédigée avec soin en précisant les signes cliniques observés, le ou les diagnostics suspects et ce qu'on attend précisément de l'examen d'imagerie.

1. Radiographies standard

Elles ne doivent pas être systématiquement demandées devant une douleur abdominale aiguë.

CONNAISSANCES – DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

La radiographie pulmonaire de face est utile pour éliminer une cause pleurale ou pulmonaire. Une pneumonie franche lobaire aiguë peut se manifester par un syndrome péritonéal fébrile, une pleurésie par une douleur épigastrique. Elle est également utile dans le bilan pré-opératoire chez les patients de plus de 45 ans, fumeurs ou ayant des antécédents cardio-pulmonaires.

Les radiographies d'abdomen sans préparation (ASP) ne doivent plus être faites au profit du scanner. En cas d'indisponibilité du scanner, l'ASP (debout de face, couché de face et éventuellement centré sur les coupes) est utile en cas de suspicion de péritonite (recherche d'un pneumopéritoine) ou d'occlusion intestinale (recherche de niveaux hydro-aériques). En revanche, l'ASP est inutile en cas de suspicion d'affection bilio-pancréatique, d'appendicite, d'hémorragie digestive, de diverticulite sigmoïdienne.

2. Échographie

Il s'agit d'un examen simple, rapide, peu coûteux dont la fiabilité dépend du malade (obésité, gaz digestifs), de l'affection (++) pour une lithiase vésiculaire, peu sensible pour une lithiase de la voie biliaire principale) et de l'opérateur.

L'échographie est l'examen de première intention devant une douleur abdominale aiguë lorsque l'on suspecte une affection bilio-pancréatique, gynécologique ou urinaire, un foyer infectieux intra-abdominal, une affection vasculaire ou ischémique. Elle est inutile en cas de syndrome occlusif, d'hémorragie digestive, de douleur gastrique.

3. Scanner abdominal

Si le scanner est disponible en urgence, il doit être préféré à toute autre exploration radiologique en cas de douleur abdominale aiguë inexpliquée. Il ne doit pas être demandé en routine mais seulement pour confirmer un diagnostic clinique ou apprécier le retentissement intra-abdominal ou rechercher une complication. Sa réalisation ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique (certains cas de péritonite, occlusions par strangulation...).

Le scanner est l'examen de première intention en cas de suspicion de diverticulite sigmoïdienne, d'occlusion par obstruction, de syndrome péritonéal. Il peut être demandé en complément de l'échographie en cas de pathologie urogénitale, de syndrome appendiculaire, de pancréatite aiguë ou de masse abdominale.

Sa rentabilité est inégale en termes de diagnostic positif, différentiel et d'évaluation de la gravité. Avant de réaliser une injection de produit de contraste, il est essentiel de vérifier la fonction rénale. En cas d'altération de celle-ci, le scanner doit être fait sans injection de produit de contraste.

III. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

La prévalence des urgences douloureuses de l'abdomen en fonction du sexe est représentée dans le tableau 16.I. Appendicite aiguë et douleur abdominale non spécifique représentent près de la moitié des causes.

Tableau 16.1. Prévalence des urgences douloureuses aiguës de l'abdomen.

	Hommes (%)	Femmes (%)
Appendicite	30	23
Douleur abdominale non spécifique	22	25
Occlusion	8	9
Cholécystite	7,7	12,5
Ulcère en poussée ou perforé	10	2
Pancréatite	5,2	2
Colique néphrétique	4,9	2
Salpingite	–	4,5
Grossesse extra-utérine	–	3
Kyste de l'ovaire	–	3
Péritonite généralisée	2,5	2
Hernie étranglée	2,3	4
Sigmoïdite	2,1	2
Infection urinaire	0,2	2,7

A. Douleurs abdominales localisées

1. Douleur épigastrique

La sémiologie de la douleur et l'examen clinique orientent vers :

- une affection ulcéreuse gastro-duodénale : ulcère hyperalgique, perforation d'ulcère ;
- une pancréatite aiguë ;
- une affection biliaire : migration lithiasique plus que colique hépatique ou cholécystite (2/3 des coliques hépatiques se traduisent par une douleur épigastrique) ;
- d'autres causes : affection aortique (dissection, anévrisme), cardiaque (péricardite, infarctus postéro-inférieur), pulmonaire (pneumopathie infectieuse, pleurésie) ou digestive (gastrite, œsophagite).

2. Douleur de l'hypochondre droit

On évoque avant tout les causes hépatobiliaires :

- colique hépatique (1/3 seulement des coliques hépatiques sont localisées dans l'hypochondre droit) ;
- cholécystite ;
- angiocholite ;
- tumeur ou abcès du foie ;
- il faut aussi penser à l'ulcère perforé et à l'appendicite sous-hépatique ;
- autres causes : affections hépatiques (foie cardiaque, hépatite), pulmonaires (embolie pulmonaire, pneumopathie de la base droite, pleurésie, pneumothorax), urinaires (pyélonéphrite, pyonéphrose ou colique néphrétique).

CONNAISSANCES – DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

3. Douleur de l'hypochondre gauche

Relativement rares, il peut s'agir :

- d'une affection atteignant la queue du pancréas (cancer, pseudokyste, pancréatite caudale) ;
- d'un ulcère gastrique, une gastrite aiguë ;
- d'une diverticulite de l'angle colique gauche ;
- d'une affection splénique (tumeur, infarctus, splénomégalie, abcès).

Diagnostics différentiels : affection pleuro-pulmonaire ou urologique.

4. Douleur de l'hypogastre

Il faut penser aux affections :

- gynécologiques (salpingite, endométrite, torsion d'annexe ou de fibrome, grossesse extra-utérine) ;
- urologiques (cystite, rétention aiguë d'urines, prostatite) ;
- coliques (diverticulite sigmoïdienne, occlusion colique basse).

On pensera également à l'appendicite pelvienne, au diverticule de Meckel compliqué.

5. Douleurs de la fosse iliaque droite

Causes chirurgicales : appendicite, diverticule de Meckel, diverticulite du côlon droit ou du sigmoïde avec une boucle sigmoïdienne longue située en FID, hernie étranglée, grossesse extra-utérine, torsion d'annexe ou de fibrome utérin, anévrisme artériel iliaque.

Causes médicales : adénolymphite mésentérique, torsion de frange épiploïque, iléite terminale, maladie de Crohn, salpingite, kyste ovarien, cystite, colique néphrétique ou pyélonéphrite, abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

6. Douleurs de la fosse iliaque gauche

Diverticulite sigmoïdienne, colite (inflammatoire, ischémique, infectieuse), cancer du côlon gauche compliqué (abcédé, occlus, perforé-bouché), fécalome, grossesse extra-utérine ou torsion d'annexe ou de fibrome, salpingite, colique néphrétique, pyélonéphrite ou cystite, anévrisme artériel iliaque, abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

B. Douleurs abdominales aiguës médicales non systématisées

Il s'agit en général de douleurs de début brutal et très intenses parfois accompagnées de signes généraux contrastant avec des signes locaux discrets, notamment l'absence de signes péritonéaux.

1. Affections endocriniennes**a. Insuffisance surrénale aiguë**

Les douleurs abdominales sont intenses, diffuses, associées à des signes généraux (fièvre, hypotension) mais devant ce tableau évocateur de péritonite, l'abdomen

est souple et le TR indolore. Le diagnostic peut être évoqué si l'insuffisance surrénale est connue ou si le patient a arrêté brutalement un traitement corticoïde au long cours.

Les autres causes possibles sont la nécrose hémorragique bilatérale des surrénales (post-partum) ou l'infarctus hypothalamo-hypophysaire. L'ionogramme sanguin confirme le diagnostic en montrant une hyponatrémie, une hyperkaliémie et une hypoglycémie. Il s'agit d'une urgence médicale. Le dosage de cortisol (effondré) confirme le diagnostic *a posteriori*.

b. Hypercalcémie

Aiguë, elle peut être responsable d'un tableau abdominal pseudo-chirurgical mais là encore l'abdomen souple fait évoquer un diagnostic médical confirmé par l'ionogramme. Les causes les plus fréquentes sont l'hyperparathyroïdie (où les douleurs abdominales peuvent également être dues à une lithiase urinaire ou à une pancréatite aiguë), les tumeurs osseuses ou la maladie de Kahler. Il s'agit d'une urgence médicale.

L'acidocétose diabétique, l'hyperthyroïdie et l'hypertriglycéridémie sont d'autres causes possibles de syndromes douloureux aigus de l'abdomen.

2. Affections héréditaires

a. Maladie périodique

Maladie héréditaire autosomique récessive touchant principalement les ethnies du pourtour méditerranéen (juifs séfarades, arméniens), les premières manifestations commencent vers la 2^e décennie par des douleurs abdominales ou thoraciques parfois associées à des atteintes articulaires, cutanées ou musculaires. Les douleurs abdominales intenses, diffuses s'accompagnent de fièvre, de vomissements et d'iléus. À l'examen, il existe souvent une défense voire une contracture abdominale expliquant la fréquence des laparotomies en urgence devant ce syndrome péritonéal. Les douleurs durent 1 à 3 jours et répondent en général aux antalgiques de classe II associés aux antispasmodiques. Le diagnostic est suspecté sur les antécédents personnels et familiaux et confirmé par la mutation du gène MEVF codant pour une protéine de l'inflammation. Même lorsque le diagnostic est connu, il faut se méfier d'une occlusion du grêle sur bride chez ces patients souvent multi-opérés de l'abdomen.

Porphyries hépatiques, maladie sérique, œdème angioneurotique et drépanocytose sont d'autres maladies héréditaires pouvant causer des douleurs abdominales aiguës.

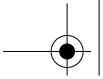
3. Affections médicales diverses

Purpura rhumatoïde

Des épisodes de douleurs abdominales aiguës d'évolution spontanément favorable peuvent survenir au cours de la maladie qui touche essentiellement les enfants. Le diagnostic est suspecté devant l'association à un purpura à des arthralgies et une atteinte rénale. Il faut également penser à la possibilité d'une invagination intestinale ou d'une pancréatite aiguë.

Intoxication au plomb

L'intoxication chronique donne des douleurs de type colique, paroxystiques associées à des vomissements.



CONNAISSANCES – DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE



Points clés

- L'interrogatoire et l'examen physique sont essentiels et permettent d'orienter le diagnostic dans les 2/3 des cas. Bandelette urinaire et ECG sont systématiques.
- L'indication des examens paracliniques doit être réfléchi. L'ASP n'est pas systématique.
- Douleur abdominale non spécifique et appendicite aiguë représentent 50 % des diagnostics.
- Penser aux diagnostics médicaux et à certaines affections extra-digestives (infarctus, pneumopathie...).
- Douleurs abdominales non spécifiques et troubles fonctionnels intestinaux sont des diagnostics d'élimination.