

# Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

## 1<sup>re</sup> partie – Chez l'adulte

P<sup>r</sup> Jean Dominique de Korwin, D<sup>r</sup> Carole Cordonnier  
Service de médecine H, centre hospitalier universitaire, hôpital central, 54035 Nancy Cedex  
jd.dekorwin@chu-nancy.fr

### Objectifs

- Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Les douleurs abdominales et lombaires aiguës sont un motif de consultation assez fréquent en médecine générale et dans les services d'urgence. Leur difficulté de prise en charge tient autant à la diversité des pathologies responsables qu'à leur sévérité variable, nécessitant de faire le tri entre les urgences vraies et les urgences ressenties, source d'anxiété pour le patient et son entourage.

### PHYSIOPATHOLOGIE

Les mécanismes sont variés : lésions pariétales ; distension d'un organe creux ; inflammation ou infection du péritoine et/ou des organes ; ischémie tissulaire et lésions vasculaires ; affections vertébrales ; douleurs neurogènes ou projetées ; troubles métaboliques...

### Démarche diagnostique

Toute douleur récente doit être examinée sans retard et de façon rigoureuse, la clinique guidant le choix rationnel des examens complémentaires avec un double but :

- apprécier le degré d'urgence pour une prise en charge graduée allant de l'exploration chirurgicale d'emblée ou la réanimation au traitement symptomatique ambulatoire ;
- identifier la cause, principalement digestive ou uro-génitale, pouvant nécessiter des avis et des explorations spécialisées.

La démarche clinique doit permettre de répondre à ces trois questions.

- Existe-t-il des signes de gravité vitale ?
- Existe-t-il une indication chirurgicale ?
- Un soulagement immédiat est-il nécessaire ?

Un tableau grave ou chirurgical nécessite l'hospitalisation immédiate dans un centre adapté en se dotant des moyens nécessaires au soulagement et au transport du patient. Si les réponses sont toutes négatives, on s'interroge sur l'utilité d'une surveillance simple (hospitalisation ?), d'un traitement d'épreuve ou d'examens complémentaires.

### Interrogatoire

C'est un temps essentiel, au besoin en sollicitant l'avis des proches. Il s'enrichit au fur et à mesure de la progression diagnostique :

- douleur : unique ou répétée, mode de début, siège et irradiations, type et intensité (à coter), position antalgique ;
- signes associés : digestifs (transit, vomissements, hématurie, méléna ou rectorragies), génito-urinaires (leucorrhées, ménorrhées, dysurie, brûlures mictionnelles, pollakiurie, hématurie), extra-abdominaux (cardiovasculaires, neurologiques et rhumatologiques) ;
- circonstances de survenue : activités, repas, voyages, traumatismes physiques ou psychologiques... ;
- antécédents personnels, médicaux (maladies digestives, rénales, cardiovasculaires, métaboliques...), chirurgicaux (abdominaux...), gynéco-obstétriques (grossesses, contraception, dernières règles), médicamenteux (nature et ancienneté : anti-inflammatoires non stéroïdiens, anticoagulants...), habitudes (aliments, addictions), profession ;
- antécédents familiaux (digestifs, néoplasiques, héréditaires...).

## Examen physique

L'inspection apprécie le retentissement de la douleur, recherche des signes de gravité ou associés évocateurs : comportement du patient (agitation, prostration, frissons, cris...), position (antalgique...), téguments (faciès douloureux, pâleur, ictère, teint gris, marbrures...), abdomen (cicatrices, lésions cutanées, respiration, dilatation...).

On relève les constantes cliniques, en recherchant des signes de choc éventuels : pression artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire, température (si la fièvre est supérieure à 38,5 °C, on recherche d'emblée une infection).

La palpation abdomino-lombaire est capitale, douce et progressive. Elle recherche une douleur élective, une masse palpable, une hernie (inguinale, crurale, ombilicale, sur cicatrice), un anévrisme aortique, et surtout une défense localisée ou la confirmation d'une contracture justifiant un avis chirurgical urgent. Elle est complétée par la percussion abdominale (météorisme, ascite, globe vésical, pneumopéritoine), l'auscultation (bruits hydroaériques, souffles vasculaires...) et les touchers pelviens : toucher rectal (TR) [sensibilité du péritoine, état de la prostate, de l'ampoule rectale et des selles] et toucher vaginal (TV) en cas d'hypothèse gynécologique (utérus, annexes et ovaires, leucorrhées).

En fonction de la présentation, on explore les autres systèmes et appareils, la peau et les muqueuses.

En situation d'urgence, les hypothèses diagnostiques sont étayées par quelques examens biologiques ou d'imagerie, complétés si besoin par un avis chirurgical.

## Examens complémentaires d'urgence

### 1. Biologie

La normalité de l'hémogramme est un signe négatif, parfois faussement rassurant. L'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile oriente principalement vers une origine infectieuse, mais une élévation modérée n'est pas spécifique (stress douloureux). Une anémie est interprétée en fonction du contexte et de ses caractéristiques (hémorragie aiguë...). La protéine C réactive (CRP) a peu d'intérêt aux urgences, mais son élévation concomitante de la polynucléose oriente vers un syndrome infectieux.

L'hyperamylasémie franche évoque une pancréatite aiguë, la lipasémie étant plus spécifique.

Les transaminases élevées orientent vers une hépatopathie ou une pancréatite biliaire.

Les tests de coagulation (numération plaquettaire, INR, TCA) sont systématiques en cas de traitements anticoagulants.

Bandelette urinaire et ECBU sont pratiqués en cas de suspicion d'infection urinaire.

## QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte ».

Les questions devraient porter sur :

- 1 / l'orientation diagnostique, en se souvenant bien de l'importance du contexte, notamment épidémiologique ;
- 2 / les signes de gravité, à ne pas manquer à l'examen physique, et la prise en charge des urgences vitales ;
- 3 / le soulagement symptomatique immédiat et la place de la surveillance médicale ou chirurgicale ;
- 4 / le traitement étiologique en hiérarchisant les moyens notamment médicaux et chirurgicaux ;
- 5 / la prise en charge à distance. L'essentiel de la conduite à tenir est d'éliminer les urgences vraies (signes d'alarme à rechercher en collant au contexte plus qu'au systématique) nécessitant une prise en charge spécifique immédiate, en particulier celles qui imposent une intervention chirurgicale ou une hospitalisation et des examens complémentaires en urgence. Le choix

rationnel des examens complémentaires est important, en se souvenant des examens clés pour chaque pathologie et en évitant d'en faire trop tout autant que pas assez. La question de douleur abdominale et lombaire aiguë relève principalement de l'hépto-gastroentérologie, de la rhumatologie, de la gynécologie et de l'urologie. Il faudra penser à évoquer les pathologies médicales générales (métaboliques, endocriniennes, inflammatoires...) dans les cas difficiles et, bien sûr, en fonction du contexte et des « petits » signes évocateurs.

### Modèle de cas clinique

Un homme de 40 ans, travaillant dans le bâtiment, se présente avec des douleurs abdominales aiguës épigastriques transfixiantes. Il est amené aux urgences par le SAMU. L'inspection montre un patient allongé, pâle, parlant difficilement, fumeur chronique (25 paquets/année)

qui déclare avoir majoré récemment sa consommation d'alcool en raison de soucis familiaux et professionnels. Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors de céphalées assez fréquentes.

- 1 Quels sont les mécanismes possibles de la douleur chez ce patient ?
- 2 Quels sont les éléments cliniques diagnostiques ou pronostiques à rechercher ?
- 3 Quels diagnostics évoquer d'emblée en précisant les éléments d'orientation ?
- 4 Préciser les examens paracliniques utiles en les hiérarchisant et en les justifiant.
- 5 Quelle est votre prise en charge immédiate ?
- 6 En l'absence de confirmation des hypothèses initiales, quelle démarche proposer ?
- 7 Dans ce contexte, quelle est votre prise en charge générale et à long terme ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

## 2. Imagerie

Les clichés d'abdomen sans préparation (ASP) sont indiqués si on suspecte une occlusion intestinale (niveaux liquides) [fig. 1] ou une perforation d'organe creux (pneumopéritoine) (fig. 2).

L'échographie est utile pour : affirmer la lithiase biliaire et la cholécystite aiguë (fig. 3) ; objectiver une dilatation de la voie biliaire principale (VBP) ; rechercher une urétéro-hydronephrose et des signes indirects en cas de colique néphrétique, avant réalisation d'une UIV (fig. 4) ; enfin, débrouiller le diagnostic des douleurs abdomino-pelviennes chez la femme.

Le scanner abdominal est l'examen de choix dans les pancréatites et en cas de diagnostic difficile ou pour prendre une décision thérapeutique.

## PATHOLOGIES DU TUBE DIGESTIF

### Ulcères gastroduodénaux

L'épigastrie peut être inaugurale, particulièrement en cas de prise d'AINS ou de complication : perforation, hémorragie. La maladie ulcéreuse gastroduodénale a 2 causes principales : l'infection à *Helicobacter pylori* et la prise d'AINS.

La douleur de l'ulcère perforé est brutale, très intense, en coup de poignard, diffusant progressivement au reste de l'abdomen. Le malade est apyrétique avec des signes associés évocateurs tels que pâleur, vomissements, hématomène. La défense épigastrique, voire la contracture abdominale complètent le tableau, mais des formes atypiques sont possibles (ulcère duodénal perforé bouché). L'ASP montre le pneumopéritoine. En cas de doute, le scanner est utile. C'est une urgence chirurgicale.

En cas d'hémorragie digestive, la gastroscopie précise la lésion et permet, le cas échéant, un geste d'hémostase. Le traitement endoscopique et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ont fortement diminué le recours chirurgical.

La prise en charge à long terme repose sur la recherche et l'éradication de *H. pylori*, l'arrêt du tabagisme et des AINS, le traitement préventif par IPP.

### Appendicite aiguë

C'est la première cause des défenses abdominales. La douleur de la fosse iliaque droite s'accompagne d'une défense limitée. S'y associent une fébricule et parfois des vomissements. Le TR recherche une douleur élective à droite. Le psoïtis et la douleur impulsive à la toux sont assez caractéristiques. La polynucléose complète le tableau typique conduisant à l'appendicectomie, souvent par coelioscopie. Les signes peuvent être trompeurs chez le sujet âgé (occlusion fébrile) ou suivant les localisations anatomiques. Dans ces cas, l'échographie ou le scanner confirment le diagnostic. La complication grave est la péritonite qui peut se déclarer brutalement (contracture généralisée).

### Sigmoïdite diverticulaire aiguë

La sigmoïdite diverticulaire aiguë résulte de la perforation d'un diverticule en péritoine cloisonné plus souvent qu'en

## POINTS FORTS

### à retenir

- **Devant des douleurs abdominales ou lombaires aiguës, il faut identifier les cas imposant une réanimation, une intervention chirurgicale d'emblée ou bien un soulagement immédiat.**
- **L'interrogatoire est aussi important que l'examen physique. Il précise les caractères de la douleur, ses circonstances de survenue, les signes associés évocateurs, les antécédents médicaux et chirurgicaux.**
- **L'examen physique est progressif, en commençant par le contrôle des fonctions vitales, l'inspection et la palpation abdomino-lombaires. L'expérience joue énormément, et il faut savoir rechercher dans les cas difficiles des signes extra-abdominaux.**
- **En urgence, certains diagnostics graves ou non sont cliniques et d'autres s'appuient sur quelques examens biologiques (hémogramme, amylasémie, bilan hépatique, bandelette urinaire) ou d'imagerie (ASP, échographie, scanner) pour orienter le traitement.**
- **L'intensité de la douleur ressentie par le patient n'est pas proportionnelle à la gravité réelle, et toute douleur ne nécessite pas forcément une hospitalisation.**
- **Si une démarche rigoureuse permet de régler rapidement la majorité des problèmes diagnostiques et thérapeutiques, des investigations plus poussées sont parfois nécessaires à la recherche de maladies rares en cas de douleurs souvent récidivantes.**
- **Les diagnostics ou complications à ne pas manquer sont le choc hémorragique ou septique, la péritonite, la perforation, l'occlusion, l'anévrisme aortique fissuré, l'ischémie intestinale aiguë, la grossesse extra-utérine, qui nécessitent une prise en charge urgente.**

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 688)

péritoine libre, pouvant se compliquer d'un abcès péricolique, voire d'une péritonite. Des accès douloureux identiques ou des diverticules connus sont évocateurs. La douleur et la défense siègent dans la fosse iliaque gauche. Une constipation ou une fausse diarrhée ont pu précéder la crise qui peut s'accompagner de rectorragies ou méléna. Des symptômes urinaires peuvent être trompeurs. Un syndrome infectieux clinique et biologique complète le tableau. Le diagnostic repose sur le scanner.

L'hospitalisation est conseillée avec mise au repos transitoire du tube digestif, glace sur le ventre, antispasmodiques, antalgiques, et antibiothérapie intraveineuse initiale (amoxicilline, acide clavulanique) poursuivie par voie orale pendant 10 jours. L'évolution est souvent favorable, avec recours à la chirurgie en cas de complications ou de récidives qui sont fréquentes.

## Infections intestinales

### 1. Gastroentérite aiguë

C'est une cause très fréquente et saisonnière de douleurs abdominales diffuses parfois vives, habituellement d'étiologie virale et d'évolution spontanément favorable. Les formes compliquées, notamment bactériennes ou parasitaires, peuvent nécessiter une hospitalisation en raison de la déshydratation liée aux vomissements et à la diarrhée. En cas de gravité ou de doute diagnostique, un examen bactériologique et parasitologique des selles est réalisé.

### 2. Iléite aiguë

La douleur de la fosse iliaque droite, dans un contexte clinique et biologique inflammatoire, peut évoquer à tort une appendicite aiguë. Il n'y a habituellement pas de défense, et parfois une anse inflammatoire est palpable. En cas de doute, le scanner redresse le diagnostic et peut révéler d'autres localisations de maladie de Crohn. Les iléites sans récurrence sont fréquemment d'origine infectieuse (yersiniose...). Un traitement antibiotique (fluoroquinolone) est souvent prescrit pendant 10 jours.

## Occlusions intestinales aiguës

L'arrêt du transit est lié à une occlusion mécanique ou fonctionnelle (iléus paralytique d'origine métabolique, pseudo-obstruction colique du syndrome d'Ogilvie...).

Le diagnostic repose sur la triade: douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et/ou des gaz. La palpation des orifices herniaires est systématique (hernie étranglée) de même que le TR (fécalome, cancer).

L'ASP visualise les niveaux hydroaériques pouvant orienter vers une origine colique (niveaux périphériques plus hauts que larges) ou du grêle (niveaux centraux plus larges que hauts).

L'expression clinique et radiologique est fonction du siège, de l'étiologie et du mécanisme de l'occlusion :

- bride : douleur rapidement progressive et vomissements abondants, antécédent de chirurgie abdominale et occlusion du grêle à l'ASP ;
- volvulus du grêle : douleur brutale et fixe avec défense en regard du segment volvulé, distension du grêle d'amont à l'ASP montrant parfois le volvulus ;
- hernie étranglée : douloureuse au niveau du collet et irréductible ;
- lésions inflammatoires : palpation d'anses grêles pathologiques ;
- colectasie : infection ou rectocolique hémorragique ;
- tumeur surtout colique gauche ou sigmoïdienne : douleur progressive, arrêt précoce des matières et des gaz, parfois après alternance de diarrhée et constipation, vomissements peu à peu fécaloïdes, altération de l'état général ;
- fécalome : impaction rectale confirmée par le TR ;
- corps étranger : occlusion du grêle avec signes auscultatoires de lutte de l'intestin d'amont, fragments métalliques à l'ASP ;
- iléus biliaire : obstacle sur le grêle lié à la migration d'un calcul vésiculaire, à l'ASP : signes d'occlusion, aérobilie signant la fistule cholécysto-duodénale et parfois calcul calcifié.

L'hospitalisation en chirurgie est nécessaire pour surveillance stricte.

Le traitement est d'abord médical : aspiration gastrique avec compensation des pertes hydroélectrolytiques par perfusions, antalgiques et éventuellement antibiothérapie. En l'absence d'amélioration, on opère sans tarder les occlusions par strangulation (bride, volvulus, invagination), en raison du risque de nécrose ischémique. Les occlusions par obstruction se compliquent de péritonite et d'hypovolémie par création d'un troisième secteur. La levée de l'obstacle est réalisée par voie chirurgicale ou endoscopique (décompression de volvulus sigmoïdien, prothèse colique trans-tumorale, exsufflation d'une pseudo-obstruction colique).

## Troubles fonctionnels intestinaux (TFI)

C'est une éventualité fréquente. Le contexte est souvent évocateur : dyspepsie chronique (douleur ou gêne épigastrique) et/ou syndrome de l'intestin irritable (antécédents de crise similaires, sexe féminin, contexte anxiodépressif, troubles du transit, soulagement par la défécation).

Le diagnostic est conforté par l'état général conservé, des explorations digestives antérieures négatives, l'absence de signes d'alarme cliniques, malgré l'intensité parfois forte de la douleur, souvent exacerbée par la palpation abdominale. La normalité des explorations complémentaires éventuelles oriente vers les TFI, dont la prise en charge reste difficile au long cours.



**Figure 1** Occlusion du grêle avec niveaux plus larges que hauts à l'ASP (photo P<sup>r</sup> D. Régent).

---

---

## PATHOLOGIES HÉPATO-BILIAIRES

### Colique hépatique

La douleur de l'hypocondre droit est brutale, intense, avec des paroxysmes, irradiant en arrière et vers l'épaule droite, augmentant à l'inspiration profonde. Les nausées et vomissements sont fréquents, mais sans signe infectieux local ou général persistants. Antalgiques et AINS sont rapidement efficaces. La récurrence est fréquente, conduisant à la cholécystectomie en cas de lithiase vésiculaire à l'échographie ou au scanner.

### Cholécystite aiguë

La lithiase vésiculaire est souvent en cause, suivie des cancers des voies biliaires et des cholécystites alithiasiques (maladies inflammatoires systémiques...). Une colique hépatique peut la précéder.

La douleur est persistante avec fièvre, défense de l'hypocondre droit et inhibition de l'inspiration à la palpation (signe de Murphy). Le syndrome infectieux biologique est constant, alors que le bilan hépatique est rarement ou peu perturbé.

L'échographie est essentielle, montrant un épaissement de la paroi vésiculaire et la présence de calcul (s), sans dilatation de la VBP.

Les complications sont la péritonite, l'iléus biliaire et le choc septique (gangrène).

L'hospitalisation est requise pour surveillance chirurgicale, à jeun, avec glace sur le ventre et perfusions d'antalgiques et d'antibiotiques (céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération et imidazolé). L'évolution est favorable en quelques jours. En cas de lithiase, la cholécystectomie par voie coelioscopique est idéalement réalisée en urgence, associée à une cholangiographie peropératoire.

### Angiocholite

Elle est secondaire à l'infection de la voie biliaire principale, souvent à la suite du blocage d'un calcul. La triade chronologique est caractéristique : douleur, fièvre et ictère rétionnel. Il existe un syndrome biologique infectieux et rétionnel (augmentation des phosphatases alcalines, 5'nucléotidase, gamma-GT et bilirubine conjuguée). Le risque de choc septique impose l'hospitalisation en urgence, l'antibiothérapie intraveineuse (v. cholécystite aiguë), la surveillance stricte des paramètres cliniques et biologiques et la décompression éventuelle de la voie biliaire principale avec évacuation des calculs par sphinctérotomie endoscopique. La cholécystectomie est réalisée secondairement, associée si nécessaire à l'évacuation des calculs de la VBP.

### Hépatopathies

Les hépatites aiguës virales ou les parasitoses hépatiques peuvent provoquer des hépatalgies transitoires, dont le diagnostic repose sur le contexte clinique et la mise en évidence des anomalies biologiques caractéristiques après élimination des autres causes, par l'échographie notamment.

Les tumeurs hépatiques, en particulier les métastases, sont parfois révélées par des hépatalgies ou des douleurs de l'hypocondre droit (hépatomégalie tumorale). L'échographie ou le scanner sont éloquentes, et la ponction guidée précise l'anatomopathologie.



Figure 2 Pneumopéritoine bilatéral sous coupoles diaphragmatiques à l'ASP (photo Pr J.D. de Korwin).

Les hépatalgies du foie cardiaque aigu sont facilement rattachées à leur cause devant l'existence de signes d'insuffisance cardiaque droite ou globale.

La constitution rapide d'une ascite quelle qu'en soit la cause (cirrhose, infections, néoplasies...), peut provoquer des douleurs abdominales diffuses ou localisées aux flancs. En cas de doute, l'échographie redresse le diagnostic, et la ponction permet l'analyse du liquide.

---

## PATHOLOGIES PANCRÉATIQUES

### Pancréatites aiguës

Le diagnostic est évoqué devant une violente douleur épigastrique transfixiante, calmée par la position couchée en avant, une importante hyperamylasémie et l'imagerie caractéristique au scanner. Deux causes dominent : la migration d'une lithiase biliaire et l'alcoolisation. L'examen clinique est pauvre, contrastant avec l'intensité de la douleur et la gravité des signes généraux (marbrures, polypnée, pouls filant, hypotension artérielle). La tomодensitométrie est l'examen le plus performant pour le diagnostic et le pronostic (critères de Balthazar).

Le traitement est le plus souvent médical : antalgiques, jeûne et nutrition parentérale, surveillance hospitalière en raison du risque d'évolution gravissime pouvant justifier réanimation et/ou chirurgie. Une sphinctérotomie endoscopique est réalisée en urgence en cas de lithiase obstructive de la voie biliaire principale, tandis que certaines complications relèvent de la chirurgie (évacuation de faux kystes ou d'abcès...).

### Tumeurs pancréatiques

L'adénocarcinome pancréatique (fig. 5) peut se révéler par des épigastralgies à irradiation postérieure intenses et persistantes, liées à l'envahissement des plexus nerveux de voisinage. Les kystes pancréatiques bénins ou à potentiel malin peuvent se compliquer de douleurs, de même que les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses.

6195  
▲

## AFFECTIONS VASCULAIRES

### Ischémie intestinale aiguë

Elle est d'origine artérielle ou veineuse, mésentérique supérieure. Tous les stades peuvent se rencontrer : de l'ischémie localisée à la nécrose de tout l'intestin grêle.

La douleur de siège périombilical est progressivement croissante sans irradiation, parfois précédée de crises douloureuses (angor mésentérique). L'abdomen est mat et silencieux à l'auscultation, mais habituellement sans occlusion. Les signes généraux sont marqués (teint gris, état général altéré, voire collapsus). Les facteurs de risque d'athéromatose ou les antécédents de pathologie embolique ou ischémique artérielle et/ou de thrombophilie peuvent orienter le diagnostic.

L'ASP peut montrer une grisaille diffuse. C'est l'angioscanner qui précise la souffrance des anses intestinales et les atteintes vasculaires, éventuellement complété par l'angio-IRM ou l'artériographie.

Le traitement comporte un volet médical (réanimation, antibiothérapie, antiagrégants plaquettaires et/ou anticoagulants) et chirurgical intestinal (résection des anses nécrosées en urgence) et/ou de revascularisation, éventuellement par voie percutanée.

### Colite ischémique

Elle touche essentiellement les sujets âgés avec atteinte poly-artérielle. Le tableau comprend des douleurs abdominales, une diarrhée, voire des rectorragies. Le diagnostic est confirmé par le scanner et par la coloscopie qui montre des lésions érythémateuses et œdémateuses puis ulcéraives, à limites nettes, prédominant sur le sigmoïde et le côlon gauche. L'évolution est souvent favorable en 2 à 3 semaines sous traitement médical et repos digestif. Les complications sont la forme gangréneuse initiale et les sténoses cicatricielles.

### Anévrisme aortique fissuré

C'est une urgence chirurgicale à évoquer devant une douleur extrêmement brutale et intense, parfois accompagnée de collapsus souvent fatal. Des fistules digestives avec hémorragies sont possibles. L'examen peut reconnaître l'anévrisme, confirmé par l'échographie ou, mieux, la tomodensitométrie qui précise l'étendue des lésions. Les attitudes thérapeutiques varient en fonction des lésions et de l'état général.

### Hématome du psoas

Apanage du sujet âgé et complication des traitements anticoagulants, il peut survenir de façon spontanée (surdosage) ou après une chute. Il entraîne une douleur lombaire aiguë à irradiation basse et parfois abdominale antérieure. Le psoïtis est révélateur. L'échographie et la tomodensitométrie confirment le diagnostic. L'attitude est habituellement attentiste sous surveillance chirurgicale stricte en service de réanimation : transfusions sanguines, antalgiques et correction adaptée des troubles de la crase sanguine.

## Vascularites systémiques et connectivites

Les vascularites atteignent rarement les vaisseaux digestifs ou rénaux. Sont particulièrement impliquées : la périartérite noueuse (PAN), la polyangéite microscopique et la maladie de Wegener, le syndrome de Behçet, le purpura rhumatoïde. Les manifestations générales et les atteintes extradigestives orientent le diagnostic, de même que l'imagerie (microanévrismes de la PAN...), la biologie (ANCA...) et l'anatomie pathologique, en s'appuyant sur les critères diagnostiques de chaque affection.

Les connectivites peuvent s'accompagner de manifestations douloureuses abdominales ou lombaires, de mécanismes variés (inflammations, lésions vasculaires, adénopathies...) : le lupus érythémateux aigu disséminé avec ou sans syndrome des anti-phospholipides (vascularite digestive...), la sclérodermie (pseudo-occlusion...).

## PATHOLOGIES UROLOGIQUES

Toute douleur abdomino-pelvienne doit faire rechercher un globe vésical, parfois associé à d'autres affections aiguës.

### Colique néphrétique

La douleur est lombaire, unilatérale, brutale, intense, anxiogène et invalidante, sans position antalgique, à irradiation descendante. Elle résulte de la mise en pression brusque des cavités excrétrices du rein par un obstacle sous-jacent, habituellement un calcul urétéral. Les antécédents similaires sont évocateurs.



**Figure 3** Cholécystite aiguë lithiasique à l'échographie. Épaississement pariétal (flèche blanche) et calculs (flèche noire) de la vésicule biliaire (photo P<sup>r</sup> D. Régent).

L'ASP recherche une opacité évocatrice, l'échographie peut montrer une discrète asymétrie des cavités excrétrices rénales, voire l'obstacle avec dilatation d'amont. L'UIV et maintenant l'uro-scanner complètent le bilan.

Outre le traitement de la cause (calcul, compression extrinsèque...), le traitement antalgique est primordial : AINS, paracétamol, anti-spasmodiques, voire dérivés morphiniques. On réalise une dérivation urinaire en cas d'anurie (rein unique), de fièvre sur rétention du haut appareil ou de crise hyperalgique.

### Pyélonéphrite aiguë

Elle est évoquée devant une douleur lombaire associée à une fièvre élevée avec frissons. Les signes urinaires sont inconstants : pollakiurie, brûlures mictionnelles... La recherche de leucocytes et nitrites à la bandelette urinaire ne dispense pas de la réalisation de l'ECBU. L'échographie rénale élimine une dilatation des voies excrétrices supérieures dont la présence nécessite une dérivation des urines par sonde urétérale ou néphrostomie. En cas de doute, la tomodensitométrie avec injection est utile.

L'antibiothérapie (fluoroquinolone per os), secondairement adaptée à l'antibiogramme, est ambulatoire pendant 2 semaines. L'hospitalisation initiale avec bi-antibiothérapie adaptée (amino-side en plus) est justifiée en cas de facteurs de risque ou de complication : âge élevé, grossesse, immunodépression, contexte médicosocial défavorable, antibiothérapie préalable, malformation urinaire, choc septique, insuffisance rénale. On vérifiera la normalisation de l'ECBU.

## PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES

### Grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine (GEU) est évoquée devant une algie pelvienne unilatérale chez la jeune femme. Des douleurs répétitives dans un contexte évocateur (pas de contraception, désir de grossesse, antécédent de pathologie tubaire) font rechercher une masse latéro-utérine au toucher vaginal (TV), doser les  $\beta$ -hCG et faire une échographie, dont la confrontation, voire la répétition permettra le diagnostic précoce de GEU non compliquée. La non-viabilité de la grossesse peut conduire à l'abstention thérapeutique. La rupture de GEU est par contre une urgence chirurgicale en cas de douleur avec état de choc hémorragique par hémopéritoine.

### Torsion d'un kyste ovarien

La douleur pelvienne est brutale, intense voire syncopale, unilatérale, irradiant vers les lombes. Le TV révèle une masse latéro-utérine, douloureuse. La négativité des  $\beta$ -hCG et la visualisation du kyste ovarien à l'échographie éliminent la GEU et confirment le diagnostic. La torsion aiguë est une urgence chirurgicale.

### Salpingite aiguë

Les formes cliniques sont bruyantes ou fréquemment insidieuses. Les séquelles tubaires sont sources de stérilité et de GEU.



Figure 4 **Urétérohydronéphrose à l'UIV. Dilatation pyélocalicielle droite sur obstacle urétéral proximal** (photo Pr D. Régent).

Sont évocateurs chez une femme en âge de procréer : les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, de salpingite, de gestes endo-utérins récents. La douleur pelvienne est diffuse, associée à des leucorrhées et à un état fébrile. L'échographie peut être contributive. La coelioscopie permet le diagnostic positif et bactériologique. L'antibiothérapie associe amoxicilline-acide clavulanique (15 jours) et minocycline (infection à Chlamydia ?) pendant 21 jours, sans oublier les mesures préventives et le traitement des partenaires.

### Endométriose

L'endométriose gynécologique ou digestive peut se révéler par des douleurs, volontiers cycliques, mais parfois trompeuses.

## TRAUMATISMES ABDOMINAUX ET LOMBAIRES

Les traumatismes pénétrants nécessitent une exploration chirurgicale première, sauf si l'état du patient autorise la réalisation d'un ASP (pneumopéritoine) voire d'un scanner abdomino-pelvien (bilan lésionnel).

En cas de traumatisme non pénétrant, l'examen clinique à la recherche de signes de gravité (état hémodynamique...) et d'associations lésionnelles est complété au mieux par le scanner, le cas échéant précédé par une radiographie pulmonaire (rupture diaphragmatique). L'exploration chirurgicale s'impose en cas de doute diagnostique, d'épanchement intrapéritonéal ou d'instabilité hémodynamique.

## PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES

### Lumbago

La douleur est vive, impulsive, majorée par les efforts, de survenue brutale après un mouvement favorisante. On constate une attitude antalgique et une raideur lombaire, sans trouble sensitivo-moteur. Le traitement médical associe repos, antalgiques et AINS.

Q195  
▲



**Figure 5** Cancer du pancréas (flèche blanche) et kyste rénal droit de découverte fortuite (flèche noire) au scanner abdominal (photo P<sup>r</sup> D. Régent).

## Tassement vertébral

L'origine ostéoporotique est évoquée chez la femme âgée devant une douleur lombaire brutale, spontanée ou après une chute, avec souffrance élective à l'examen de la colonne lombaire. Les radiographies objectivent le tassement cunéiforme du corps vertébral, traité par le repos en décubitus dorsal avec une kinésithérapie adaptée, des antalgiques et le traitement de l'ostéoporose. Un tassement vertébral peut avoir une autre origine (métastases...).

## Spondylodiscite

La douleur est souvent brutale, dans un contexte favorisant : diabète, immunodépression... La douleur élective vertébrale et la raideur localisée, habituelles, sont associées à la fièvre (inconstante) et au syndrome infectieux biologique. Les radiographies peuvent être normales au début. La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation. L'IRM est l'examen de choix (hypo signal en T1 avec rehaussement par le gadolinium). L'antibiothérapie est adaptée au micro-organisme isolé par la ponction-biopsie disco-vertébrale.

## PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

Sont en cause et évoquées sur les données cliniques :

- les souffrances radiculaires avec irradiation douloureuse en hémiceinture (lésions rachidiennes, zona avec éruption évocatrice...);
- la cellulalgie réflexe unilatérale des hypochondres ou des flancs (manœuvre du pincer-rouler) du dérangement intervertébral mineur ;
- les affections rares : épilepsie, migraine abdominale et tabès (syphilis tertiaire).

## PATHOLOGIES GÉNÉRALES

Des douleurs abdominales diffuses peuvent révéler une hypercalcémie ou une hypokaliémie, des endocrinopathies (diabète, insuffisance surrénale, dysthyroïdies...) dans un tableau parfois pseudo-chirurgical (intérêt des dosages : glycémie, cortisolémie, TSH...).

Les porphyries aiguës donnent des douleurs souvent intenses et trompeuses qui orientent en cas de répétition, de médicaments déclenchants, de signes neuropsychiatriques ou cutanés. Les urines fonçant à la lumière évoquent le diagnostic confirmé par le dosage des précurseurs.

L'œdème angioneurotique héréditaire est dû à un déficit ou à une anomalie fonctionnelle de l'inhibiteur de la C1-estérase. L'œdème viscéral déclenche la douleur. Des poussées d'œdèmes associées (face ou extrémités) sont évocatrices.

La fièvre méditerranéenne familiale ou maladie périodique est confirmée par diagnostic génétique et se caractérise par l'inflammation récidivante des séreuses avec souvent un tableau de péritonite « médicale » exposant à un risque de laparotomie inutile.

Le saturnisme peut se révéler par des douleurs (« colique de plomb »). D'autres causes sont évoquées dans un contexte particulier : anémies hémolytiques et drépanocytose...

**À PARAÎTRE :** • 2<sup>e</sup> partie : « Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant »

## Pour en savoir plus

### ▶ Traité de gastro-entérologie

Rimbaud JC  
Paris : Flammarion  
Médecine-Sciences,  
2<sup>e</sup> édition, 2005

### ▶ Traité de médecine

Godeau P, Herson S,  
Piette JC  
Paris : Flammarion  
Médecine-Sciences,  
4<sup>e</sup> édition, 2004

### ▶ Diagnostic des douleurs abdominales aiguës

Berrod JL, Lebourgeois P,  
Marcos X  
Encycl Med Chir, 9-001-B-10

### ▶ Douleurs abdominales d'origine métabolique ou génétique

Ducrotté P  
Hepatogastroenterol  
2005;12:42-7

### ▶ Traitement médical, endoscopique et chirurgical des maladies du tube digestif

Bigard MA  
Paris : Masson,  
1<sup>re</sup> édition, 2004

### ▶ Échographie abdominale (pelvis exclu) en première intention : indications, recommandations et Références Médicales

1997  
<http://www.anaes.fr>

### ▶ Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgence

Conférence de consensus de la société francophone d'urgences médicales  
1999

<http://www.anaes.fr>

### ▶ Prise en charge des péritonites communautaires

Conférence de consensus de la Société française d'anesthésie et de réanimation  
2000

<http://www.anaes.fr>

### ▶ Pancréatite aiguë

Conférence de consensus de la Société nationale française de gastroentérologie  
Gastroenterol Clin Biol  
2001;25:suppl. n° 1