

Douleur abdominale
et urgence

ARROUBI ILHAM
Hôpital Lariboisière
Cs des urgences

Douleur abdominale

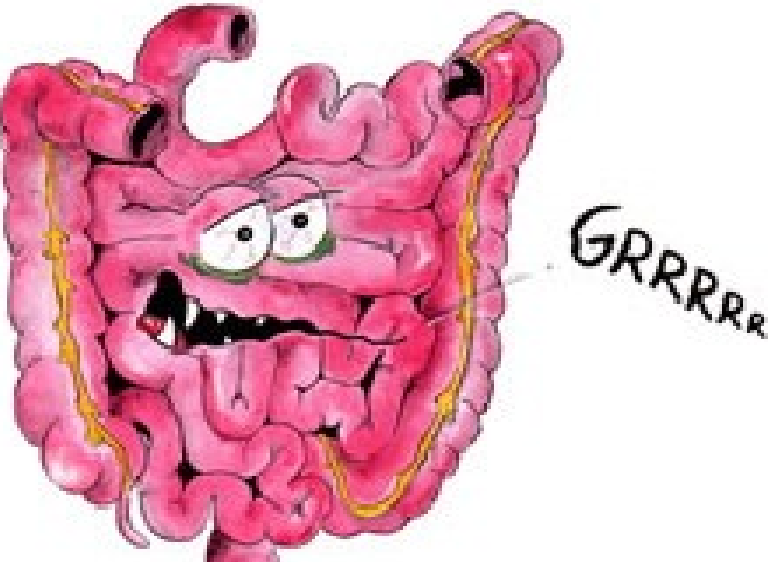
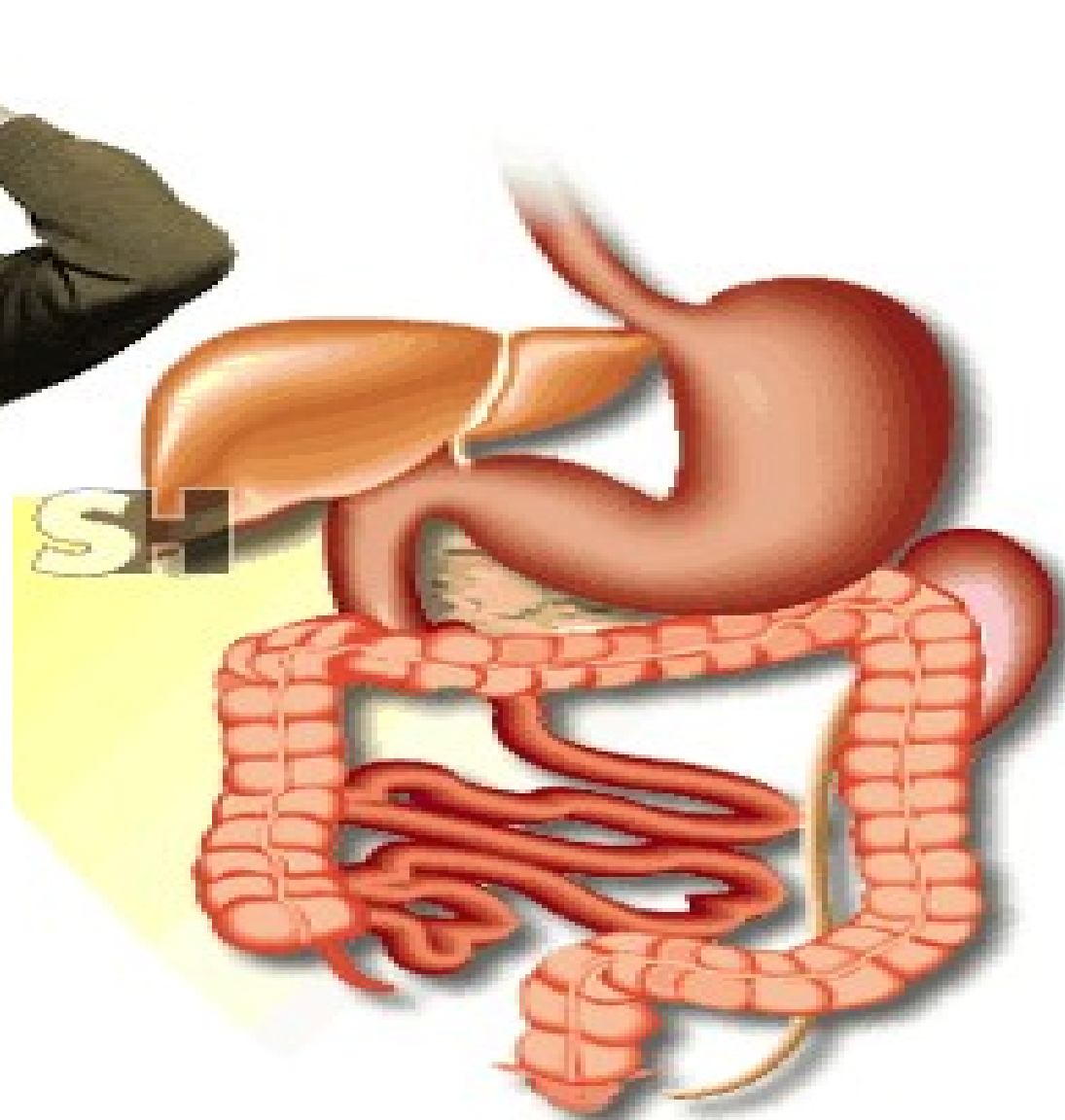
L'arbre qui cache la forêt



Motif de consultation
très fréquent

Cas clinique

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



'Ich finde Dich sooo reizend...' (Reizdarm) von Piero Lercher, Autor des Buches 'Medizin in der Karikatur'

Docteur j ai mal au ventre

Quel est le **diagnostic** ?

Douleurs abdominales

```
graph TD; A[Douleurs abdominales] --> B[Cause médicale 80%]; A --> C[Cause chirurgicale 20%]; C --> D[Indication opératoire urgente 8 fois sur 10];
```

Cause médicale 80%

Cause chirurgicale 20%

**Indication opératoire urgente
8 fois sur 10**

- **Causes chirurgicales**
- **-appendicite**
- **-occlusion et hernies**
- **-cholécystite-angiocholite**
- **-pancréatite**
- **-sigmoïdite diverticulaire**
- **-perforation-péritonite**
- **-rupture, abcès : rate ou foie**
- **-anévrisme aorte et DA**
- **-infarctus mésentérique**

Causes gynécologiques

- **-kyste ovarien rompu**
- **-FCS**
- **-salpingite**
- **-torsion d'annexe**
- **-grossesse extra-utérine**

Causes médicales

- -colopathie fonctionnelle
- -colite et diarrhée infectieuse
- -colique néphrétique
- -patho vésico-prostatique
- -gastrite et ulcère gastrique
- -hépatite, ascite, TVP
- -Crohn, RCH
- -pathologie néoplasique
- colite ischémique et infarctus rate
- Métaboliques (ACD, K, Ca, Na)
- maladie périodique, drépanocytose,
- porphyrie, intoxication, stress...

- **Causes extra abdominales**
- **-pneumopathie**
- **-foie cardiaque**
- **-pneumothorax-pleurésie**
- **-infarctus ou myocarde**
- **-péricardite**
- **-embolie pulmonaire**

Regions of Abdominal Area

Right
hypochoondriac
region

Epi-
gastric
region

Left
hypochoondriac
region

Right
lumbar
region

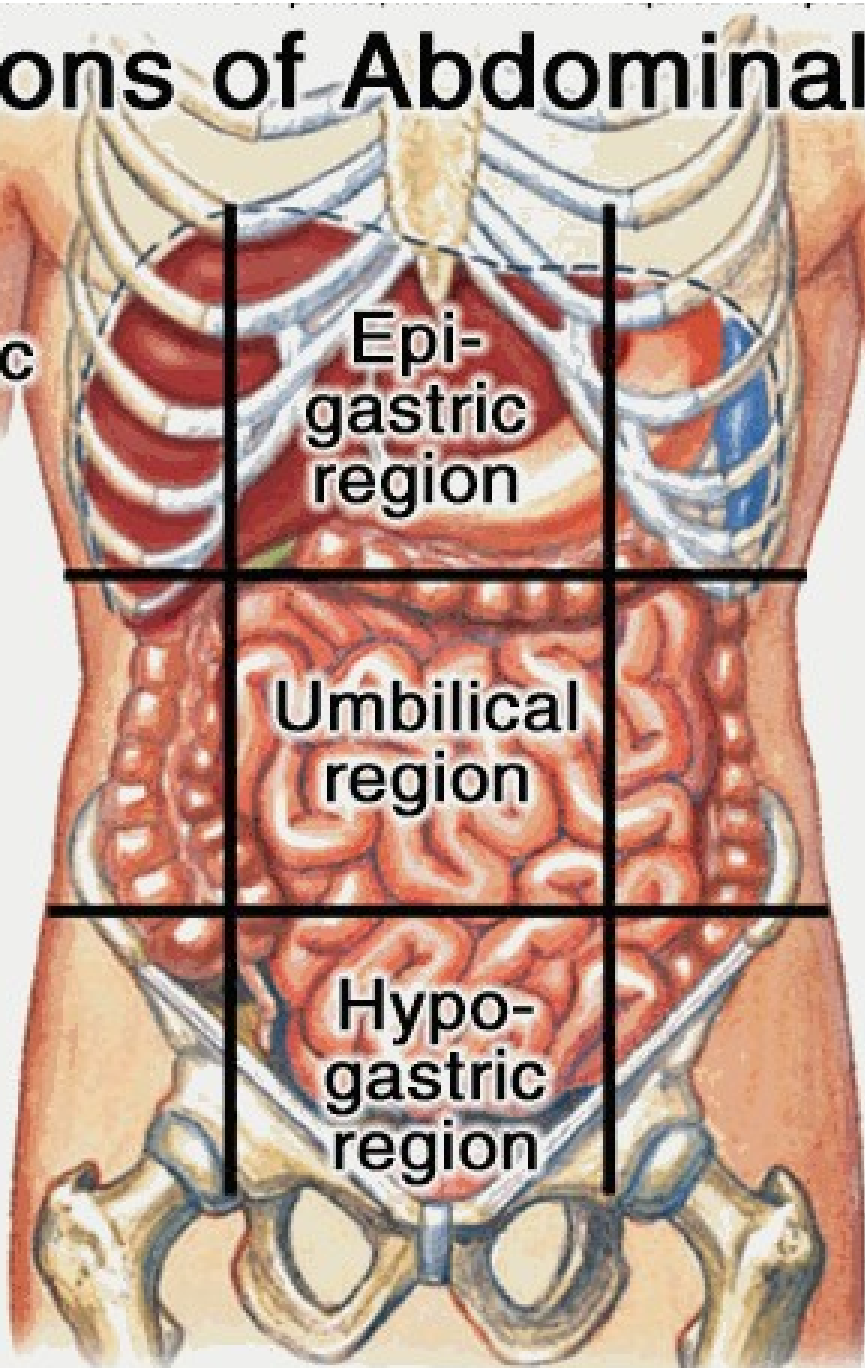
Umbilical
region

Left
lumbar
region

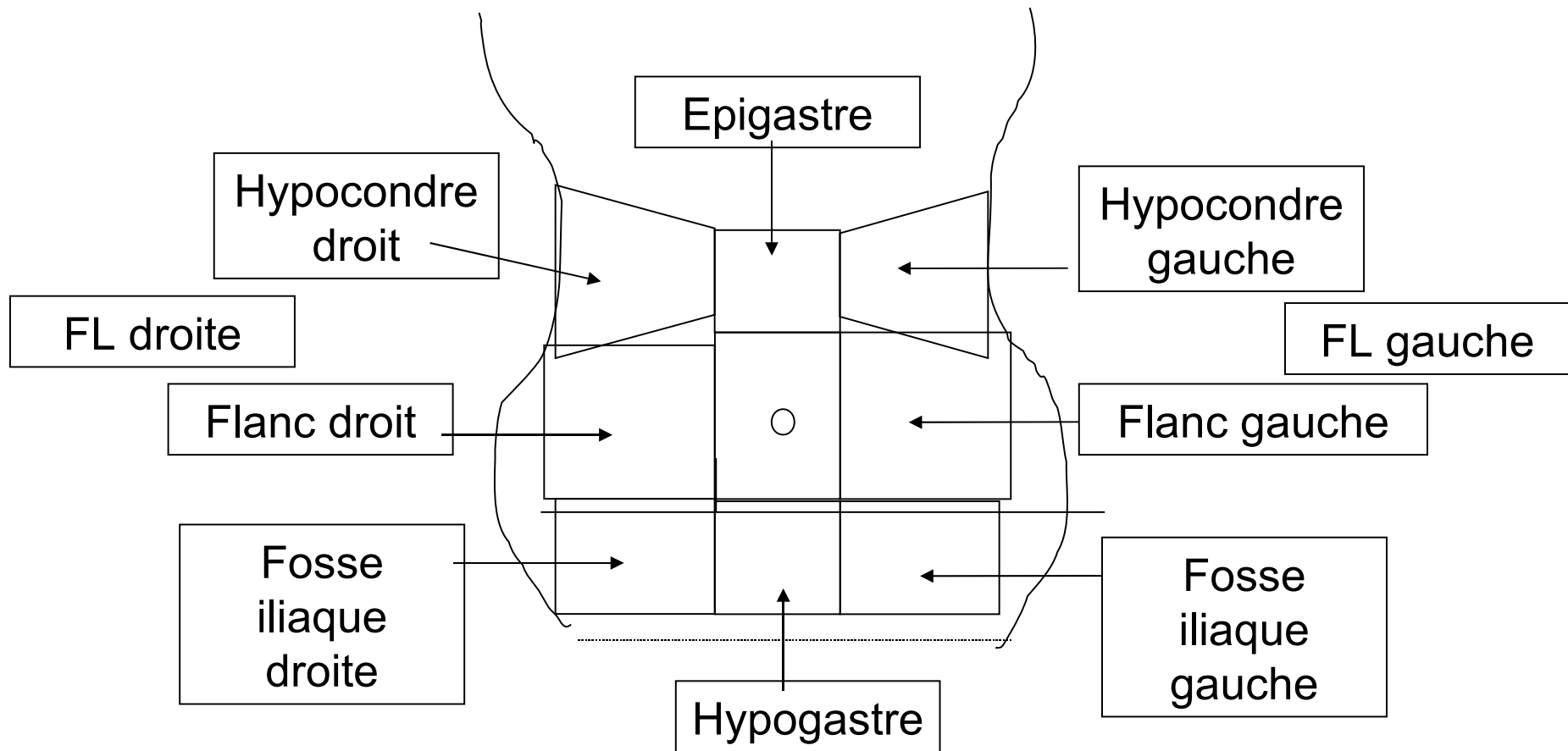
Right
iliac
region

Hypo-
gastric
region

Left
iliac
region



Principales causes de douleurs abdominales



Principales causes de douleurs abdominales aiguës

Hypocondre droit

A diagram of the right hypochondrium region. It shows a grid of four quadrants. The top-left quadrant is highlighted in orange. A white arrow points from a box labeled 'Hypocondre droit' to this orange quadrant. A small white circle is located in the center of the grid.

Foie et vésicule

- Colique hépatique
- Cholécystite
- Foie cardiaque
- Péri hépatite à Chlamydia

Côlon

- Appendicite rétrocaecale
- Diverticulite côlon droit
- Obstacle en aval

Poumons et plèvre

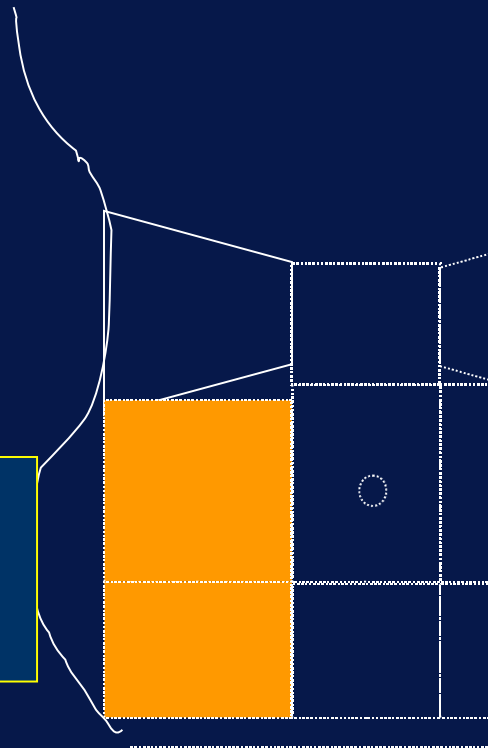
- Pneumopathie, Patho pleurale

Rein-voies urinaires

- Colique néphrétique
- Pyélonéphrite
- Infarctus rénal

Principales causes de douleurs abdominales aiguës

Flanc/Fosse
iliaque droite



Digestif

Appendicite

Iléite terminale

Diverticulite

« Appendicite » épiploïque

Tumeur caecale

Rein-voies urinaires : QS

Gynéco

G.E.U.

Pyosalpinx

Torsion ovarienne

Hémorragie corps jaune

conflit discoradiculaire

Syndrome de la jonction
dorsolombaire

Principales causes de douleurs abdominales aiguës

Pancréas

Pancréatite caudale

Tumeur

Côlon

Diverticulite sigmoïdienne

« Appendicite » épiploïque

Rein-voies urinaires : QS

Rate

Rupture

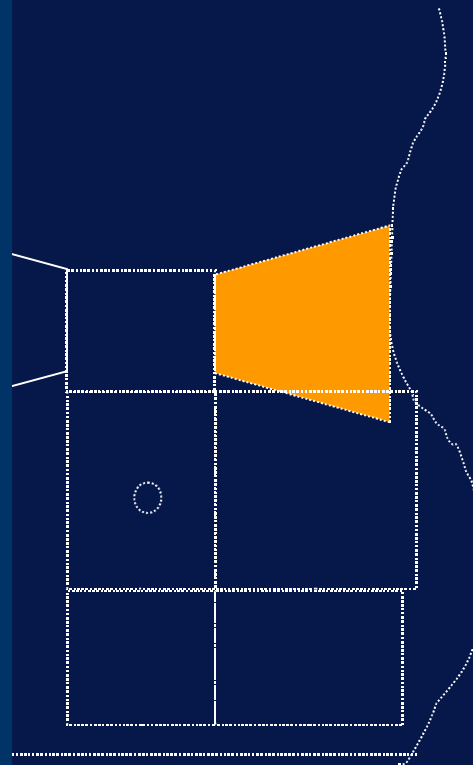
Infarctus splénique

Abcès

Poumons et plèvre

Pneumopathie

Pathologie pleurale



Hypocondre
gauche

Principales causes de douleurs abdominales aiguës

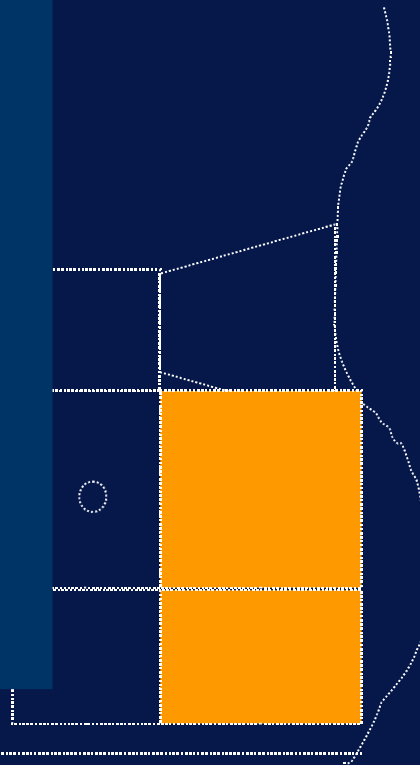
Côlon

Diverticulite sigmoïdienne
« Appendicite » épiploïque
Colite ischémique

Rein-voies urinaires Qs

Gynéco Qs

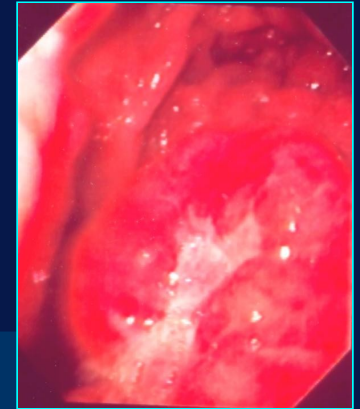
Conflit discoradiculaire Qs



Flanc,
Fosse
iliaque
gauche

Principales causes de douleurs abdominales aiguës

Epigastrique



Tube digestif

Ulcère G ou D

Pancréatite

Migration lithiasique - Cholécystite

Cœur-vasseaux

Infarctus -Péricardite- Dissection aortique-
infarctus mésentérique

Pariétale-Costale (Tietze, Cyriax)

Autres : angoisse (diagnostic élimination)

Principales causes de douleurs abdominales aiguës

Digestif

Pancréatite

Appendicite,
Sigmoidite

Douleurs coliques

Cœur-vaisseaux

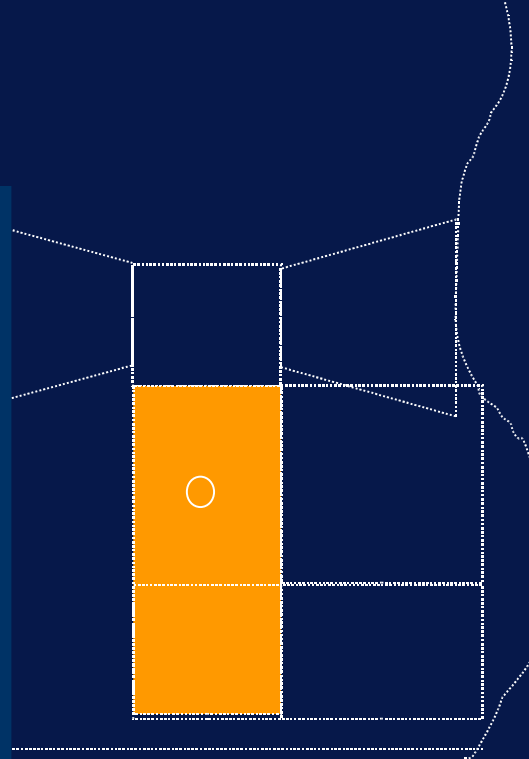
Rupture anévrisme

Infarctus
mésentérique

Gynéco : QS

Voies urinaires

Globe vésica: prostate



(péri et sus-
ombilicale)

Endocrino: insuffisance surrénalienne aiguë

Hémato: hémolyse, crise drépanocytaire

Divers: virose, maladie périodique

Avec les progrès des *examens*
complémentaires *l'examen*
clinique semble souvent passer
au *second plan* Or

L examen clinique est

- primordial ++++++
- permet → orienter le *diagnostic* +
→ *choisir* de façon judicieuse les
examens complémentaires+ nécessaires

Donc

Pour toute douleur abdominale:

Faire un *très bon examen clinique*

→ **complet et méthodique** (de la tête aux pieds)

→ penser à tous les organes

→ interrogatoire **AVANT** et **APRES**

l'examen physique, en fonction de celui-ci

Missions du médecin ?

- ❖ Eviter une **perte de chance** (préjudice si faute)
 - ❖ recherche d'un **diagnostic** vraisemblable
 - ❖ utilisation rationnel des **outils** (risque/bénéfice)
 - ❖ **soulager** et **traiter**

Examen clinique

A. Evaluation de l'état général +++++

Important pour l'orientation du patient+++++

Constantes IAO

Pouls

attention si FA rapide : pouls parfois lent

TA : haute et basse

attention : collapsus masqué par HTA chronique, décubitus

Température

attention : fièvre masquée antalgique, technique, âge

attention : hypothermie = « fièvre »

Douleur

échelle verbale

comportement

relation prévisible entre cause et conséquence

BU / glycémie / ECG

B. Interrogatoire

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

- Nom, prénom
- ethnie
- âge
- Poids
- taille

ATCD PERSONNELS

- Médicaux, chirurgicaux, obstétricaux
 - ordre chronologique
 - âge du malade lors de ces maladies
 - transfusions
 - traitements

- *ATCD toxiques*

Alcool: -Quantité d'alcool journalière en grammes

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

- interrogatoire sur les quantités ingérées
- à condition de ne pas rompre la communication
- tact, sans jugement

Tabac : nombre de cigarettes / jour, nombre années

Toxicomanie :

- Produits
- Voies d'administration

Activité professionnelle (exposition à des toxiques)

- *Toxiques*
 - Professionnels
 - Loisirs

Familiaux

Ictère, polykystose, diabète sucré
polypes coliques
cancer

Séjours, dans les pays tropicaux,
« même en passant »...

Les symptômes

la douleur

QUOI

Siège: quadrant de l'abdomen

Irradiations

Type:- Crampe, brûlure ...

Signes accompagnants : N, V, sang, gaz

QUAND

Date et heure

Modalités évolutives

Ancienneté (> ou < à 7 jours ?), x

épisodes

Rythme (permanent ou intermittent)

Facteurs influençant la douleur: Position

antalgique ? Psoïtis ? Transit?

Alimentation ?

COMMENT

Facteur déclenchant

- repas, biopsie, coloscopie
- traumatisme
- traitement (AB, AINS, ACG...)

COMBIEN

.Permanente ou intermittente

.Intensité

.Modalités évolutives:

- Ancienneté (> ou < à 7 jours ?)

- Rythme (permanent

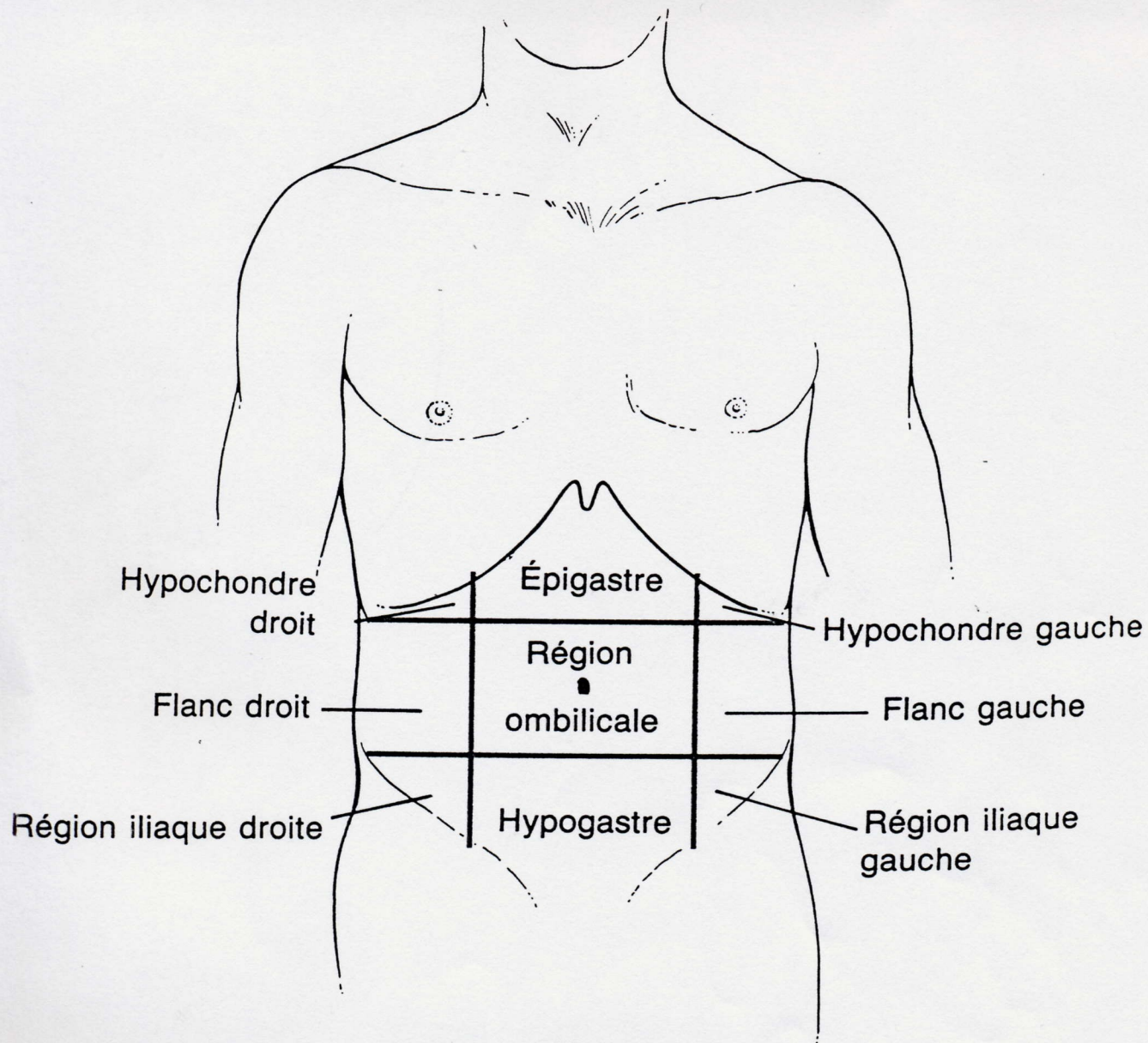
.Facteurs influençant la douleur

- Position antalgique ? Psoïtis?

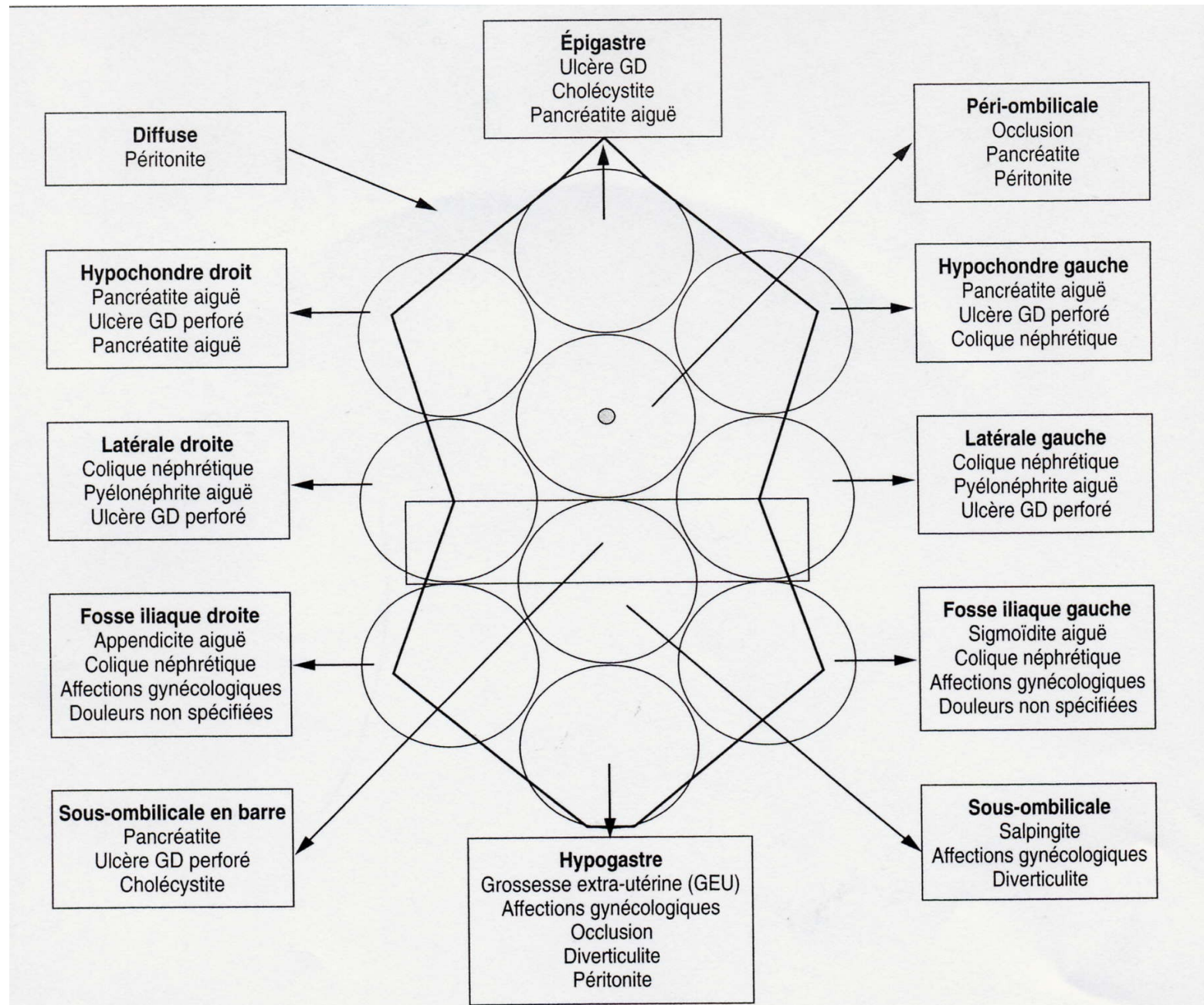
- Alimentation ?

- Emission de gaz ?

Localisation



Les neuf régions abdominales.



Recherche d'autres symptômes

Signes fonctionnels digestifs les plus fréquents

- Nausées, vomissements, éructations, hoquet
- Perturbations du transit
 - constipations, diarrhée
- Hémorragies digestives
- Ictère
- Distension abdominale (masse, ascite)

Examen de l'abdomen

Temps fondamental d'examen clinique, il comprend :

- 1) - inspection
- 2) - palpation
- 3) - percussion
- 4) - auscultation

Malade détendu, rassuré (respiration calme), pièce correctement éclairée et chauffée

- *Malade en décubitus dorsal*
 - dévêtu, tête un peu surélevée
 - membres inférieurs légèrement fléchis
 - membres supérieurs allongés le long du corps
 - sur un lit résistant

- Médecin
 - à droite du malade
 - mains réchauffées

- Ne jamais commencer l'examen par la zone douloureuse

Inspection

- **L'état des téguments** : couleur, pâleur, ictère
- cicatrices
 - chirurgicales (motif de l'intervention)
 - traumatiques
- érythème, éruption, hématomes, pétéchies, purpura
- vergetures :
 - stries blanchâtres amaigrissement après un surpoids important (grossesses)
 - roses violacées si hypercorticisme

Vergetures liées
à un hypercorticisme



➤ **Veines superficielles**

- habituellement à peine visibles
- drainage 2/3 inf abdomen vers le bas

➤ **Dans l'hypertension portale :**

- veines dilatées sus ombilicales
- se dirigeant vers le thorax
- veines dilatées péri-ombilicale en tête de méduse.

➤ **L'ombilic : saillant si**

- ascite
- hernie

➤ Forme de l'abdomen

➤ Rétracté

- dénutrition grave
- contracture des muscles abdominaux

➤ Distendu

- hypertrophie du pannicule adipeux
- ascite avec ombilic déplié
- météorisme abdominal ou distension gazeuse des anses intestinales et du colon

➤ Distendu de manière localisé

- tumeur visible
- distension gazeuse localisée
- en regard d'un orifice herniaire ou d'une éventration

Mobilité abdominale

- Mobilité respiratoire
 - doit être présente
 - symétrique, ample, non douloureuse
- La mobilité anormale
 - battements aortiques (sujet maigre)
 - ou tumeur abdominale les transmettant à la paroi
- Mouvements péristaltiques
 - intestinaux en cas d'occlusion
 - mouvements de reptation lente
 - parfois déclenchés par une chiquenaude

Palpation

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

La paroi abdominale

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

Présence de plis :

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

La paroi musculaire

Défense

- contraction involontaire de la paroi
- qui s'oppose à la palpation profonde
- peut être partiellement vaincue par la palpation douce
- aggravée par une palpation brusque

contracture

- rigidité pariétale
- réflexe (contraction involontaire)
- douloureuse, permanente et invisible de la paroi

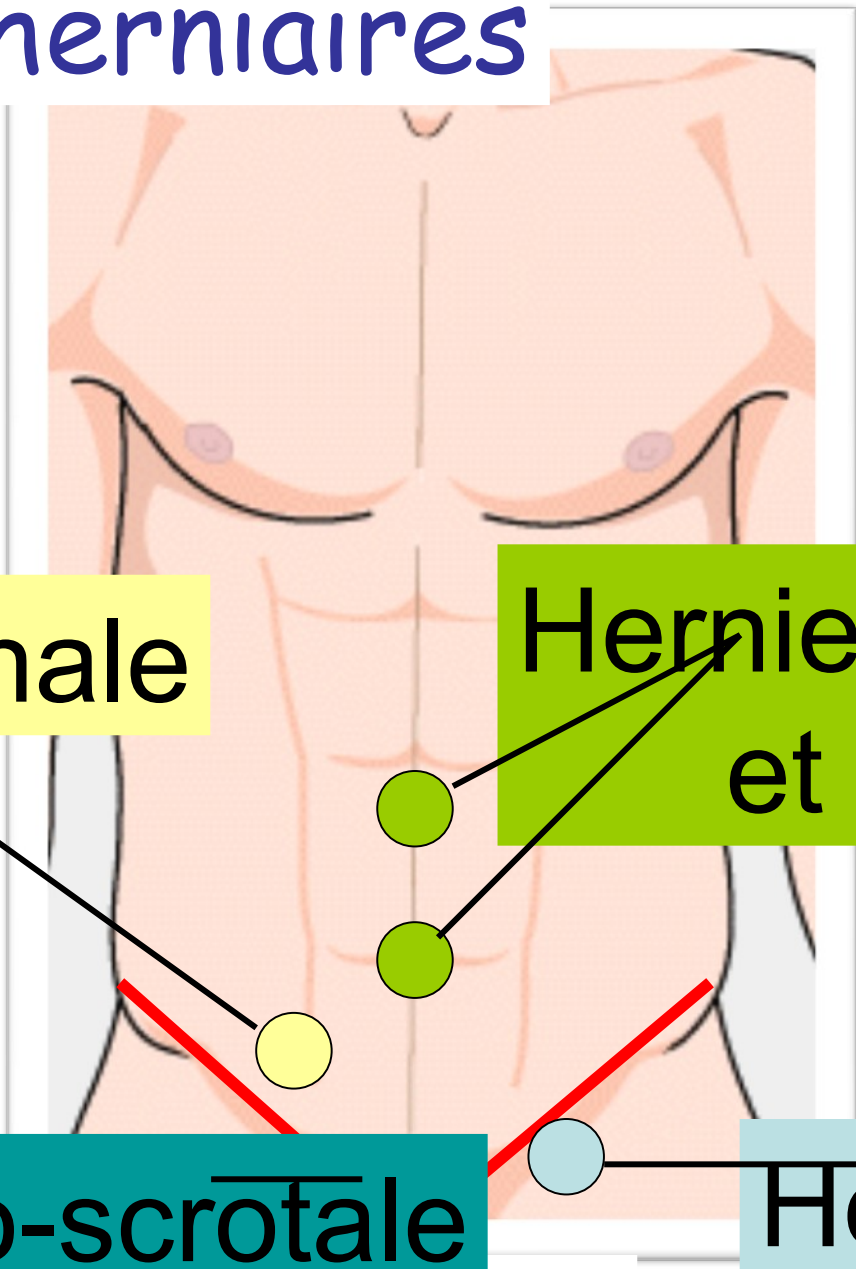
- **diffuse :**

- ventre de bois, témoin d'une péritonite diffuse

- **localisée :**

- au dessus d'un viscère enflammé (appendice, vésicule biliaire)

Orifices herniaires



Hernie inguinale

Hernie ligne blanche et ombilicale

Hernie inguino-scrotale

Hernie crurale

Ligne de maigaine

Le contenu abdominal

Palpation profonde :

- préciser l'état des organes abdominaux
- trouver une masse abdominale

A l'état normal, on peut percevoir :

- le bord antérieur du foie dans l'hypocondre droit
- le caecum dans la fosse iliaque droite
- le colon gauche dans le flanc gauche qui roule sous la main
- un rein droit ptosé chez le sujet maigre

Les orifices herniaires

Il faut faire tousser le malade

cette manoeuvre

- augmente la pression abdominale
- fait produire une saillie brusque = la hernie

Le contenu abdominal : palpation anormale

- Douleur à la pression appuyée
- A la décompression
- Rechercher :
 - empâtement (lésion inflammatoire)
 - tuméfaction ou une tumeur
 - foie
 - rate
 - masse épigastrique (gastrique ou pancréatique)
 - rein (avec un contact lombaire : le palper bi-manuel avec la main postérieure qui refoule la masse vers en avant, la main antérieure recevant le rein)
 - tuméfaction pelvienne (vessie, utérus)

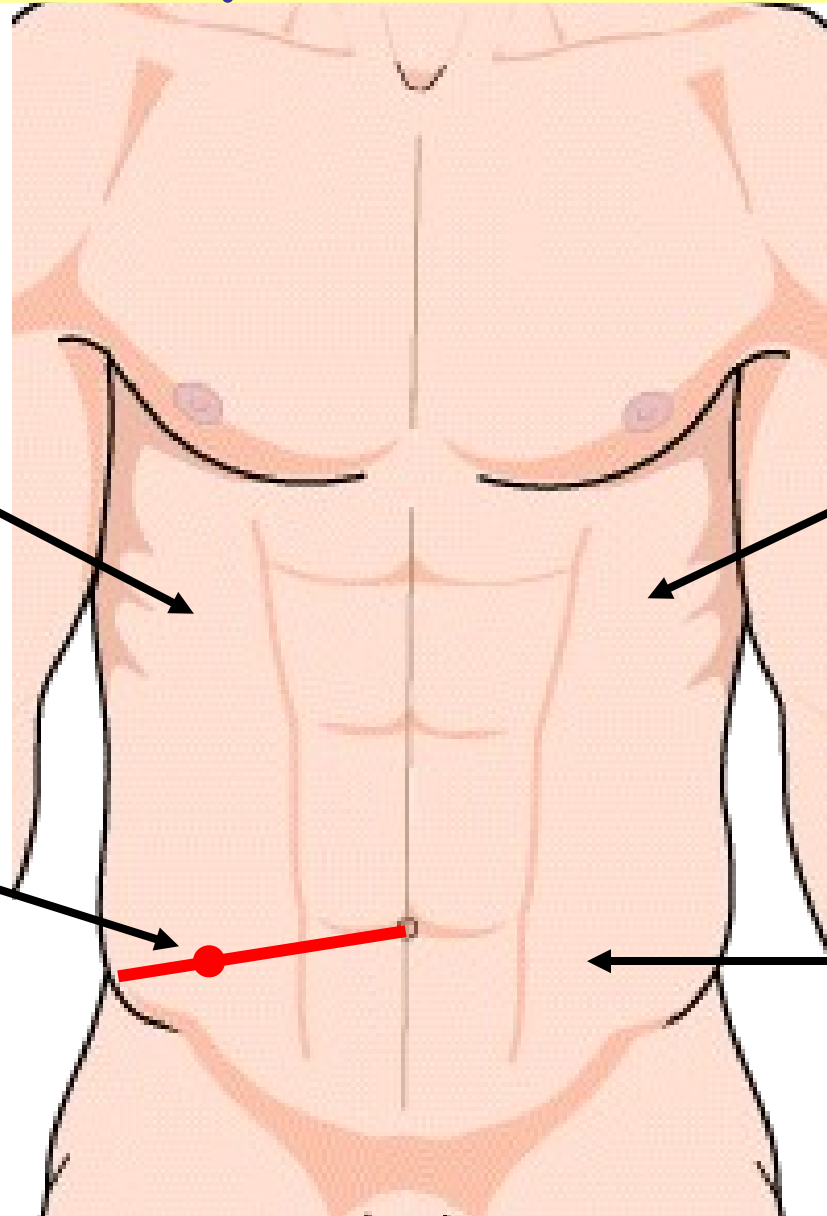
Devant toute tuméfaction il faut préciser :

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

La sensibilité abdominale

- Péritonites
 - Hyperesthésie cutanée
 - Douleur de rebond
 - provoquée par la décompression
 - exercer une pression pendant quelques secondes dans la région douloureuse
 - puis relâcher rapidement
 - la décompression reproduit la douleur spontanée même à distance de la zone douloureuse

Quelques points douloureux



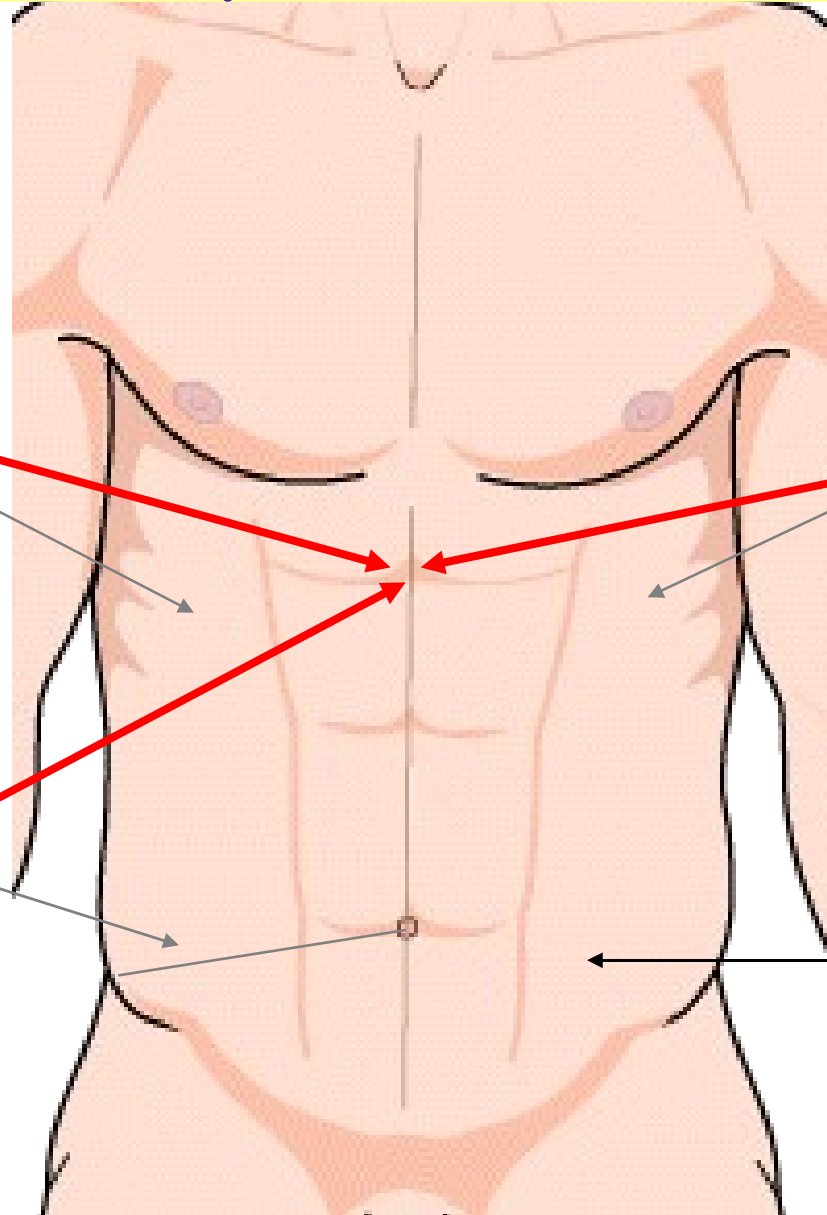
Vésicule
biliaire

Pancréas

Mac Burney
Appendice

Sigmoide

Quelques points douloureux



Vésicule
biliaire

Pancréas

Mac Burney
Appendice

Sigmoïde

Percussion

Main gauche en éventail sur l'abdomen

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

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

Etat normal : tympanisme (gaz digestif)

Anses dilatées : hypersonorité

Tumeur solide : matité

Percussion

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

Syndrome occlusif

Douleurs abdominales
Vomissements
Arrêt des matières et des gaz

+ signes de météorisme

Hyper-sonorité à la percussion

Auscultation

hydro-aériques de l'intestin

- caractéristiques du péristaltisme
- Auscultation patiente
- Un son toutes les 5 à 10 s au moins

- **Bruits hydro-aériques intenses :**

- penser syndrome de lutte

- **Silence auscultatoire**

- iléus paralytique par irritation péritonéale
- Ischémie mésentérique

Auscultation

Bruits vasculaires : ne pas appuyer trop fort le stéthoscope sous peine de créer un souffle

- Aorte sus ou sous-ombilicale
- Artères rénales
- Artères iliaques
- Tuméfaction : rechercher de son caractère richement vascularisé
- Foie : fistule vasculaire

Examen de la marge anale et toucher rectal

Examen soigneux de la marge anale

Position génu-pectorale

Décubitus latéral

Recherche

- lésions cutanées
- orifice fistuleux
- fissure : déplisser la marge anale
- hémorroïdes +/- prolapsus en faisant pousser le malade
- tumeur

Toucher rectal

- Systématique
- Complète l'examen de la marge anale

- Position

Décubitus dorsal cuisses et genoux fléchis

Décubitus latéral (position foetale latérale)

- S'aider de la palpation abdominale combinée

Toucher rectal

Tonicité et sensibilité du canal anal

Etat de la paroi rectale

Contenu intra rectal :

- Tumeur
- Sténose
- Matières fécales voire fécalome

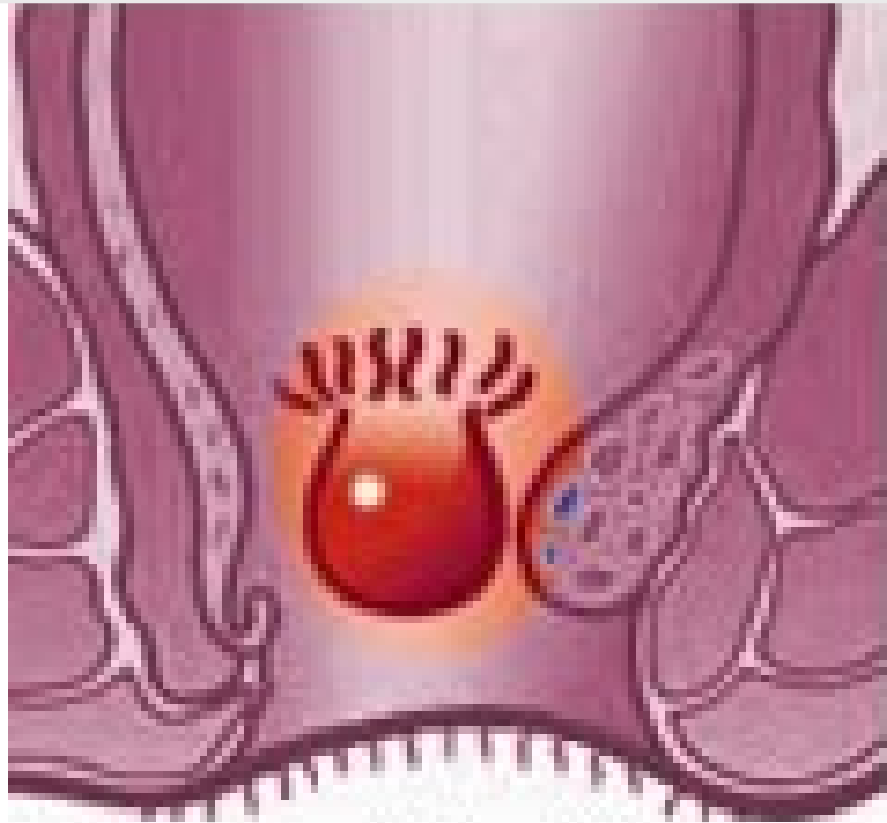
Cul de sac de Douglas

- Douleur
- Comblement

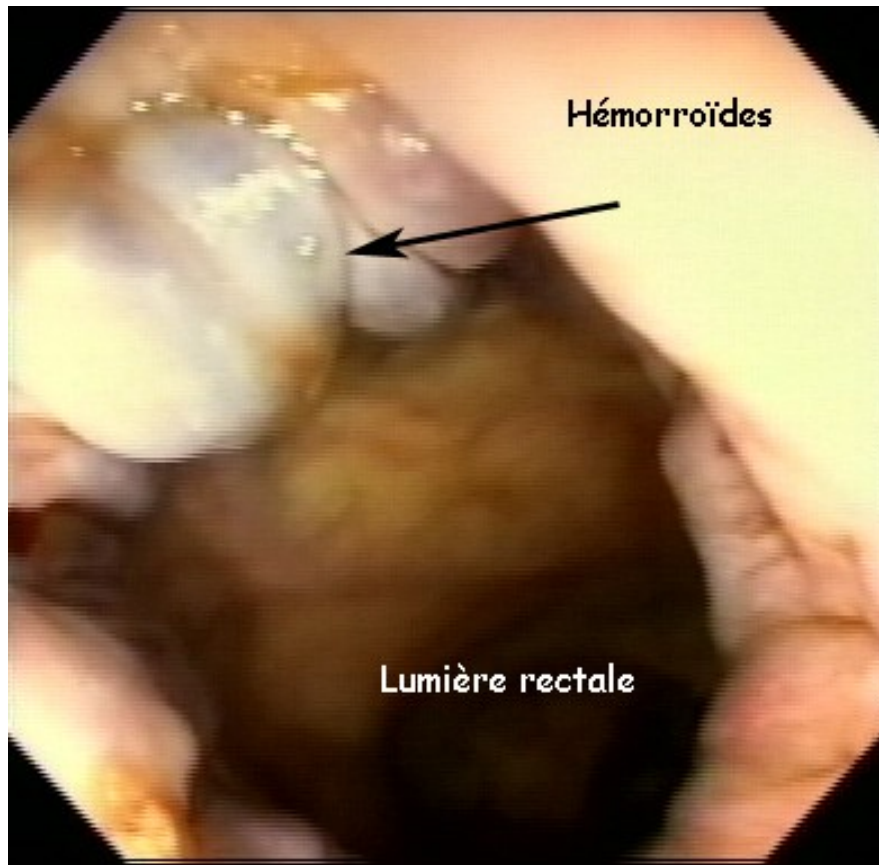
Toucher rectal

- Prostate
 - lobes réguliers
 - sillon médian
- Examen du doigtier après examen
 - Présence de selles
 - Glaires
 - Sang

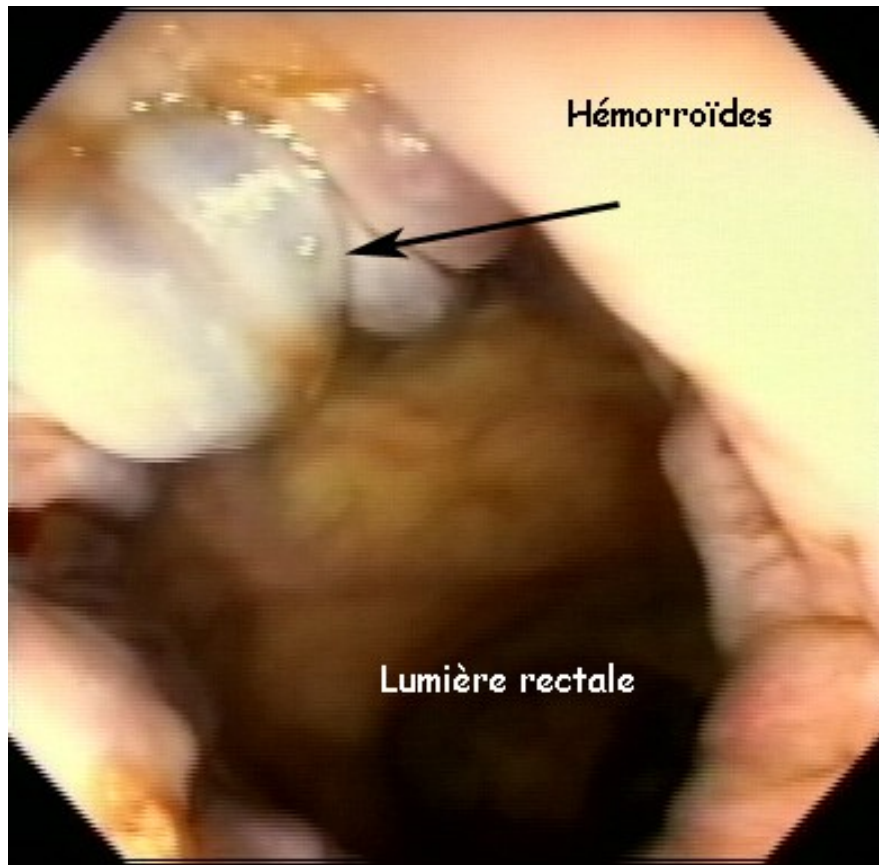
Hémorroïdes internes et externes



Hémorroïdes internes et externes



Hémorroïdes internes et externes



AU TOTAL

L'examen clinique de l'abdomen reste un examen difficile : sa qualité dépend de l'expérience de l'examineur mais aussi de sa motivation.