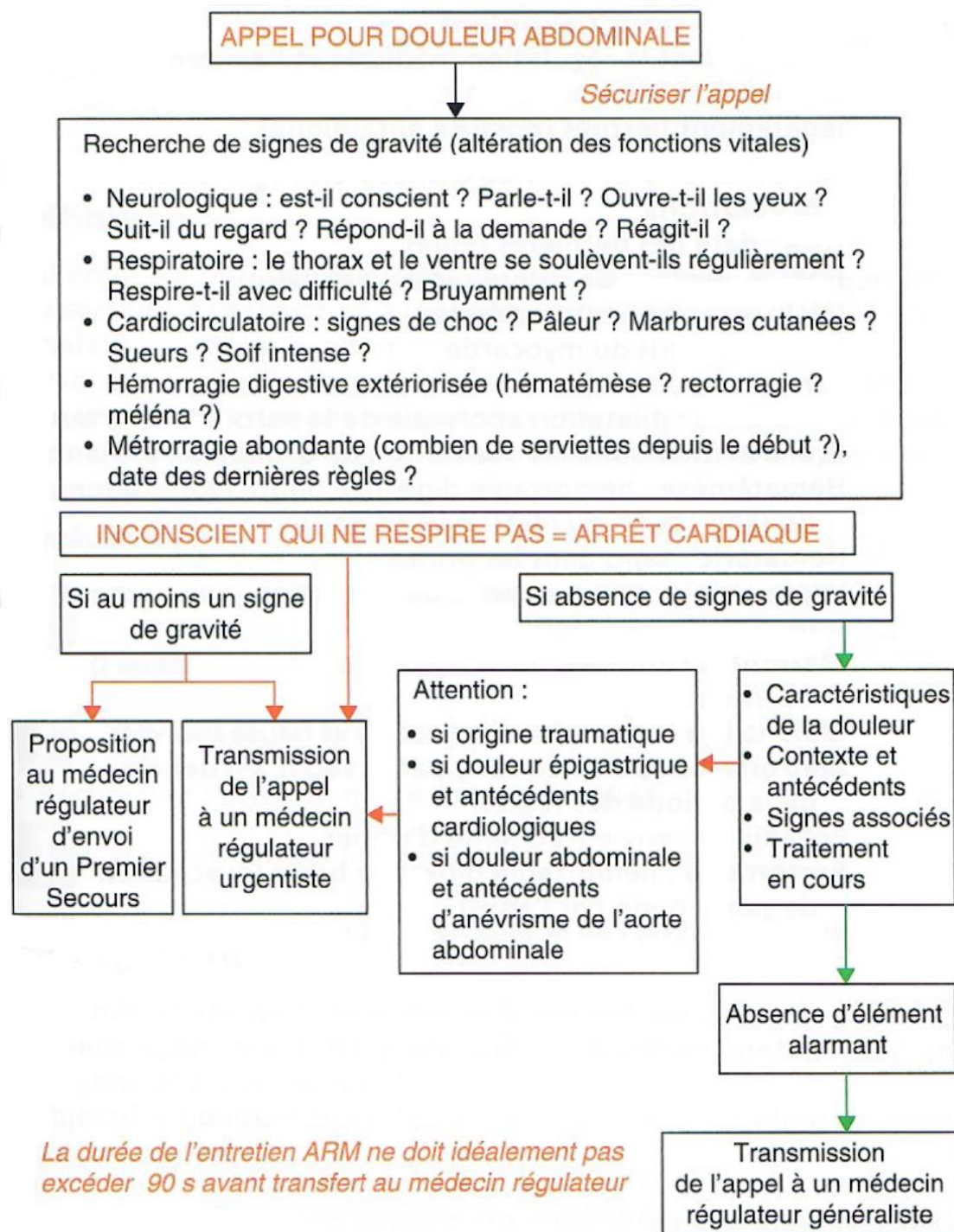




Docteur Richard FERRER



Introduction

- ❑ En régulation, l'essentiel de l'orientation diagnostique repose sur l'Interrogatoire.
- ❑ De manière similaire à un acte médical « classique », l'adhésion du patient est indispensable afin de mener un interrogatoire contributif et pertinent.

Position du problème

- ❑ Le conseil médical, la prescription médicamenteuse téléphonique, le patient laissé sur place sont autant de situations à haut risque médico-légal pour le médecin régulateur.
- ❑ Certains motifs de recours peuvent se révéler être des pièges. L'attention du médecin régulateur y sera particulière afin d'identifier la gravité de la situation dès la régulation initiale.
- ❑ La population française vieillissant, les sujets âgés sont de plus en plus nombreux, ces patients sont plus complexes car ils présentent souvent plusieurs comorbidités.
- ❑ Les douleurs abdominales ont des présentations très variées rendant impossible une description de forme typique.



En régulation, l'essentiel de l'orientation diagnostique repose sur l'interrogatoire

Première étape

On recherche des signes de gravité faisant craindre une détresse vitale, avérée ou potentielle:

- ❑ Des signes de choc :
 - Sueurs, moiteur : « il est moite », « il est en sueurs », « il a des sueurs froides »
 - Cyanose : « il est bleu, il est violet »
 - Pâleur intense : « il est tout pâle »
 - La position, par ordre de gravité:
 - « il ne tient plus en place »
 - debout à la fenêtre
 - assis dans le lit jambes pendantes
 - assis penché en avant
 - couché (soit la détresse respiratoire n'existe pas, soit elle est très grave).

- ❑ Recherche d'une hémorragie extériorisée, notion d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Deuxième étape: analyse sémiologique de la douleur

Interrogatoire - Il devra relever:

- ❑ Les principales caractéristiques sémiologique de la douleur telles que son siège, son irradiation, son mode de début, son type, son intensité, ses facteurs déclenchant, de soulagement, son évolution au cours du temps,
- ❑ les signes associés digestifs (nausée, diarrhée, vomissements, gaz),
- ❑ les signes associés urologiques (signes fonctionnelles urinaires irritatifs, obstructifs),
- ❑ les signes associés gynécologiques (leucorrhées, métrorragies, date des dernières menstruations),
- ❑ les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient.

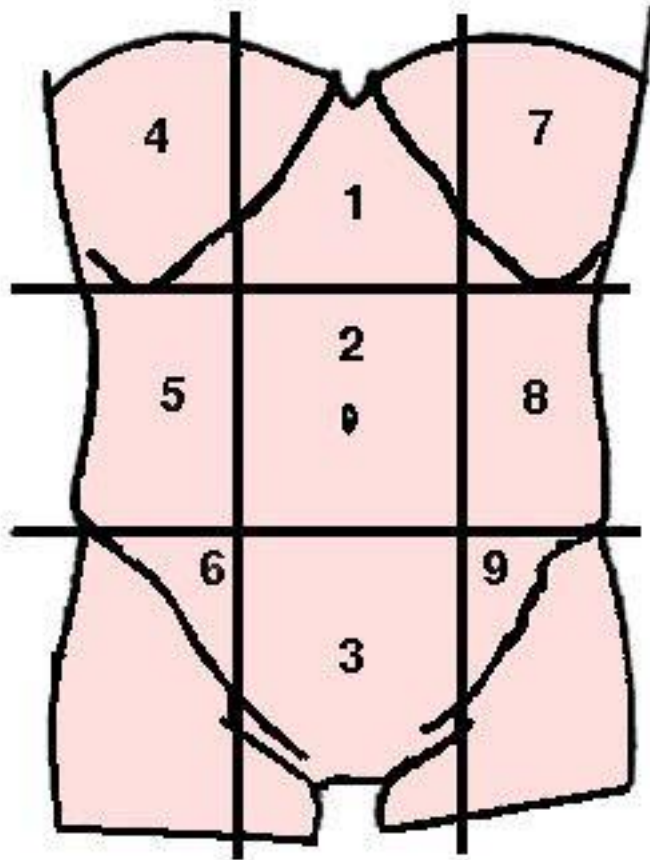


Troisième étape

Analyse sémiologique de la douleur adaptée au patient

- ❑ Prise en compte de l'âge essentielle dans la mesure où un âge élevé est corrélé avec une augmentation de la prévalence des urgences chirurgicales (33 % d'urgences chirurgicales chez le malade de plus de 65 ans vs. 16 % chez malades plus jeunes).
- ❑ Importance du contexte : patient vasculaire (ischémie coronarienne, AVC, hypertension, troubles du rythme) diabétique, cancéreux, antécédents d'entérocolite inflammatoire, d'immunodépression.
- ❑ La prise d'antibiotique, de corticoïdes et d'anticoagulant doit être précisée.

Division de l'abdomen



LES QUADRANTS ABDOMINAUX

- 1 - Région épigastrique
- 2 - Région ombilicale
- 3 - Région hypogastrique
- 4 - Hypochondre droit
- 5 - Flanc droit
- 6 - Fosse iliaque droite
- 7 - Hypochondre gauche
- 8 - Flanc gauche
- 9 - Fosse iliaque gauche

Caractéristiques sémiologique des douleurs abdominales non spécifiques

- ❑ Touche plutôt les femmes - ration 3 pour 1.
- ❑ Médiane 40 ans (entre 25 et 50 ans).
- ❑ Pas de signe clinique spécifique, mais présence d'une douleur abdominale diffuse, pas de signes fonctionnels digestifs (pas de vomissements), urinaires ou gynécologiques.
- ❑ Installation progressive de la douleur.

Causes chez les patients de plus de 65 ans

- ❑ Cholécystite, 1^{ère} cause chirurgicale:
 - Douleur hypochondre droit dans 70% des cas.
 - Douleur épigastrique dans 20%.
 - Nausées dans 60% et vomissements moins de 30% des cas.

- ❑ Occlusion intestinale, 2^{ème} cause chirurgicale:
 - Pas de vomissements dans 50% des cas, mais une diarrhée.

- ❑ Anévrisme de l'aorte abdominale:
 - Peu mimer une colique néphrétique.

Cas clinique

Vous recevez un appel à 10 heures du matin d'une patiente de 30 ans pour une douleur abdominale aiguë.

Quelles sont les questions que vous lui posez ?

Cas clinique

Vous recevez un appel à 10 heures du matin d'une patiente de 30 ans pour une douleur abdominale aiguë.

Installation brutale dans la nuit vers 5 heures du matin d'une douleur sous ombilicale.

Cette douleur associée à des nausées mais pas de vomissements.

Cette douleur est estimée à 10/10.

Pas de leucorrhées.

Pas de métrorragies.

Pas de signes urinaires

Pas de troubles du transit intestinal .

Pas de contraception, rapports sexuels protégés par des préservatifs

Antécédent

- Colique néphrétique droite

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Elle vous a écouté et prise en charge aux urgences.

Voici son bilan biologique:

Globules blancs $14.7 \times 10^9/l$

Protéine C-Réactive 8.0 mg/l <5.0

Bandelette urinaire : Leucocytes :0

Nitrites : 0 Hématies : 0

Bêta HCG négatives

Antécédent

- Colique néphrétique droite

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Appendicite aiguë



Cas clinique





Les points essentiels de la
démarche diagnostique des
douleurs abdominales
aiguës

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

- Anévrysme de l'aorte abdominale.
- Ischémie mésentérique.
- Perforations du tube digestif.
- Pathologie extra-abdominale.

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

- Anévrysme de l'aorte abdominale.
- Ischémie mésentérique.
- Perforations du tube digestif.
- Pathologie extra-abdominale.

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Rupture/fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale

Tableau clinique

- Douleur abdominale ou dorso-lombaire, brutale, +/- diffuse, +/- associée à des signes péritonéaux.
- Hypotension non constante.
- Dans les stades initiaux de la maladie (sans nécrose intestinale), douleur intense, qui peut s'accompagner d'un cortège vagal et d'une agitation, contraste avec un examen physique abdominal non inquiétant : abdomen souple, sans défense ni contracture.



Rupture/fissuration d'un anévrisme de l'aorte abdominale

Diagnostic clinique

- ❑ Diagnostic évoqué de principe chez tous les sujets > 65 ans présentant une douleur abdominale aiguë (prévalence AAA = 5% dans la population générale).
- ❑ Dans 90% des cas concerne un homme âgé, fumeur et hypertendu (1).

Ischémie mésentérique aiguë

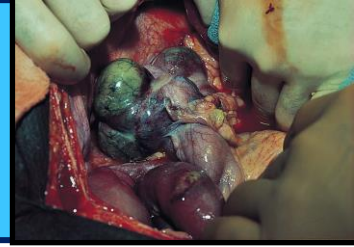


Tableau clinique

- ❑ Syndrome douloureux abdominal intense avec à un stade plus avancé, signes péritonéaux (défense, puis contracture), sang dans les selles, fièvre voire hypothermie, signes d'hypovolémie avec évolution vers un choc de type septique.

Epidémiologie

- ❑ La présence d'une arythmie ou d'antécédents d'arythmie, d'une pathologie valvulaire cardiaque, d'un infarctus ou d'un AVC récent, voire d'embolies dans d'autres territoires, pourra orienter vers un mécanisme embolique.
- ❑ Les antécédents de douleurs abdominales postprandiales avec amaigrissement et diarrhées (signes d'ischémie chronique) évoquent une origine thrombotique.

Perforation du tube digestif

- ❑ Elle représente la troisième cause de décès chez les personnes âgées présentant des douleurs abdominales.
- ❑ La principale étiologie retrouvée est l'ulcère gastro-duodéal.
- ❑ Les perforations d'origine néoplasique sont fréquentes au niveau du colon.
- ❑ Les présentations atypiques fréquentes conduisent à un retard diagnostic et thérapeutique d'où la mauvaise tolérance avec dégradation hémodynamique et surmortalité.

Imagerie

- ❑ Scanner: permet de prouver la perforation (épanchement aérique dans le péritoine ou le rétropéritoine) et permet parfois de trouver le site de la perforation (dans 40% des cas).

Cas clinique

Vous recevez l'appel de l'épouse d'un homme de 67 ans, qui se plaint d'une douleur épigastrique associée à des vomissements. La symptomatologie a débuté brutalement il y a 2 heures.

« Mon mari est tout pâle et en sueurs » vous dit-elle, « il est pas bien »

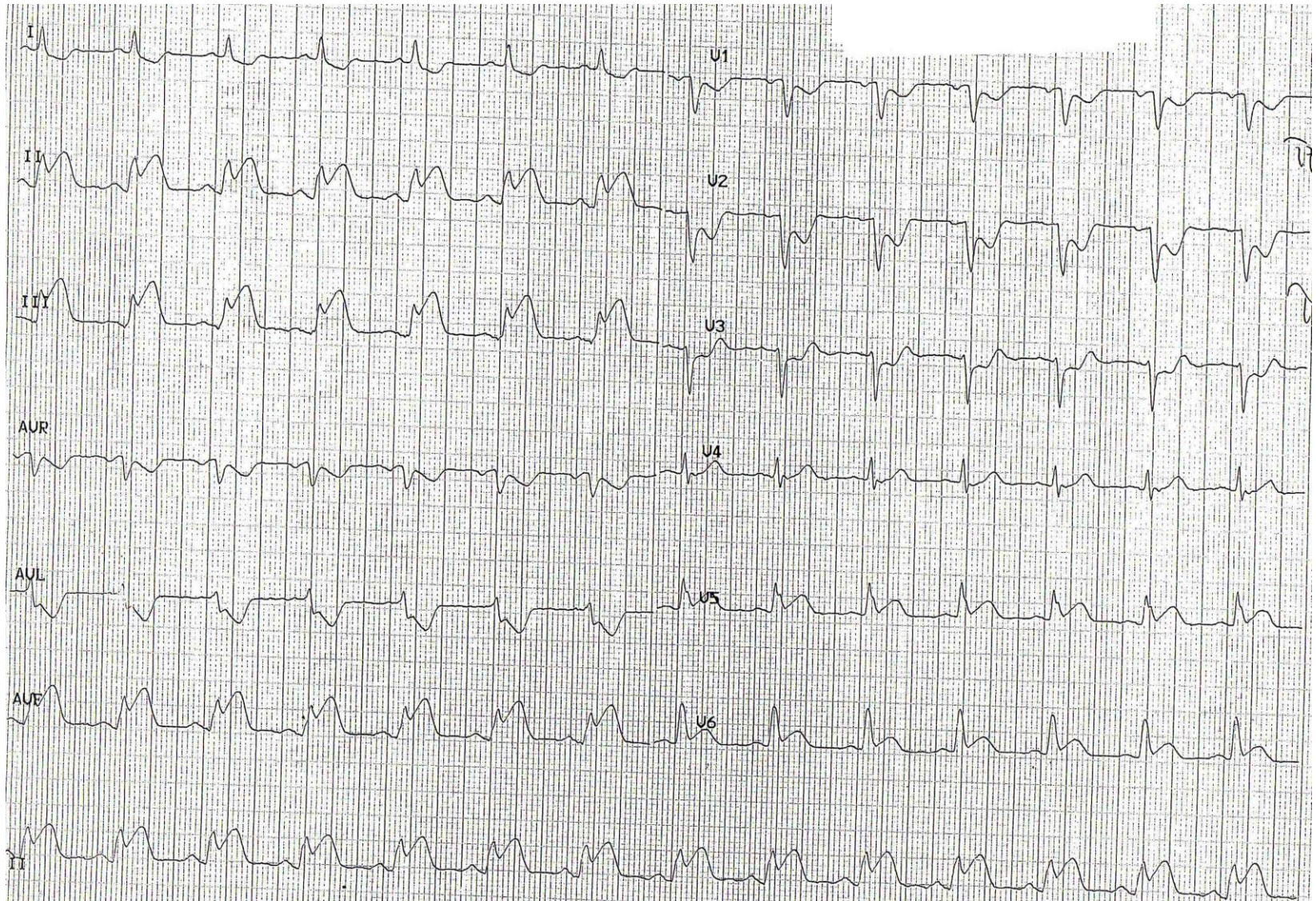
Antécédent

- Hypertension artérielle
- IDM stenté
- Insuffisance rénale sur néphroangiosclérose greffée avec fonction rénale post-greffe normale
- Appendicectomie
- Dyslipidémie

Traitement

- DETENSIEL 10 mg
- AMLOR 5
- KENZEN 16
- KARDEGIC
- CELLCEPT 500 –
- CYCLOSPORINE 50/25

Un électrocardiogramme est réalisé



Cas clinique

Un patient âgé de 67 ans vous consulte pour une douleur épigastrique associée à des vomissements. La symptomatologie a débuté brutalement il y a 2 heures.

Biologie

Troponine I: 0.03 ng/ml

Taux < 0.04 ng/ml : absence de nécrose myocardique.

ASAT (GOT) 15.0 UI/l (<35)

ALAT (GPT) 12.0 UI/l (<45)

Créatine kinase (CK) 118.0 UI/l (<171)

Créatine kinase (fraction MB) 10.8 UI/l (2-14)

Lactate déshydrogénase (LDH) 166.0 UI/l (98-248)

Créatinine 99.0 µmol/l 62-106

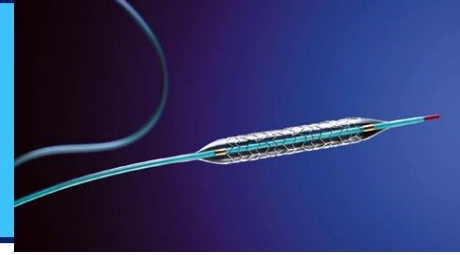
Antécédent

- Hypertension artérielle
- IDM stenté
- Insuffisance rénale sur néphroangiosclérose greffée avec fonction rénale post-greffe normale
- Appendicectomie
- Dyslipidémie

Traitement

- DETENSIEL 10 mg
- AMLOR 5
- KENZEN 16
- KARDEGIC
- CELLCEPT 500 –
- CYCLOSPORINE 50/25

Cas clinique



1ère coronarographie

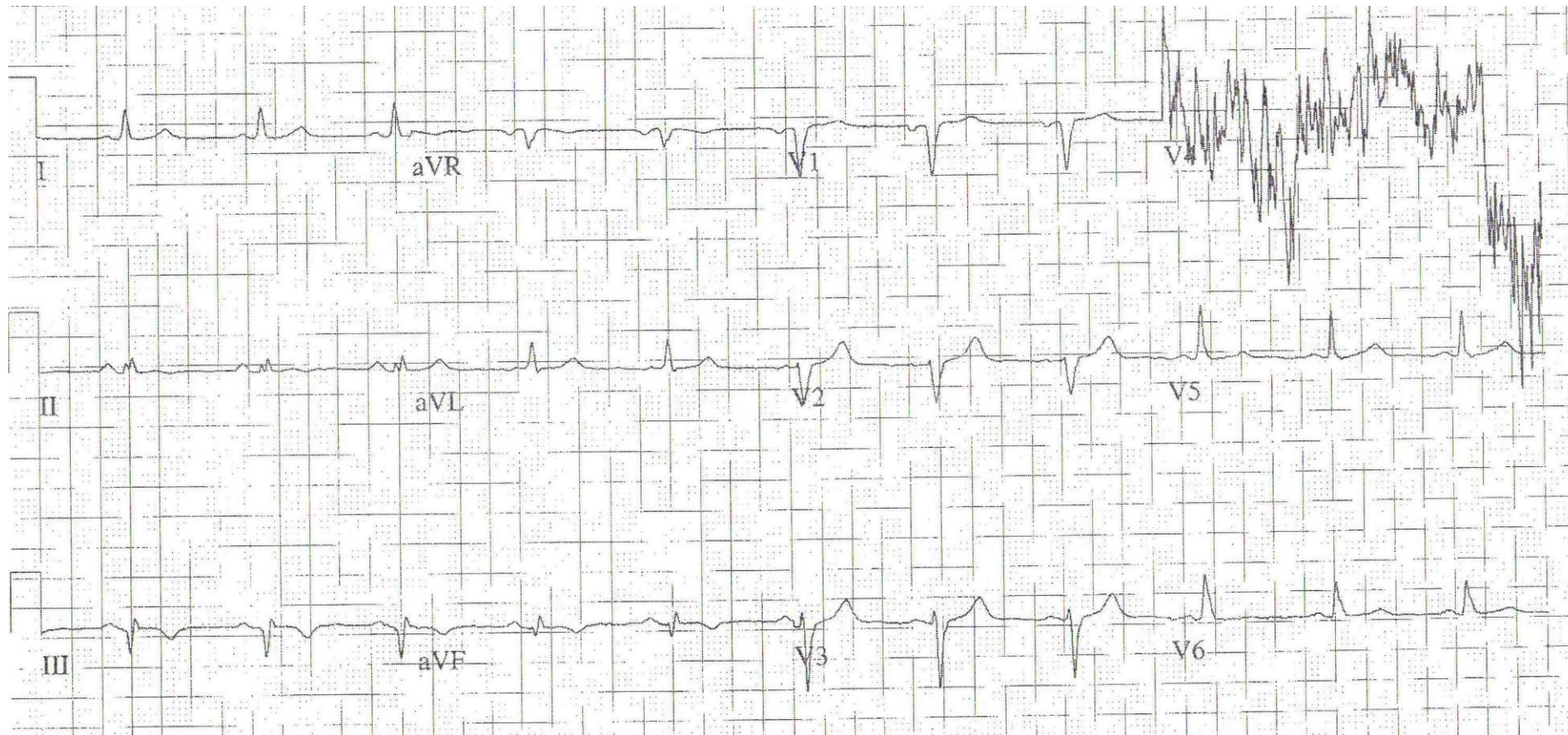
Cas clinique

2ème coronarographie



Cas clinique

ECG 12 heures après l'admission



Pathologies extra-abdominales



- ❑ Le **syndrome coronarien aigu** peut rapidement conduire à un décès en l'absence de diagnostic et de stratégie de reperfusion précoce.
- ❑ La symptomatologie peut s'accompagner de façon trompeuse d'autres signes digestifs (nausées, vomissements) ou généraux (tendance lipothymique) qui résultent de la stimulation vagale locale.
- ❑ La réalisation d'un électrocardiogramme doit être systématique chez une personne âgée, qui, de surcroît, présente des facteurs de risque.

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

- Anévrisme de l'aorte abdominale.
- Ischémie mésentérique.
- Perforations du tube digestif.
- Pathologie extra-abdominale.

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Les femmes en âge de procréer

- ❑ **La grossesse extra-utérine** est l'urgence vitale par excellence de la femme en âge de procréer.
- ❑ L'interrogatoire est primordial pour évoquer le diagnostic. Recherche de facteurs de risque : ATCD de grossesse ectopique, d'infection sexuellement transmissible ou infection gynécologique, tabagisme, dispositif intra-utérin, contraception progestative, insémination.
- ❑ Il ne faut pas se reposer sur la date des dernières règles, l'utilisation d'une contraception ou une ligature de trompes pour exclure le diagnostic.
- ❑ De même, les patientes qui déclarent ne pas avoir de rapports sexuels peuvent être enceintes.
- ❑ Un dosage de béta-HCG et une échographie pelvienne doivent être réalisés.

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

- Anévrisme de l'aorte abdominale.
- Ischémie mésentérique.
- Perforations du tube digestif.
- Pathologie extra-abdominale.

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Cas clinique

Vous recevez l'appel d'un homme de 61 ans, « j'ai mal au ventre, je n'en peux plus »,
« j'ai mal dans tout le ventre ».

« La douleur a commencé doucement à gauche, maintenant elle de partout ».

« J'ai fait des gaz aujourd'hui »..

Pas de selles aujourd'hui, dernières selles il y a 24 heures.

EN 8/10

Patient atteint d'un cancer du poumon.

Antécédent

- Adénocarcinome bronchique traité par chimiothérapie.
- Tabagisme
- Intoxication alcoolique
- Pancréatite aiguë d'origine biliaire, traitée par la mise en place d'une prothèse biliaire

Traitement

- Dernière cure de chimiothérapie il y a 15 jours

Cas clinique

Patient âgé de 61 ans vous consulte pour une douleur abdominale diffuse.
Début des symptômes par une douleur de l'hypochondre gauche, installation progressive de la douleur, puis diffusant à tout l'abdomen.

Gaz présents ce jour

Pas de selles aujourd'hui, dernières selles il y a 24 heures

Douleur intense.

Patient atteint d'un adénocarcinome bronchique avec carcinose pleurale.

Globules blancs $19.7 \times 10^9/l$

Débit filtration glomérulaire
(CKD-EPI) $40 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

Lipase sérique $146 \text{ U/l} < 60$

Gamma glutamyl transférase $420 \text{ UI/l} < 71$

Protéine C-Réactive $40.2 \text{ mg/l} < 5.0$

Antécédent

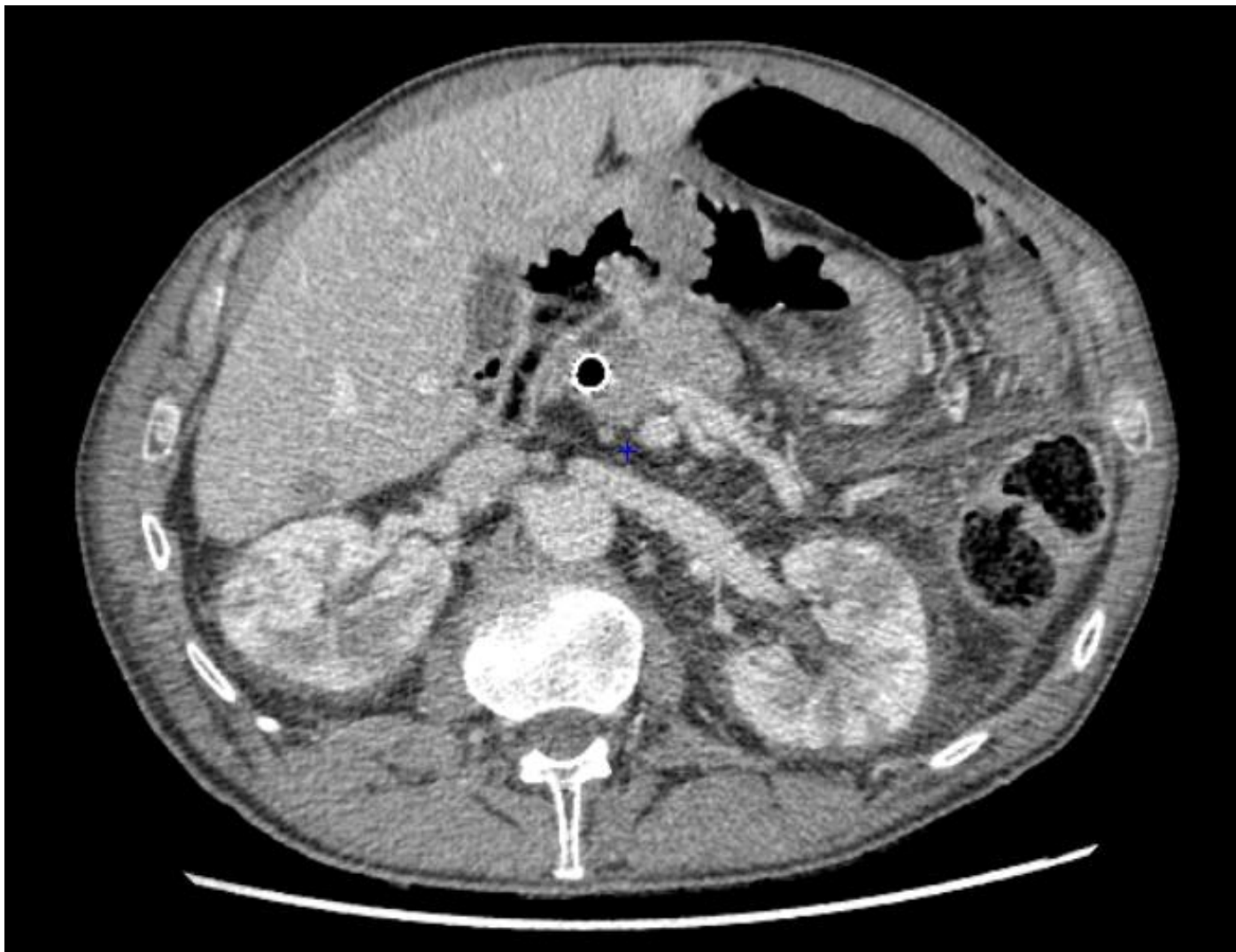
- Adénocarcinome bronchique traité par chimiothérapie.
- Tabagisme
- Intoxication alcoolique
- Pancréatite aiguë d'origine biliaire, traitée par la mise en place d'une prothèse biliaire

Traitement

- Dernière cure de chimiothérapie il y a 15 jours

Cas clinique

Péritonite



Les patients immunodéprimés

- ❑ Concerne: syndrome d'immunodéficience acquise, patient sous-chimiothérapie et patients greffés.
- ❑ Pathologies digestives d'origine infectieuses plus sévères.
- ❑ Evolution fréquente vers une perforation digestive et un état de choc.
- ❑ Les patients porteurs d'une néoplasie abdominale sont plus enclins à présenter des syndromes occlusifs et des perforations digestives dont l'évolution est rapidement défavorable.
- ❑ Les patients porteurs du VIH les traitements antirétroviraux peuvent induire des pancréatites fulminantes.

Quadrant supérieur droit

Douleurs pleurales/diaphragmatiques:
pneumonie
(pleurésie d'accompagnement),
pneumothorax, etc.

Radiculite, zona
Douleur costale

Douleur biliaire
Cholécystite/cholangite

Douleur hépatique capsulaire:
insuffisance cardiaque droite, hépatite,
abcès hépatique, hépatome,
métastases, Budd-Chiari, périhépatite
de Fitz-Hugh-Curtis

Rein: pyélonéphrite, stase, lithiase,
infarcissement

Côlon ascendant/angle hépat.:
colite, tumeur, diverticulite droite,
appendicite rétrograde, (fonctionnelle)

Epigastre/milieu

Etiologies cardiaques: ischémie/
infarctus du myocarde inférieur,
péricardite

Œsophage: peptique, infections
(VHS, etc.), médicaments

Dyspepsie

Estomac: peptique, tumeur, trouble
de la vidange gastrique

Toutes étiologies biliaires de douleurs!

Pancréatite, tumeurs pancréatiques

Ischémies: dissections, anévrisme de
l'aorte abdominale, angor abdominal

Paroi: hernies, phénomènes
de compression nerveuse

Quadrant supérieur gauche

**Douleurs pleurales/
diaphragmatiques:** comme à
droite

Radiculite: comme à droite

Estomac: comme au milieu

Rate: infarcissement,
traumatisme

Pathologies de la queue du
pancréas

Rein: comme à droite

**Côlon descendant/angle
splénique:**
Comme à droite et ici
particulièrement fréquente:
colite ischémique segmentaire

Tableau douloureux abdominal
haut

Le reflux gastro-oesophagien



- ❑ La plainte typique est le pyrosis: défini comme une brûlure à point de départ épigastrique remontant ensuite derrière le sternum et/ou des régurgitations acides. Symptomatologie est encore plus évocatrice quand elle est posturale (déclenchement ou aggravation des symptômes par le décubitus ou l'antéflexion) et/ou survient après les repas.
- ❑ Le diagnostic de RGO peut s'envisager aussi devant des symptômes digestifs moins spécifiques : une douleur épigastrique, une brûlure œsophagienne non ascendante, des éructations, ou même une dysphagie.
- ❑ Le RGO reste la cause possible:
 - De manifestations ORL: enrouement, paresthésies ou brûlures pharyngées, laryngite aiguë ou chronique.
 - D'une toux chronique ou postprandiale, ou un asthme, notamment nocturne, difficile à équilibrer.
 - De douleurs thoraciques constrictives, d'allure angineuse avec un bilan cardiologique exhaustif négatif.
 - D'un sommeil de mauvaise qualité, non réparateur, par succession de microréveils nocturnes.

RGO: traitement par IPP

- ❑ Traitement de première intention repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à demi-dose au départ.

- ❑ Si échec traitement par IPP:
 - double dose (1 dose le matin et 1 dose le soir).
 - Vérifier l'observance du traitement.
 - Prendre l'IPP 30 à 60 minutes avant le repas.

RGO: les autres traitements

- ❑ Règles hygièno-diététiques : éviter les repas gras, les boissons gazeuses, l'alcool, perte de poids, surélévation de la tête du lit et éviter le décubitus dorsal de façon trop précoce après un repas (attendre 1h30 à 2h00).
- ❑ Si échec traitement par IPP:
 - Les alginates.
 - ESOXX ONE Gel buvable: association d'acide hyaluronique et de sulfate de chondroïtine qui protège la muqueuse gastro-œsophagienne.
 - Les anti-H2 agissent plus sur l'acidité nocturne.
 - Le Baclofène: diminue la relaxation du SIO.
 - Reflux bilieux: colestyramine.
 - Éviter les benzodiazépines (relâchement du SIO), les tricycliques.

Dyspepsie fonctionnelle

- ❑ Souvent appelée à tort « gastrite ».
- ❑ La dyspepsie est un syndrome englobant symptômes qui trouveraient leur origine dans la partie supérieure du tube digestif, à savoir l'estomac et l'intestin grêle.
- ❑ La dyspepsie se définit par une douleur ou un inconfort chronique centré sur l'épigastre.
- ❑ Les symptômes comprennent les brûlures épigastriques, la satiété précoce (définie par l'impossibilité de finir un repas de taille normale), la pesanteur épigastrique post-prandiale, le ballonnement, la plénitude épigastrique, les nausées, les éructations, plus rarement les vomissements.
- ❑ Le diagnostic clinique de la dyspepsie fonctionnelle repose sur les critères de Rome IV.

Dyspepsie fonctionnelle: critères de Rome IV



- **B. Maladies fonctionnelles gastroduodénales**
 - B1. Dyspepsie fonctionnelle:
 - B1a. syndrome de souffrance postprandiale
 - B1b. syndrome de douleurs épigastriques
 - B2. Troubles des éructations:
 - B2a. éructations supragastriques excessives (de l'œsophage)
 - B2b. éructations gastriques excessives (de l'estomac)
 - B3. Troubles nausées et vomissements:
 - B3a. Syndrome de nausées et vomissements chroniques
 - B3b. syndrome des vomissements cycliques
 - B3c. syndrome d'hyperémèse cannabinoïde
 - B4. Syndrome de rumination

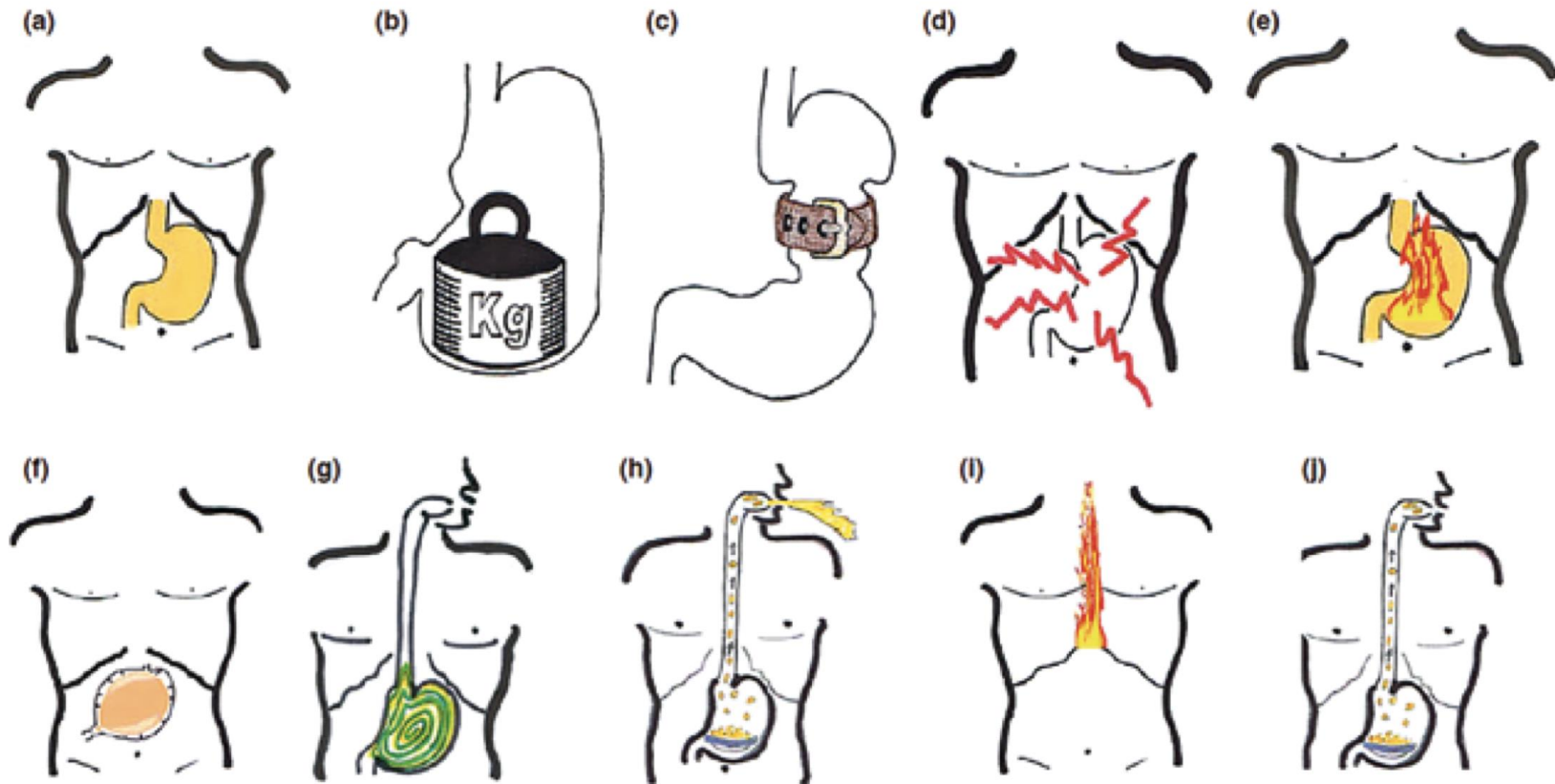
Dyspepsie fonctionnelle: critères de Rome IV

- ❑ La classification de Rome IV distingue 2 grands syndromes :
 - le syndrome de douleur épigastrique: douleurs et des brûlures épigastriques, fréquemment induites ou soulagées par les repas.
 - le syndrome de souffrance postprandiale : où prédomine la satiété précoce (impossibilité de terminer un repas) et la sensation de plénitude gastrique.

- ❑ Les causes ou facteurs déclenchants possibles sont multiples et rejoignent ceux identifiés pour le syndrome de l'intestin irritable (souvent associé à la dyspepsie) : anomalies de la sensibilité et des contrôles réflexes des fonctions digestives, inflammation de bas grade, infections gastro-intestinales, facteurs génétiques, dysautonomie, troubles psychologiques.

Dyspepsie fonctionnelle

L'évaluation symptomatique peut être améliorée par l'utilisation d'un auto-questionnaire avec pictogrammes.



Pictogrammes indiquant a) la localisation de l'estomac, b) la pesanteur post-prandiale, c) la satiété précoce, d) la douleur, e) la brûlure épigastrique, f) le ballonnement épigastrique, g) la nausée, h) le vomissement, i) la brûlure d'estomac et j) la régurgitation

Dyspepsie fonctionnelle: un cadre physiopathologique hétérogène

- ❑ Les anomalies suivantes ont été identifiées associées à la dyspepsie : vidange gastrique des solides ralentie, vidange gastrique des liquides accélérée, défaut d'accommodation fundique, hypersensibilité viscérale (hypersensibilité gastrique à la distension, hypersensibilité duodénale aux nutriments, à l'acide...), inflammation duodénale de bas grade (polynucléaires éosinophiles et mastocytes). La distension abdominale post-prandiale peut-être la conséquence d'un réflexe viscéro-somatique anormal avec un abaissement paradoxale du diaphragme et une relaxation de la paroi abdominale.
- ❑ Certains symptômes seraient plus spécifiquement associés à une anomalie :
 - satiété précoce et défaut de relaxation gastrique,
 - nausées et hypersensibilité duodénale à l'acide,
 - vomissements et retard de vidange gastrique des solides.
- ❑ Lorsque le pyrosis ou les régurgitations sont prédominants, le diagnostic de RGO est le plus vraisemblable.

Dyspepsie fonctionnelle: un défi clinique...

- ❑ Par définition, la dyspepsie est définie par l'absence de lésion repérable par un examen endoscopique.
- ❑ En cas de dyspepsie après 50 ans, ou de signe d'alarme, une endoscopie digestive haute (fibroscopie/endoscopie œso-gastro-duodénale) est nécessaire.
- ❑ Même si le rôle de la bactérie *Helicobacter pylori* est marginal, il est recommandé de rechercher cette infection de façon systématique.
- ❑ Un bilan biologique simple élimine l'éventualité d'un diabète, car certaines dyspepsies sont secondaires à un diabète. La « gastroparésie » diabétique ralentit la vidange de l'estomac du fait de l'atteinte des nerfs à cause d'un diabète mal équilibré sur le long terme.

Dyspepsie fonctionnelle: traitement

- ❑ Rassurer et informer le patient sur la bénignité de ses symptômes.
- ❑ Pas de régime spécifique, mais les aliments identifiés comme facteur déclenchant des symptômes par le patient peuvent être exclus, en évaluant la réponse. Les aliments gras sont déconseillés (ralentissent la vidange gastrique); selon les cas, on peut essayer une éviction temporaire des aliments acides (hypersensibilité duodénale), épicés (hypersensibilité viscérale), hypercaloriques ou riches en fibres.
- ❑ Les IPP sont efficaces pour son traitement, indépendamment de la dose et de la durée du traitement par rapport à un placebo.

Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Hassan A, Bercik P, Moayyedi P- Proton pump inhibitors for functional dyspepsia -
Cochrane Database of Systematic Reviews - 2017



- ❑ Éradication d'*Helicobacter pylori* (HP) si positif.
- ❑ En cas d'échec du traitement anti-HP (persistance des symptômes malgré éradication d'HP), ou d'efficacité insuffisante des IPP, on peut augmenter la dose d'IPP (1 cp matin et soir avant les repas), en évaluant la réponse.

Dyspepsie fonctionnelle: les autres traitements

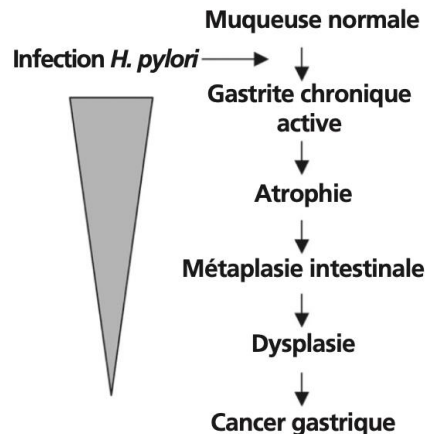
- ❑ Prokinétiques pour stimuler l'activité motrice gastrique : domperidone (possibilité d'allongement de l'espace QT), érythromycine à faible dose en cas de gastroparésie avérée et de vomissements prédominants, (possibilité d'allongement de l'espace QT, hors AMM) ;
- ❑ Siméticone (diminution de la tension gazeuse intra-digestive): METEOSPAMYL[®], METEOXANE[®], CARBOSYLANE[®],...
- ❑ Médicaments qui augmentent l'accommodation gastrique : buspirone (hors AMM).
- ❑ Anxiolytiques et antidépresseurs (effet sur les comorbidités psychologiques, et/ou sur l'hypersensibilité viscérale).
- ❑ Hypnose, psychothérapie et thérapies comportementales.
- ❑ Médicaments qui ralentissent la vidange gastrique : amitryptiline (LAROXYL[®]) (également effet sur l'hypersensibilité viscérale, hors AMM).

Gastrite

- ❑ La définition de la gastrite est histologique : atteinte inflammatoire aiguë ou chronique de la muqueuse de l'estomac.
- ❑ Absence de corrélation entre atteinte histologique et symptomatologie fonctionnelle ou aspect endoscopique. Il est inapproprié de parler de gastrite pour décrire des symptômes ou un aspect endoscopique.
- ❑ Les principales étiologies sont : les gastrites liées à *H. pylori*, auto-immunes, à éosinophiles, lymphocytaire, collagène et infectieuses autres que *H. pylori*.

Gastrite chronique à *Hélicobacter pylori*

- ❑ Très fréquente: concerne 20 à 50 % de la population adulte en France.
- ❑ En l'absence de lésion ulcéreuse ou tumorale associée, la gastrite chronique à *H. pylori* est asymptomatique ou révélée par des troubles dyspeptiques le plus souvent, sans relation avec l'infection gastrique.
- ❑ Après contamination oro-orale ou féco-orale le plus souvent au cours de l'enfance, l'infection se traduit d'abord par une gastrite aiguë qui évolue ensuite vers la chronicité dans la majorité des cas.



Maladie ulcéreuse



- ❑ Douleurs présentes dans un tiers des cas : crampes épigastriques succédant au repas après un intervalle libre (rythmées), calmées par les aliments ou les antiacides, et se répétant quotidiennement pendant quelques jours ou quelques semaines (périodiques).
- ❑ Douleurs de type (brûlure, distension), de siège (hypochondres, dos), d'horaires différents, ou dénuées de périodicité sont aussi fréquentes.
- ❑ Les douleurs peuvent totalement manquer, notamment chez les personnes âgées ou après prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- ❑ Complications: hémorragie, perforation et sténose.
- ❑ Sténoses compliquent les ulcères pyloriques et bulbaires et se traduisent par des douleurs tardives, calmées par des vomissements.
- ❑ **Endoscopie:** examen de choix, elle est impérative en cas de symptômes récents, d'altération générale, d'anémie, d'âge supérieur à 50 ans. Elle doit garder des indications larges.

Cancer de l'estomac



- ❑ Les signes d'appel sont peu spécifiques et souvent tardifs, raison pour laquelle devant toute symptomatologie digestive haute, une FOGD doit être réalisée, c'est-à-dire en cas :
 - de syndrome ulcéreux ou syndrome dyspeptique, douleur épigastrique ;
 - de syndrome obstructif si le cancer est situé au niveau des orifices (dysphagie pour le cardia et vomissements pour le pylore) ;
 - d'altération de l'état général, anorexie, amaigrissement, asthénie ;
 - d'hémorragie digestive occulte (anémie microcytaire ferriprive) ou extériorisée (hématémèse ou méléna) ;
 - de péritonite par perforation ;
 - de métastase révélatrice : hépatique, ganglionnaire (Troisier), ovarienne (tumeur de Krukenberg), carcinose péritonéale (ascite, nodule du cul-de-sac de Douglas et syndrome subocclusif) ;
 - de syndrome paranéoplasique : phlébite, fièvre, acanthosis nigricans (zones de peau sombres et épaisses).

- ❑ Selon sa localisation, il peut également rester longtemps asymptomatique.

- ❑ Le diagnostic repose sur la réalisation d'une endoscopie digestive haute.

Cas clinique

Vous recevez l'appel d'une patiente âgée de 62 ans pour douleur abdominale. Les symptômes ont débuté il y a 3 jours en pleine nuit réveillant la patiente par une douleur « en haut à droite du ventre », puis « au niveau de l'estomac ».
« J'ai des nausées depuis 3 jours, j'ai pas fais de selles, j'ai des gaz ».

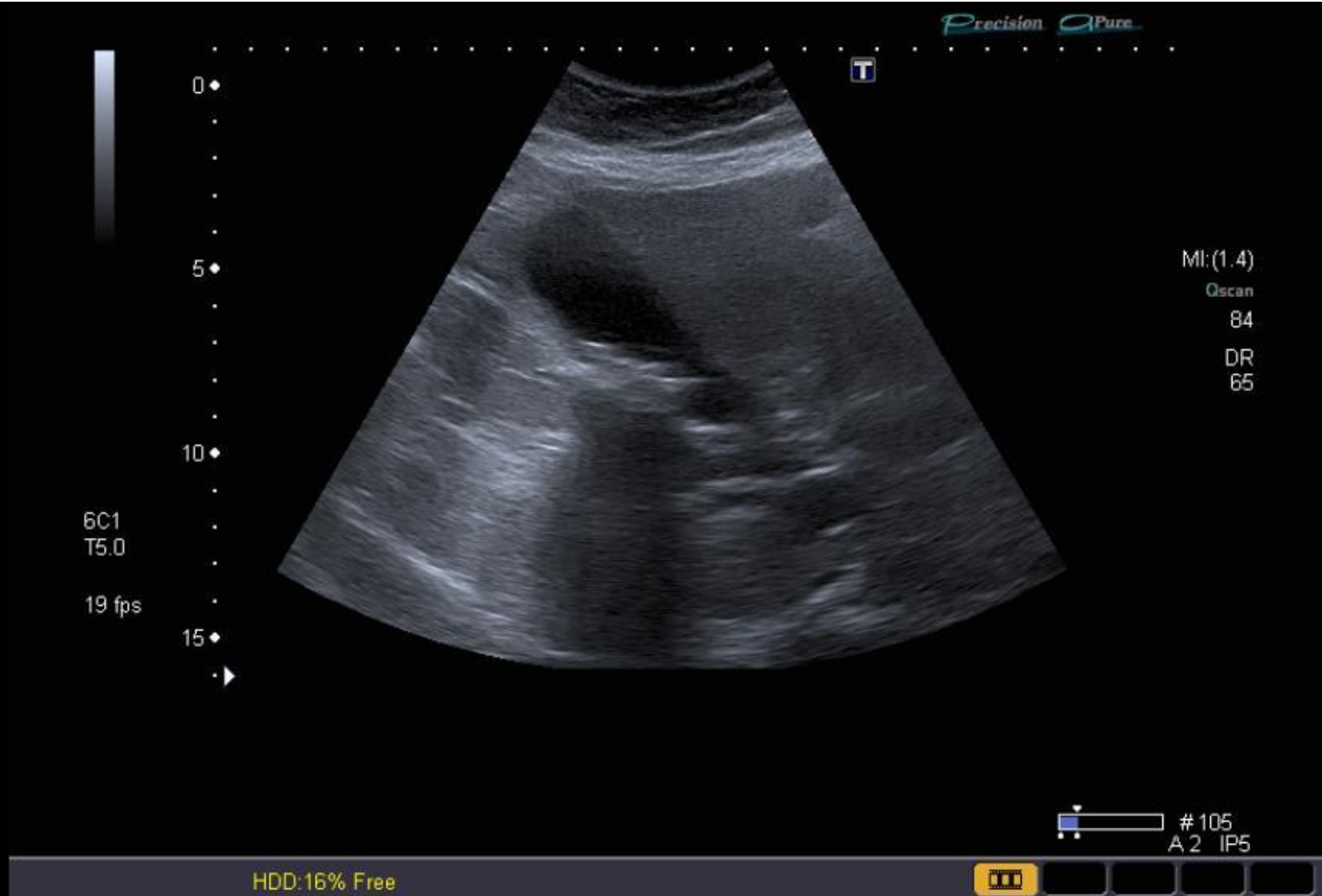
Antécédent

- Diabète de type 2
- Obésité
- GEU
- Appendicectomie
- Cure chirurgicale éventration
- Thyroïdectomie

Traitement

- LEVOTHYROX
- INEXIUM
- KERLONE
- NISISCO
- Insuline LANTUS
- KARDEGIC 160
- NOVORAPID

Question 4: une échographie est réalisée dont voici une image.



Colique hépatique: épidémiologie



- ❑ La fréquence de la lithiase vésiculaire dans les pays occidentaux est d'environ 20 %. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 60 % après 80 ans.
- ❑ Près de 80 % des sujets ayant un calcul vésiculaire n'ont jamais de symptôme. Réciproquement, un calcul vésiculaire se complique dans 20 % des cas.
- ❑ On peut donc estimer que 2 à 4 % des Français sont susceptibles de développer au moins une complication nécessitant une exploration de la voie biliaire principale.
- ❑ Les facteurs favorisants sont principalement l'âge, le sexe féminin, le surpoids (et les variations importantes de poids), la multiparité, le jeûne prolongé (ex. : 100 % des malades en nutrition parentérale totale ont une lithiase vésiculaire au bout d'un mois), certaines ethnies (rares en France), l'hypertriglycémie et certains médicaments (hypocholestérolémiant de type fibrate, œstrogènes).

Colique hépatique



- ❑ Le principal signe clinique est la douleur biliaire: douleur d'apparition brutale de l'hypochondre droit ou de l'épigastre (dans près 50 % des cas), avec une irradiation qui peut être en hémi-ceinture droite ou en bretelle.
- ❑ Douleur souvent postprandiale ou nocturne, elle est persistante plusieurs heures et est souvent associée à des nausées et des vomissements.
- ❑ L'examen clinique doit chercher un signe de Murphy, c'est-à-dire une douleur provoquée lors de l'inspiration forcée, par la palpation de l'aire vésiculaire (jonction des arcs costaux et du bord externe droit des grands droits de l'abdomen).
- ❑ Cette douleur peut être absente chez les patients âgés.



Cas clinique

Appel de l'épouse d'un patient de 78 ans pour douleur abdominale.

Cas clinique

Vous prenez en charge à domicile un patient de 78 ans pour une fièvre à 39 °C et des douleurs abdominales. Les troubles évoluent depuis 3 jours, sans amélioration sous amoxicilline prescrit par un confrère.

Sub-ictère

Douleur nette hypochondre droit

TA: 95/60 mmHg

Fréquence cardiaque : 120 /mn

Température : 38°6

Saturation en oxygène : 89 % en air ambiant

Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau de l'hypochondre droit mais sans défense.

Cas clinique

Vous prenez les premières mesures thérapeutiques symptomatiques. Les premiers résultats biologiques sont les suivants : CRP : 107,6 mg/l, Na⁺ : 140 mmol/l, K⁺ : 3,97 mmol/l, Cl⁻ : 102 mmol/l, CO₃H⁻ : 16 mmol/l, protéines : 64 g/l, Ca⁺⁺ : 2,29 mmol/l, glucose : 6,01 mmol/l, urée : 11,7 mmol/l, créatinine : 150 µmol/l, bilirubine totale : 98 µmol/l (N < 21), bilirubine conjuguée : 78 µmol/l (N : 0–4), bilirubine libre : 20 µmol/l (N < 17), ASAT : 416 UI/l (N : 10–50), ALAT : 454 UI/l (N : 10–50), phosphatases alcalines : 398 UI/l (N : 8–61), gamma-GT : 172 UI/l (N < 45), lipase : 33 UI/l (N : 28–100).

Sub-ictère

Douleur nette hypochondre droit

TA: 95/60 mmHg

Fréquence cardiaque : 120 /mn

Température : 38°6

Saturation en oxygène : 89 % en air ambiant

Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau de l'hypochondre droit mais sans défense.

Cholécystite - angiocholite



Cholécystite

inflammation de la paroi vésiculaire
puis d'infection de la vésicule

Angiocholite

Infection aiguë de la voie biliaire
principale

Cholécystite



- ❑ Il s'agit de l'infection aiguë de la vésicule, due à une obstruction du canal cystique par un calcul.
- ❑ Elle se traduit par un syndrome infectieux associé à des douleurs de l'hypochondre droit qui se prolongent au-delà de 24 heures, et des frissons.
- ❑ Il n'y a généralement pas d'ictère puisque la voie biliaire principale n'est généralement pas concernée.
- ❑ L'examen clinique met en évidence une douleur franche de l'hypochondre droit avec parfois des signes d'irritation péritonéale (défense, contracture) évocateurs de cholécystite aiguë grave.

Cholécystite aiguë



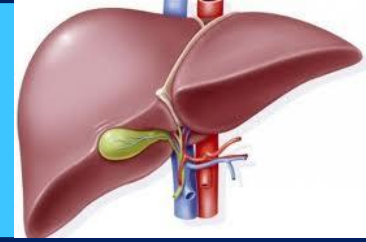
Critères diagnostiques TG18/TG13 (Tokyo Guidelines 2018/2013)

- A. Signes locaux d'inflammation
 - (1) Signe de Murphy - (2) Hypochondre droit: masse/douleur.
- B. Signes systémiques d'inflammation:
 - (1) Fièvre - (2) Elévation de la CRP - (3) Hyperleucocytose.
- C. Imagerie:
 - Elément(s) d'imagerie caractéristique(s) de cholécystite aiguë.

Diagnostic suspect: un critère A + un critère B

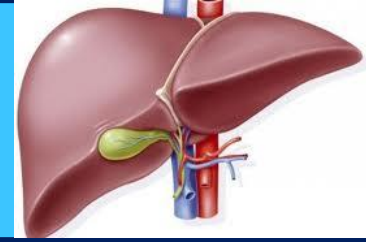
Diagnostic définitif: un critère A + un critère B + C

Angiocholite



- ❑ Il s'agit d'une infection aiguë de la voie biliaire principale, généralement due à l'enclavement d'un calcul au niveau des voies biliaires.
- ❑ Elle se traduit par l'apparition successive de trois signes : douleur biliaire, fièvre élevée et ictère (triade de Charcot).
- ❑ Le syndrome infectieux peut être sévère avec sepsis voire choc septique. Parfois, la lithiase de la voie biliaire principale peut ne se manifester que par l'un de ces trois symptômes isolés (douleur ou ictère ou fièvre) ou l'association de deux de ces symptômes.
- ❑ L'angiocholite peut parfois être due à une sténose de la voie biliaire principale par une tumeur (pancréas, voie biliaire principale), par des adénopathies.

Angiocholite

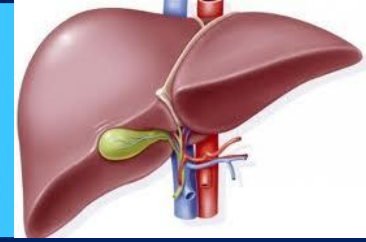


Critères diagnostiques de l'angiocholite



- ❑ Quel est le rôle de la triade de Charcot dans les critères de diagnostic de l'angiocholite?
- ❑ L'angiocholite a longtemps été diagnostiquée sur la base de la triade de Charcot, qui repose sur les signes cliniques, **mais sa sensibilité n'est que de 26,4%** pour une spécificité de 77%.

Angiocholite



Critères diagnostiques TG18/TG13 (Tokyo Guidelines 2018/2013)

❑ A. Signes d'inflammation systémique:

(1) Fièvre et/ou frissons - (2) Syndrome inflammatoire biologique.

❑ B. Cholestase:

(1) Ictère - (2) Cytolyse ou cholestase.

Cholestase = prurit ou un ictère à bilirubine conjuguée + ↑ phosphatases alcalines ; ou ↑ phosphatases alcalines + ↑ GGT .

❑ C. Imagerie:

(1) Dilatation des voies biliaires (2) Preuve d'une étiologie (lithiase, sténose)

Diagnostic suspect: un critère A + un critère B ou C

Sensibilité : 91%

Diagnostic définitif: un critère A + un critère B + C

Spécificité: 77%

Cas clinique

Appel d'un patient de 67 ans

Bonjour Docteur, j'ai mal à l'estomac

Cas clinique

Appel d'un patient de 67 ans

Bonjour Docteur, j'ai mal à l'estomac depuis hier et la douleur va à gauche.

Je vais bien à la selle.

L'interrogatoire vous apprend que le patient a déjà présenté ce type de douleur mais moins intense.

Antécédent

- Intoxication alcoolique chronique
- Appendicectomie

Traitement

- Aucun

Cas clinique: vous avez décidé d'envoyer le patient aux urgences

Patient de 67 ans pour une douleur épigastrique.

Douleur évoluant depuis 24 heures irradiant vers l'hypochondre gauche.

Pas de trouble du transit intestinal.

L'interrogatoire vous apprend que le patient a déjà présenté ce type de douleur mais moins intense.

L'examen clinique révèle la présence d'une légère défense abdominale localisée à l'épigastre.

Tension artérielle : 150/70 mmHg

Fréquence cardiaque : 86 /mn

Température : 37°7

EN : 8

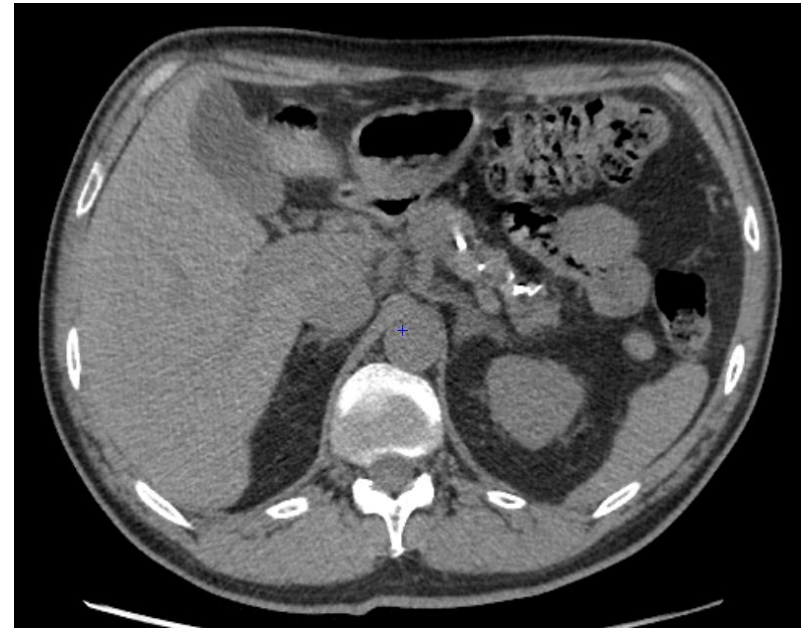
Antécédent

- Intoxication alcoolique chronique
- Appendicectomie

Traitement

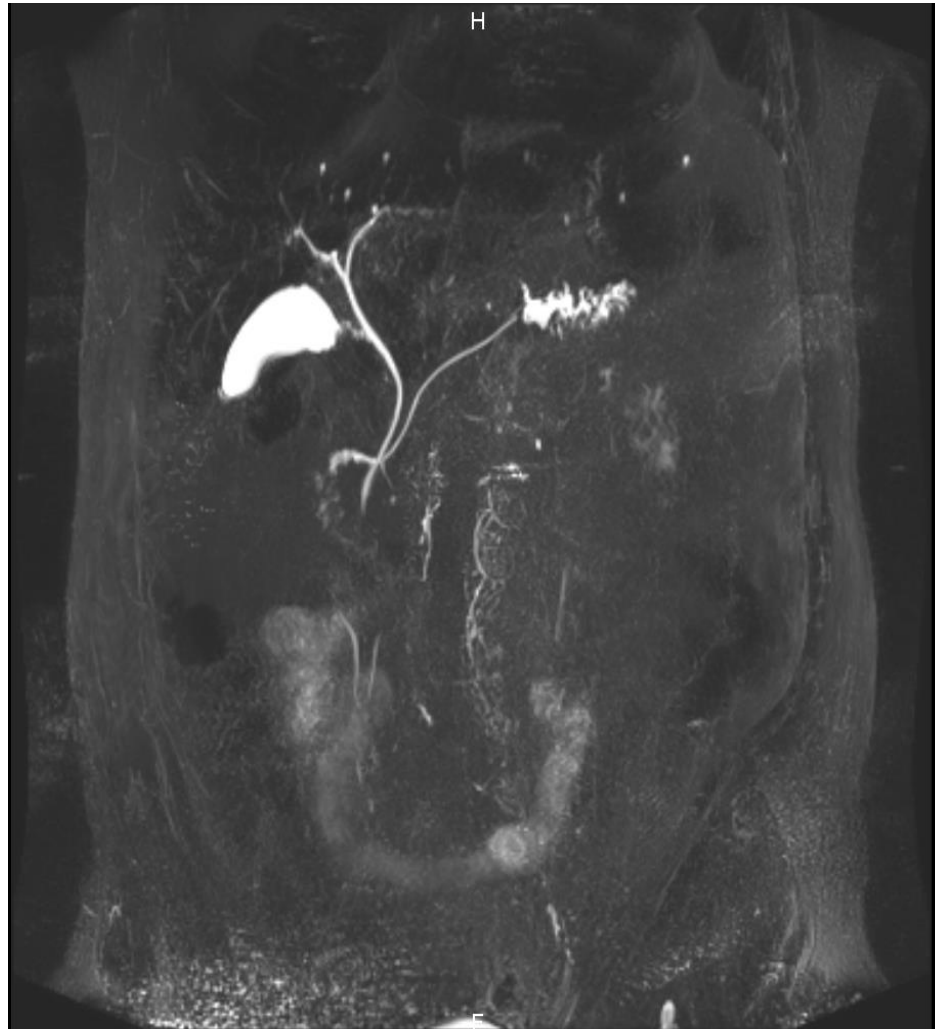
- Aucun

Le scanner pancréatique montre des calcifications pancréatiques

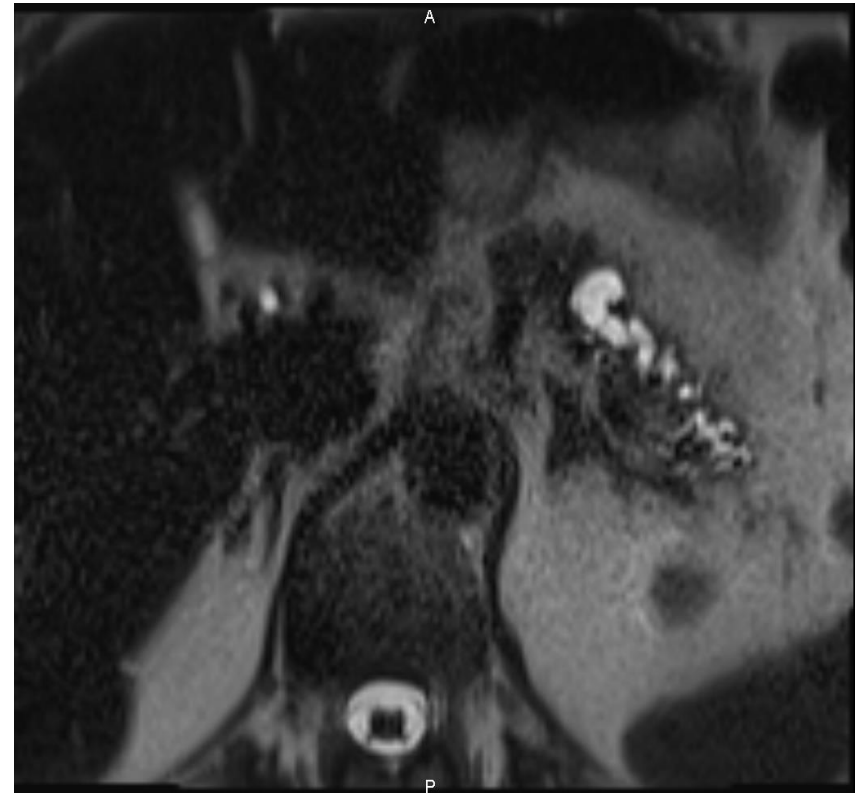
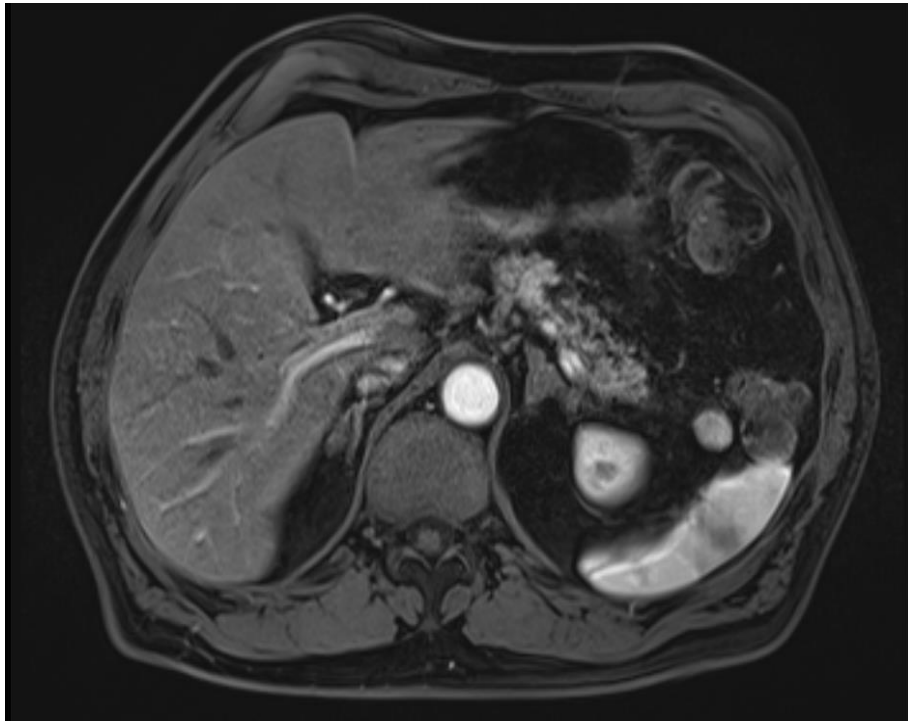


Cas clinique: pancréato-IRM

Dilatation du wirsung corporéal avec vraisemblable lithiase au niveau de la zone jonctionnelle entre
Wirsung normal ou pathologique.



Cas clinique: pancréato-IRM



Pancréatite aiguë



Définition

- ❑ Le diagnostic de PA repose sur l'association de **deux des trois** critères suivants:
 - Douleurs typiques.
 - Élévation des enzymes pancréatiques au-dessus de trois fois la normale.
 - Imagerie par scanner, IRM ou échographie.

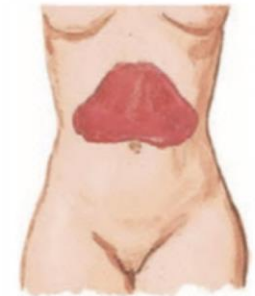
Recommandations internationales sur la pancréatite aiguë 2013

Pancréatite aiguë



- ❑ une douleur abdominale :
 - dans 90 % des cas,
 - épigastrique, parfois de l'hypochondre droit, ou diffuse à tout l'abdomen,
 - volontiers transfixiante,
 - à début rapidement progressif, puis s'aggravant en quelques heures,
 - prolongée, se terminant lentement (au contraire d'une colique),
 - irradiant dans le dos en inhibant la respiration,
 - conduisant à une position antalgique en chien de fusil (caractéristique),
 - pouvant être très intense, résistant aux antalgiques de niveau 1 voire 2;
 - des vomissements (50 % des cas), alimentaires puis bilieux;
 - un iléus réflexe (occlusion fonctionnelle) : arrêt des matières et gaz (rarement complet) avec météorisme.

- ❑ Dosage de la lipase: un taux de 3N est considéré comme valeur seuil.



Aires habituelles
des douleurs
pancréatiques rapportées



Pancréatite aiguë: diagnostic positif



- ❑ Association de 2 des trois critères suivants:
 - Douleurs typiques.
 - Elévation des enzymes pancréatiques au- dessus de trois fois la normale.
 - Imagerie par scanner, IRM ou échographie.

Pancréatite aiguë: étiologie



- ❑ PA relève d'étiologies multiples, les deux causes les plus fréquentes sont la lithiase biliaire (45 %) et l'intoxication alcoolique (35 %).

Pancréatite aiguë



Autres causes au-delà des PA biliaires et alcooliques:

Causes rares	<ul style="list-style-type: none">- Tumeurs malignes+++ ou bénignes du pancréas (kystiques ou solides)- Postopératoire- Post-cathétérisme bilio-pancréatique rétrograde par voie endoscopique
Causes exceptionnelles	<ul style="list-style-type: none">- Hypertriglycémie (> 10 mmol/L)- Hypercalcémie quelle qu'en soit la cause- Médicamenteuses (chronologie+++)- Infectieuses (virales, bactériennes, mycotiques, parasitaires)- Auto-immune- Canalaire (pancréas divisum)- Génétiques
Sans cause	Idiopathique

Cas clinique

Vous recevez l'appel d'un homme de 23 ans pour une douleur abdominale aiguë.

Cas clinique

Vous recevez l'appel d'un homme de 23 ans pour une douleur abdominale aiguë.
« J'ai mal au ventre depuis 3 jours, j'ai eu de la diarrhée ce matin. La douleur est en bas du ventre à droite, j'ai mal. Elle est arrivée doucement ».
Pas de constipation. Gaz présents.

Antécédent

- Tabagisme actif
- Leucémie

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Vous l'avez adressé aux urgences.

Il se plaint d'une douleur de la fosse iliaque droite évoluant depuis 3 jours, d'installation lentement progressive, pour s'aggraver la nuit précédent sa consultation.

Pas de constipation. Gaz présents.

Selles diarrhéiques le matin de sa consultation.

TA: 140/80 mmHg

FC: 86/mn

Température : 37°

EN : 5

L'examen de l'abdomen révèle la présence d'une défense au niveau de la fosse iliaque droite

Antécédent

- Tabagisme actif
- Leucémie

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Numération

Globules blancs	*	11.1 x10 ⁹ /l	4-10
Globules rouges		4.55 x10 ¹² /l	4.5-5.5
Hémoglobine		13.2 g/dl	13-17
Taux d'hématocrite	*	40.4 %	42-51
VGM		88.7 fl	81-99
TCMH		29.0 pg	27-33
CCMH		32.7 g/dl	31-36
Indice de distribution des GR		13.6 %	11-16
Plaquettes		210 x10 ⁹ /l	150-450
<small>(Hémocytomètre, COULTER DXH800)</small>			

Formule Leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	67.5 %		
	7.49 x10 ⁹ /l		2-7.5
Polynucléaires éosinophiles	0.9 %		
	0.10 x10 ⁹ /l		0.04-0.8
Polynucléaires basophiles	0.6 %		
	0.07 x10 ⁹ /l		0.-0.2
Lymphocytes	24.4 %		
	2.71 x10 ⁹ /l		1.5-4
Monocytes	6.6 %		
	0.73 x10 ⁹ /l		0.2-1

Cas clinique

Protéines de l'Inflammation

Protéine C-Réactive (Immunoturbidimétrie Beckman)	7.6 mg/l	<10
---	----------	-----

Chimie Divers

Lactacidémie (Méthode enzymatique Beckman)	0.9 mmol/l	0.5-2.2
--	------------	---------

Exploration de la fonction rénale

Créatinine (Jaffé cinétique - standard IFCC-IDMS)	78.0 μ mol/l	62-106
---	------------------	--------

Débit filtration glomérulaire (MDRD)	113 ml/min	
---	------------	--

80 à 120 ml/min : fonction rénale normale.
60 à 79 ml/min : insuffisance rénale légère.
30 à 59 ml/min : insuffisance rénale modérée.
< 30 ml/min : insuffisance rénale sévère.

Ionogramme

Sodium	141.0 mmol/l	136-145
---------------	--------------	---------

Potassium	4.20 mmol/l	3.6-5.1
------------------	-------------	---------

Chlore (ISE indirecte Beckman)	107.0 mmol/l	101-111
--	--------------	---------

Réserve alcaline (CO2) (ISE Beckman)	28.5 mmol/l	22-32
---	-------------	-------

Protides (Biuret cinétique, Beckman)	72.0 g/l	65-80
--	----------	-------

Bilan glycémique

Glycémie	4.74 mmol/l	3.8-6.1
-----------------	-------------	---------

Cas clinique

Vous recevez l'appel d'un homme de 23 ans pour une douleur abdominale aiguë.
« J'ai mal au ventre depuis 3 jours, j'ai eu de la diarrhée ce matin. La douleur est en bas du ventre à droite, j'ai mal. Elle est arrivée doucement ».
Pas de constipation. Gaz présents.

Abdomen: douleur fosse iliaque droite avec défense

**Scanner abdomino-pelvien:
appendicite au stade péritonéal**

Antécédent

- Tabagisme actif
- Leucémie

Traitement

- Aucun

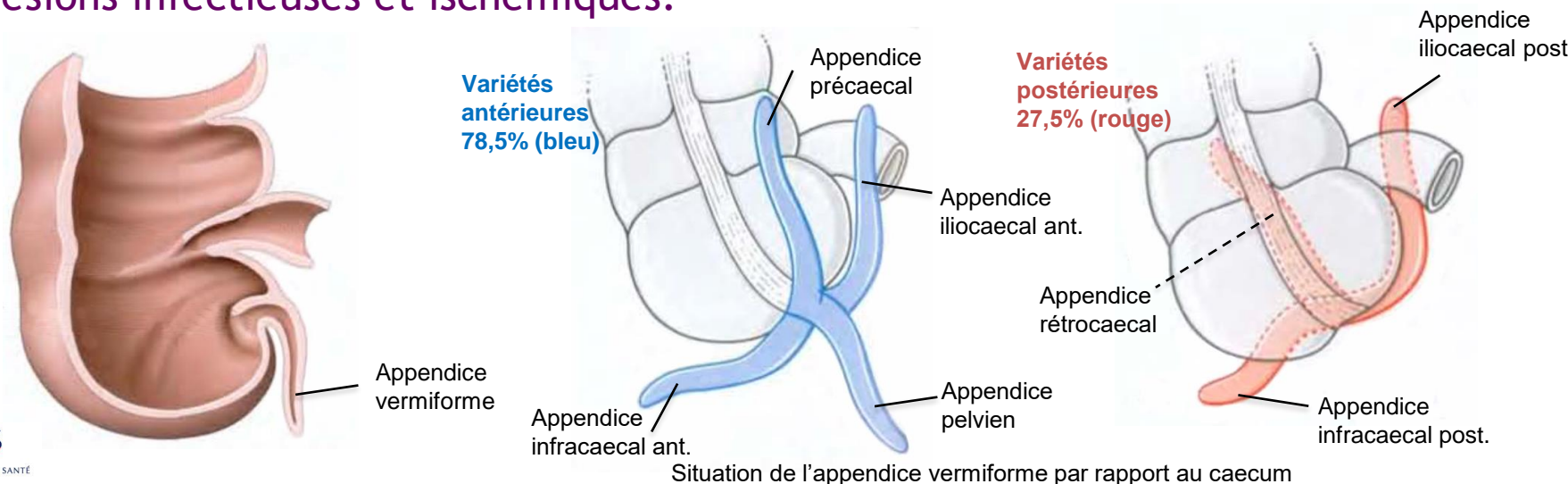
Appendicite aiguë: généralités



- ❑ Fréquence en baisse depuis le début du XXIème siècle en raison de la modification des habitudes alimentaires avec un apport plus important de fibres et une amélioration de l'hygiène qui a réduit le nombre des infections entériques.
- ❑ Cause la plus fréquente d'hospitalisation pour syndrome douloureux abdominal aiguë.
- ❑ Pic de fréquence adolescent et jeune adulte entre la 2ème et la 3ème décennie avec une prédominance masculine dans cette tranche d'âge.
- ❑ Rare chez l'enfant de moins de 3 ans et chez le sujet âgé, mais dans ces tranches d'âge les complications sont plus fréquentes et la mortalité plus élevée.

Appendicite aiguë: physiopathologie

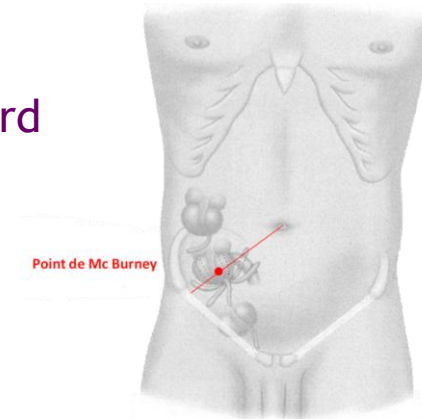
- ❑ L'infection appendiculaire est provoquée par une obstruction de la lumière de l'appendice vermiforme, dont l'obstacle peut-être:
 - endoluminal (coprolithe, corps étranger ingéré, ascaris, etc.);
 - pariétal (hyperplasie lymphoïde, tumeur appendiculaire carcinoïde);
 - caecal.
- ❑ Cette obstruction provoque une pullulation microbienne dans la lumière appendiculaire avec lésions muqueuses puis infiltrat inflammatoire avec lésions infectieuses et ischémiques.



Appendicite aiguë: formes cliniques

Appendicite aiguë en position iliaque droite

- ❑ Rencontrée dans environ 50 à 60% des cas.
- ❑ Les signes fonctionnels sont:
 - une douleur de la fosse iliaque droite ou une douleur d'abord épigastrique puis localisée à droite,
 - des vomissements,
 - une constipation ou parfois une diarrhée.
 - Les signes généraux sont une fièvre aux alentours de 38° C.
 - Les signes physiques sont un abdomen plat et une douleur provoquée au point de Mac Burney avec une défense à la palpation.
- ❑ Sur le plan biologique, Il existe très souvent une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, elle est associée à une appendicite évoluant depuis plusieurs heures.



Appendicite aiguë: formes cliniques selon la topographie

- ❑ **Appendicite pelvienne** : qui peut simuler une infection génitale haute. Les douleurs, localisées à la région hypogastrique droite.
- ❑ **Appendicite sous-hépatique**: qui peut simuler une cholécystite aiguë : douleurs de l'hypochondre droit, fièvre et défense.
- ❑ **Appendicite rétro-caecale** : l'appendice est situé en arrière du cæcum et en avant du muscle psoas, les douleurs sont plutôt lombaires droites et le patient a parfois une position antalgique en psoïtis (cuisse droite fléchie sur le tronc).
- ❑ **Appendicite méso-cœliaque** : où l'appendice est situé au milieu des anses grêles. Le tableau clinique est celui d'une occlusion associée à de la fièvre.

Appendicite aiguë: formes cliniques selon le terrain

- ❑ **Appendicite de la femme enceinte** : pendant la grossesse, fréquence non augmentée mais diagnostic plus difficile en raison de la modification de la position du cæcum liée à l'utérus gravide qui le refoule vers le haut. Le diagnostic différentiel avec une pyélonéphrite ou avec cholécystite aiguë peut être difficile.
- ❑ **Appendicite du sujet âgé** : retard diagnostique fréquent. Peut se présenter comme une occlusion fébrile avec une douleur chronique de la fosse iliaque droite associée à des troubles du transit.
- ❑ **Appendicite de l'enfant et du nourrisson** : exceptionnelle avant l'âge de 2 ans, mais peut être gravissime en raison de son évolution rapide. L'âge habituel de survenue dans l'enfance est entre 7 et 10 ans.
- ❑ **Les formes sous antibiotiques et antalgiques** : avec tableau bâtarde d'appendicite dont le diagnostic est difficile.

Appendicite aiguë: diagnostic

- ❑ Le symptôme initial est presque invariablement la douleur abdominale, de type viscéral. Elle est en général mal localisée dans la région péri-ombilicale ou péri-gastrique. C'est le seul signe constant (95% des cas) qui persiste lors des examens successifs même dans une forme très atypique.
- ❑ Le diagnostic d'appendicite aiguë est d'abord clinique et repose sur des signes généraux et abdominaux notamment une fièvre supérieure à 38°C, une douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite et l'existence d'une défense pariétale.
- ❑ Dans 80 à 85% des cas, il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (> à 10×10^9 cellules/L).

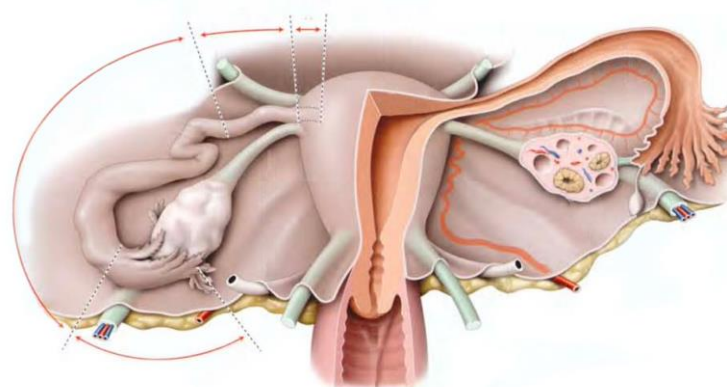
Grossesse extra-utérine



Toujours y penser

- ❑ Toute femme en âge de procréer avec douleur pelvienne a une GEU potentielle, même si :
 - Elle utilise une contraception.
 - Elle déclare ne pas avoir de rapports.
 - Elle n'a pas de retard de règles.

- ❑ L'échographie : examen de première intention.



Kyste de l'ovaire fonctionnel



- ❑ Il correspond à un follicule ovarien ou à un corps jaune ayant subi une transformation kystique et dont le diamètre moyen dépasse 30 mm.
- ❑ Leur existence est limitée dans le temps puisque la grande majorité d'entre eux régressent spontanément en 3 à 6 mois.
- ❑ Les signes d'appels principaux sont douleurs pelviennes d'intensité variable, aménorrhée, métrorragies, *spottings*, qui peuvent être associés ou non à des signes d'hyperestrogénie (mastodynies, pesanteur pelvienne, irritabilité...).
- ❑ La palpation abdominale ne retrouve aucune anomalie la plupart du temps, parfois le kyste pourra être perçu à travers la paroi.

Kyste de l'ovaire: conduite à tenir

- ❑ Une bandelette urinaire permettra d'éliminer une cystite.
- ❑ Bilan biologique à réaliser pour éliminer les autres causes de douleur de la fosse iliaque: FNS, CRP, β HCG.

Imagerie

- ❑ L'échographie: précise les caractéristiques du kyste ovarien (kyste uniloculaire liquidien (anéchoïque) pur chez une patiente non ménopausée.
- ❑ Mais l'élément sémiologique déterminant pour le diagnostic de kyste est rétrospectif: il doit en effet disparaître dans les 3 à 6 mois suivant sa découverte. Cela impose donc des contrôles échographiques réguliers idéalement en début de phase folliculaire pour éviter toute confusion avec des images folliculaires correspondant à des follicules dominants en croissance.
- ❑ Si l'échographie est peu contributive ou doute sur le caractère fonctionnel une IRM sera demandée.

Torsion annexielle



- ❑ Rare, mais complication la plus redoutée des kystes ovariens fonctionnels.
- ❑ La torsion de l'annexe peut concerner l'ovaire seul ou l'ovaire + la trompe.
- ❑ Elle impose une prise en charge chirurgicale urgente pour minimiser le temps d'exposition des follicules ovariens à l'ischémie, susceptible d'accélérer massivement la perte folliculaire.
- ❑ Douleur brutale et intense débutant en fosse iliaque puis irradiant dans tout le pelvis associée à des nausées et vomissements. Défense abdominale voire contracture.
- ❑ TV: masse latéro-utérine unilatérale très douloureuse, indépendante de l'utérus.

Torsion annexielle: conduite à tenir

- ❑ Bilan biologique à réaliser pour éliminer les autres causes de douleur de la fosse iliaque : FNS, CRP, β HCG.

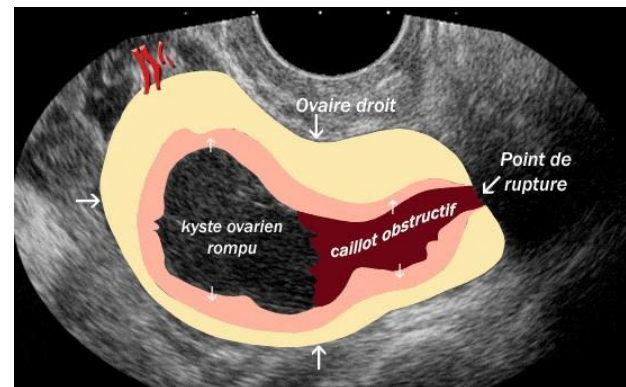
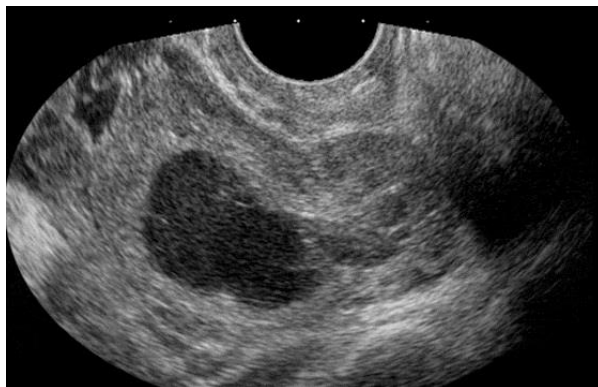
Imagerie

- ❑ L'échographie: confirme la présence d'un kyste mais est peu contributive au diagnostic de torsion.
- ❑ Une coelioscopie sera réalisée devant toute suspicion de torsion d'annexe, pour détorsion ovarienne et kystectomie.

Rupture de kyste de l'ovaire



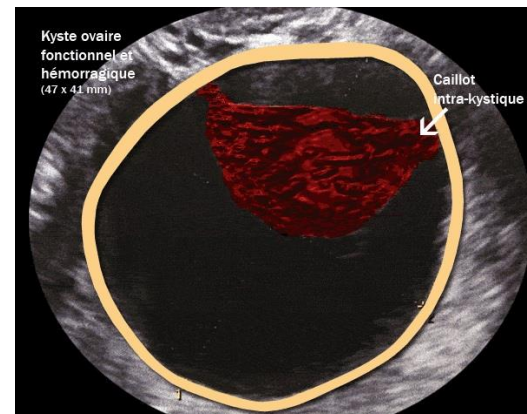
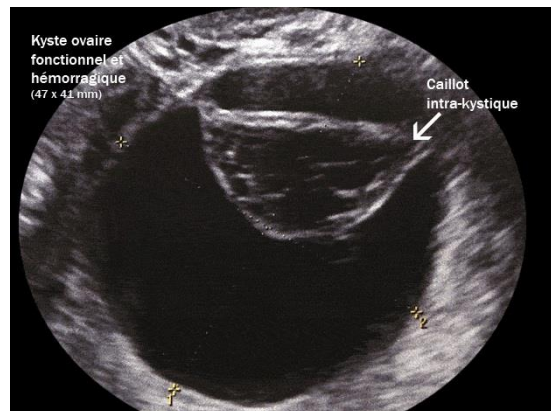
- ❑ Tableau typique: douleur paroxystique et brutale spontanément résolutive. Souvent, la douleur est passée au moment de l'examen et, à l'échographie, il n'existe plus de kyste mais une lame d'épanchement liquidien dans le cul-de-sac recto-utérin.
- ❑ Rarement, rupture hémorragique avec une hémorragie active:
 - Dans ce cas, douleur persistante avec signes d'irritation péritonéale et un épanchement plus important.
 - Parfois anémie aiguë à l'hémogramme.
 - Prise en charge chirurgicale avec une coelioscopie exploratrice puis opératoire pour faire l'hémostase et une kystectomie ovarienne. Le principal diagnostic différentiel est la grossesse extra-utérine (β hCG à faire).



Hémorragie intra-kystique



- ❑ L'involution hémorragique des kystes peut être responsable de douleurs pelviennes importantes.
- ❑ L'examen clinique retrouve une sensibilité dans l'une des deux fosses iliaques.
- ❑ L'échographie permet de faire le diagnostic: hémorragie intrakystique ou kyste rompu avec épanchement dans le Douglas.
- ❑ La prise en charge est symptomatique et repose sur les antalgiques et le repos.



Cas clinique

Appel d'une patiente de 33 ans

Bonsoir, je suis le médecin.

Bonsoir Monsieur,

J'ai mal en bas du ventre, c'est comme des contractions.

Cas clinique

Appel d'une patiente de 33 ans

Bonsoir, je suis le médecin.

Bonsoir Monsieur,

J'ai mal en bas du ventre, c'est comme des contractions, depuis 15 jours et j'ai des pertes claires abondantes depuis. Douleur hypogastrique permanente sans irradiation.

Gaz présents, selles normales, pas de nausées ni vomissements.

Apyrexie. Pas de frissons.

Pollakiurie et brûlures urinaires en fin de miction depuis 15 jours.

Douleur estimée à 5/10.

Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Cas clinique

La patiente est allée aux urgences.

Douleur abdominale située au niveau de l'hypogastre évoluant depuis 15 jours.

Leucorrhées claires abondantes depuis.

Pollakiurie et brûlures en fin de miction depuis 15 jours.

Douleur estimée à 5/10

TA: 106/60 mmHg bras droit

Fréquence cardiaque: 61 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Température: 36°9

L'abdomen est souple et dépressible, sans défense ni contracture

Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Cas clinique

La patiente est allée aux urgences.

Douleur abdominale située au niveau de l'hypogastre évoluant depuis 15 jours.

Leucorrhées claires abondantes depuis.

Pollakiurie et brûlures en fin de miction depuis 15 jours.

Douleur estimée à 5/10

Bandelette urinaire: négative

Bêta HCG négative

Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Cas clinique

Vous recevez en consultation une femme de 33 ans pour une douleur abdominale située au niveau de l'hypogastre évoluant depuis 15 jours.

Leucorrhées claires abondantes depuis.

Pollakiurie et brûlures en fin de miction depuis 15 jours.

Douleur estimée à 5/10

Bandelette urinaire: négative

βHCG négatives

ECBU négative

Sérologie HIV 1 et HIV 2: négative

Anticorps anti-VHC: négatifs

Antigène HBs, Anticorps anti-HBs,

Anticorps anti-HBc négatifs

TPHA et VDRL: négative

PCR sur prélèvement de l'exocol:

Chlamydia trachomatis: positive

Neisseria gonorrhoeae: négative

Mycoplasma Genitalium: négative

Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Infections génitales hautes



- ❑ Les infections génitales hautes (IGH) regroupent les différentes formes des infections utéroannexielles compliquées ou non : endométrites, salpingites, abcès tubo-ovariens, pelvipéritonite d'origine génitale.
- ❑ Liées à l'ascension de germes depuis le vagin et le col utérin vers les cavités utérines et tubaires.
- ❑ Une IGH peut se compliquer d'un abcès pelvien ou d'une pelvipéritonite.
- ❑ De nombreuses formes sont silencieuses, de telle sorte que l'évolution se fera progressivement vers des séquelles tubaires sources de stérilité et douleurs pelviennes chroniques.

Infections génitales hautes: épidémiologie

- ❑ Incidence: en augmentation depuis les années 2000.
- ❑ Environ 130 000 cas par an en France.
- ❑ Concerne des femmes jeunes, le plus souvent moins de 25 ans.
- ❑ Infections le plus souvent à Chlamydia Trachomatis.
- ❑ Asymptomatique ou pauci-symptomatique dans 65% des cas, formes modérées 30%, formes compliquées 5%.
- ❑ Augmentation des formes compliquées avec l'âge des patientes.
- ❑ Risque de complications à type d'infertilité.

Infections génitales hautes: facteurs de risque

- Age jeune ≤ 25 ans.
- Démarrage de l'activité sexuelle.
- Le tabagisme.
- Changement de partenaire récent.
- Nombre de partenaires ≥ 2 dans l'année.
- Partenaire présentant une IST.
- L'absence de port de préservatif.
- ATCD personnel d'IST.
- Moins fréquents: gestes endo-utérin, pose d'un stérilet, IVG.

Infections génitales hautes: porte d'entrée

- ❑ Deux grandes portes d'entrée:
 - Col utérin (endocervicite): infection sexuellement transmissible.
 - Utérus (endométrite): agent causal, geste invasif: hystéroggraphie, hystéroscopie, curetage, IVG, délivrance artificielle, révision utérine, DIU.

Infections génitales hautes: bactériologie

❑ Deux grande type de germes:

○ Germes responsables d'IST:

- Chlamydia trachomatis : germe intracellulaire, c'est la plus fréquente des bactéries sexuellement transmissibles. La symptomatologie est le plus souvent modérée voire absente. Sa mise en évidence se fait par technique d'amplification génique (PCR);
- Le gonocoque (Neisseria gonorrhoeae), peu fréquent en France mais en nette recrudescence;
- Mycoplasma genitalium : moins bien connu car sa mise en évidence nécessitait jusqu'à une période récente des techniques spéciales. Il existe à présent des tests PCR combinés Chlamydia, gonocoque et M. genitalium.

○ Les germes pathogènes opportunistes issus de la flore vaginale :

- streptocoques, staphylocoques, entérocoques, entérobactéries (E. coli[+++], Klebsiella, anaérobies, Bacteroides fragilis);
- et, plus rarement, des agents responsables d'infections spécifiques survenant dans des populations particulières : tuberculose, bilharziose.

❑ Souvent polymicrobien.

Infections génitales hautes: formes cliniques

- ❑ Forme classique rare: femme jeune, comportement sexuel à risque, présentant une douleur annexielle provoquée ou une douleur à la mobilisation utérine sont les signes cliniques permettant le diagnostic positif d'IGH. Les signes associés (fièvre, leucorrhées, métrorragies) renforcent le diagnostic clinique.
- ❑ Formes asymptomatique et paucisymptomatique.
- ❑ Douleur pelvienne aiguë ou chronique, permanente ou intermittente, douleur le plus souvent à type de pesanteur, associée à une dyspareunie, leucorrhées, métrorragies, fièvre.
- ❑ Douleur à la mobilisation utérine, perception masse palpable.

Infections génitales hautes: bilan initial

- ❑ Les examens biologiques sont surtout destinés à éliminer une autre pathologie ou une IGH compliquée :
 - NFS et dosage de la protéine C-réactive (CRP) habituellement normaux en cas d'IGH non compliquée;
 - β hCG pour éliminer une GEU, et un ECBU ou une bandelette urinaire pour éliminer une pyélonéphrite.

- ❑ Les examens microbiologiques sont indispensables:
 - recherche d'une IST par technique PCR à partir d'un prélèvement vaginal;
 - recherche des autres pathogènes par un prélèvement endocervical avec milieu de transport adapté (type Portagerm®);
 - en cas de contraception par DIU, il est souvent préférable de le retirer et de le mettre en culture.

Infections génitales hautes: autres examens complémentaires

- ❑ L'échographie pelvienne (surtout par voie endovaginale) est nécessaire. On cherche les inconstants signes directs d'atteinte tubaire (épaississement, aspect en roue dentée); l'échographie peut diagnostiquer un abcès pelvien et s'avère utile pour éliminer une autre pathologie notamment annexielle.
- ❑ Une TDM abdominopelvienne voire une IRM peuvent être utiles pour éliminer une autre pathologie douloureuse (endométriose, appendicite, etc.).
- ❑ Une biopsie endométriale, cherchant des signes histologiques d'endométrite peut aussi être réalisée.
- ❑ La coélioscopie était l'examen de référence pour les salpingites. Compte tenu de son caractère invasif pouvant entraîner des effets indésirables graves, elle n'est actuellement réservée qu'aux cas d'incertitude diagnostique ou en l'absence d'amélioration après quelques jours de traitement.

Infections génitales hautes: traitement formes non compliquées

- ❑ Le retard thérapeutique lors d'une IGH est associé à une augmentation de GEU et d'infertilité tubaire.
- ❑ Le traitement antibiotique est indiqué dès lors que le diagnostic clinique d'IGH est probable, après réalisation des prélèvements microbiologiques.
- ❑ En 1ère intention, l'antibiothérapie des IGH simples (en externe) est ceftriaxone 1 g, 1 fois, IM (intramusculaire) ou IV (intraveineuse) associée à doxycycline 100 mg x 2/j et métronidazole 500 mg x 2/j par voie orale pendant 10 jours (grade A).
- ❑ Patientes à revoir entre 3 et 5 jours après la prise en charge initiale, afin de vérifier l'évolution clinique, la tolérance, l'observance du traitement et les résultats microbiologiques.

Infections génitales hautes: traitement formes non compliquées

- ❑ En cas d'IGH non compliquée sur dispositif intra-utérin (DIU), la mise sous antibiotiques n'impose pas le retrait systématique du DIU (grade B). Le retrait du DIU est discuté dans les formes compliquées ou en cas de mauvaise évolution dans les 3 à 5 jours suivant le début de l'antibiothérapie (grade B).
- ❑ En cas d'IGH associée à une IST, le dépistage des autres IST (VIH, hépatite B, syphilis) est recommandé chez la patiente et son/sa (ses) partenaire(s).
- ❑ Le(s) partenaire(s) doi(ven)t recevoir une antibiothérapie adaptée à l'IST identifiée chez la femme (grade B).

Infections génitales hautes: protocole d'antibiothérapie formes non compliquées

	Antibiotiques	Posologie ^a	Voie	Durée ^b	Remarques
Externe 1 ^{re} intention	ceftriaxone + doxycycline + métronidazole	1 g 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IM PO PO	1 fois 10 j 10 j	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
Externe Alternatives	ofloxacin + métronidazole +/- ceftriaxone ^c	200 mg x 2/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	AMM pour ofloxacin à 400 mg/j, mais littérature rapportant 800 mg/j
	lévofloxacin ^d + métronidazole +/- ceftriaxone ^c	500 mg/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	pas d'AMM pour lévofloxacin, aussi efficace qu'ofloxacin
	moxifloxacin ^e +/- ceftriaxone ^c	400 mg/j 1 g	PO IM	10 j 1 fois	AMM pour moxifloxacin, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître
Hospitalisation 1 ^{re} intention	ceftriaxone + doxycycline ^f + métronidazole ^f	1 g/j 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IV IV, PO IV, PO	1 fois 10 j 10 j	schéma couvrant NG, CT, anaérobies ; et BGN, streptocoques sur 24/48 h
Hospitalisation Alternatives	doxycycline + céfoxitine <i>puis relais par</i> doxycycline + métronidazole	100 mg x 2/j 2 g x 4/j 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IV, PO IV PO PO	10 jours 10 jours	relais oral après 24 h d'amélioration ; céfoxitine efficace sur anaérobies
	clindamycine + gentamicine <i>puis relais par</i> clindamycine	600 mg x 3/j 5 mg/kg x 1/j 600 mg x 3 /j	IV IV PO	≤ 3 jours 10 jours	clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG

Complications des fibromes utérins



- ❑ La nécrobiose aseptique d'un fibrome: principale cause des douleurs en cas de fibrome. Secondaire à l'ischémie du fibrome et se caractérise par:
 - des douleurs pelviennes pouvant être très intenses avec une fièvre entre 38 et 39 °c;
 - parfois des métrorragies de sang noirâtre;
 - au toucher vaginal : une augmentation du fibrome, douloureux à la palpation;
 - à l'échographie: une image en «cocarde» avec une hyperéchogénicité centrale.

- ❑ Plus rarement, il peut s'agir de la torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé ou de l'accouchement par le col d'un fibrome pédiculé sous-muqueux avec des coliques expulsives.

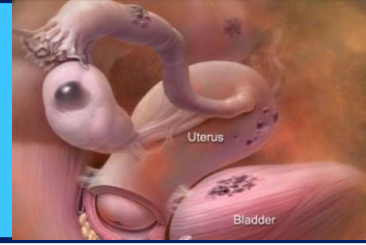
Douleurs cycliques de la femme



- ❑ Douleurs d'ovulation ou inter-menstruelles: fréquentes 5 à 10 % des femmes, caractère ponctuel inter-menstruel = ovulation (rupture d'un follicule mur), discrètes ou diffuses, métrorragies, mastodynies.

- ❑ Douleurs prémenstruelles: signalées par 30 à 40 % des femmes.
 - Physiopathologie : hyperoestrogénie relative ou absolue.
 - Précèdent les règles d'une semaine, disparaissent un jour avant leur apparition, ces signes peuvent parfois, dans certaines conditions, être présents plus longtemps au cours du cycle (première phase de la périménopause par exemple).
 - Manifestations congestives: mastodynies, congestion abdomino-pelvienne, rétention aqueuse, manifestations neurosensorielles : nervosité, agitation, irritabilité, céphalées...

L'endométriose

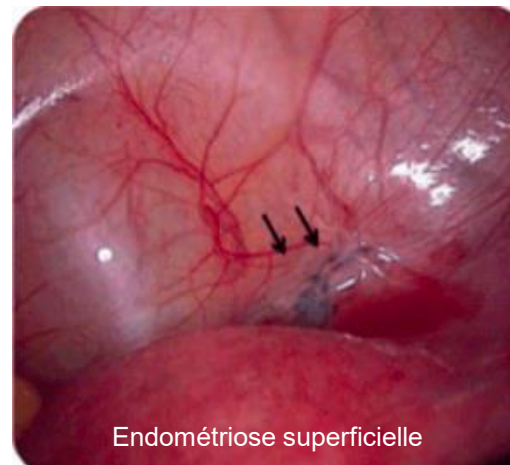
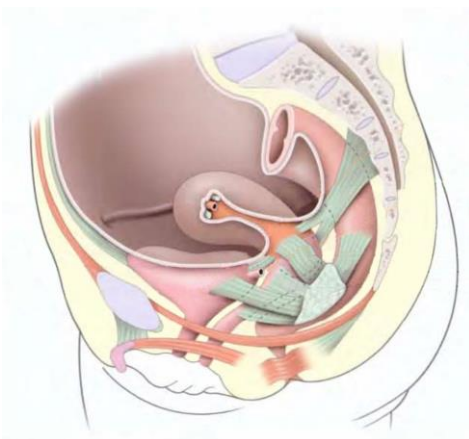


- ❑ L'endométriose est une maladie chronique à point de départ gynécologique.
- ❑ Elle toucherait 10 % des femmes en âge de procréer.
- ❑ Définie par la présence de tissu de type endométrial en dehors de la cavité utérine.
- ❑ Ces localisations ectopiques provoquent l'apparition d'une large variété de lésions, qui peuvent avoir différentes localisations et potentiels évolutifs, et donc être responsables d'une large palette de symptômes douloureux, dont la caractéristique principale est leur survenue cyclique, rythmée par les règles.
- ❑ L'endométriose n'a pas systématiquement de conséquences pathologiques et peut être observée chez des femmes indolores et fertiles.

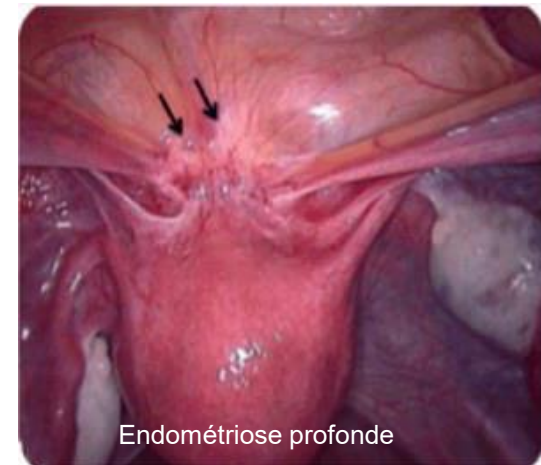
Douleurs associées à l'endométriose



- ❑ La manifestation des symptômes douloureux est variable d'une femme à l'autre.
- ❑ Plusieurs formes:
 - Endométriose superficielle: douleurs bien contrôlées par les antalgiques, moins de menaces sur les autres organes et la fertilité, non visible en IRM ou en échographie par voie vaginale (diagnostic par coelioscopie).
 - Endométriose profonde: touche les ligaments, le tube digestif, les voies urinaires, le petit bassin, le diaphragme...



Endométriose superficielle



Endométriose profonde

Douleurs associées à l'endométriose



- ❑ Les principaux symptômes évocateurs et localisateurs de l'endométriose sont :
 - Les 5 D:
 - Disménorrhées intenses (évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1).
 - Dyspareunies profondes (douleur durant le rapport, au fond du vagin, le rapport déclenche une douleur très vive - douleur qui va durée 24 à 48 heures après le rapport, appréhension d'avoir des rapports sexuelles), positionnelles.
 - Douleurs pelviennes chroniques en dehors des règles, inflammatoires, peuvent survenir au cours de l'ovulation, après la digestion.
 - Douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale.
 - Dysurie, douleur lorsque la vessie est pleine ou lors de la miction, à recrudescence cataméniale.
 - L'infertilité.

Cas clinique

Appel d'un patient de 35 ans vous consulte pour une douleur abdominale.

Cas clinique

Douleur abdominale évoluant depuis 6 jours.

« j'ai une douleur en bas du ventre, la nuit je n'ai pas de douleur , elle est apparue d'un coup, je fais bien caca et des pets, quand je m'assois j'ai encore plus mal ».

Douleur d'installation brutale, sous-ombilicale et hypogastrique.

Régression de la douleur la nuit.

Pas de troubles du transit.

Douleur aggravée par la position assise.

Pas de pollakiurie.

Pas de vomissements

Pas de fièvre.

EN à 5

Antécédent

- Tabagisme
- Entorse de cheville

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Le patient consulte sur vos conseils aux urgences.

Douleur abdominale évoluant depuis 6 jours.

Douleur d'installation brutale, sous-ombilicale et hypogastrique.

Régression de la douleur la nuit.

Pas de troubles du transit.

Douleur aggravée par la position assise.

TA: 146/93 mmHg

FC: 70 / mn

EN: 5

Température: 37°1

L'abdomen est souple, dépressible, sensible au niveau de la fosse iliaque gauche et au niveau de hypogastre, il n'existe pas de défense ni de contracture.

Antécédent

- Tabagisme
- Entorse de cheville

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Un patient âgé 35 ans vous consulte pour une douleur abdominale évoluant depuis 6 jours.

Douleur d'installation brutale, sous-ombilicale et hypogastrique.

Régression de la douleur la nuit.

Pas de troubles du transit.

Douleur aggravée par la position assise.

L'abdomen est souple, dépressible, sensible au niveau de la fosse iliaque gauche et au niveau de hypogastre, il n'existe pas de défense ni de contracture.

Leucocytes 6200

Protéine C réactive 20

Fibrinogène 4 g/L

Antécédent

- Tabagisme
- Entorse de cheville

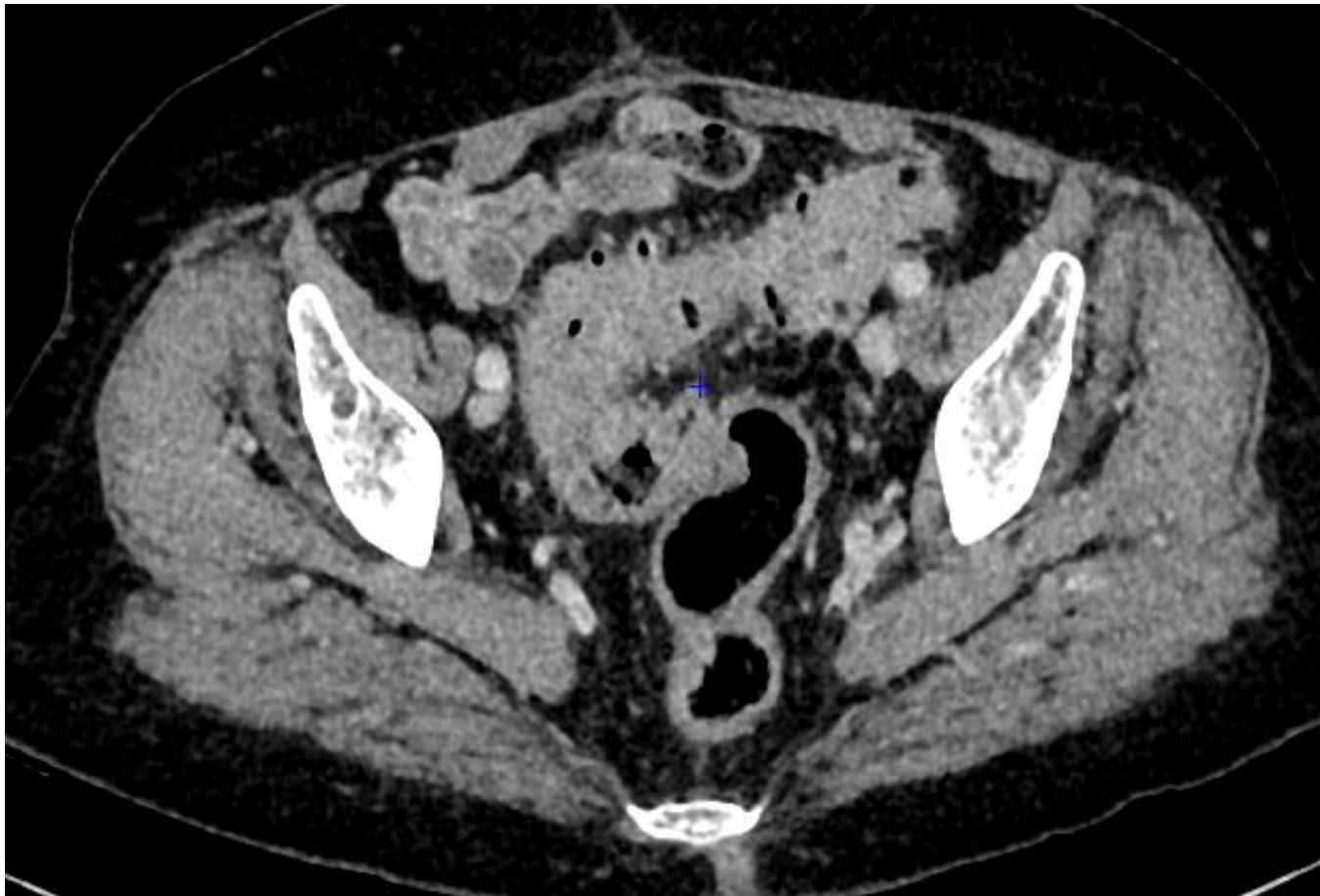
Traitement

- Aucun

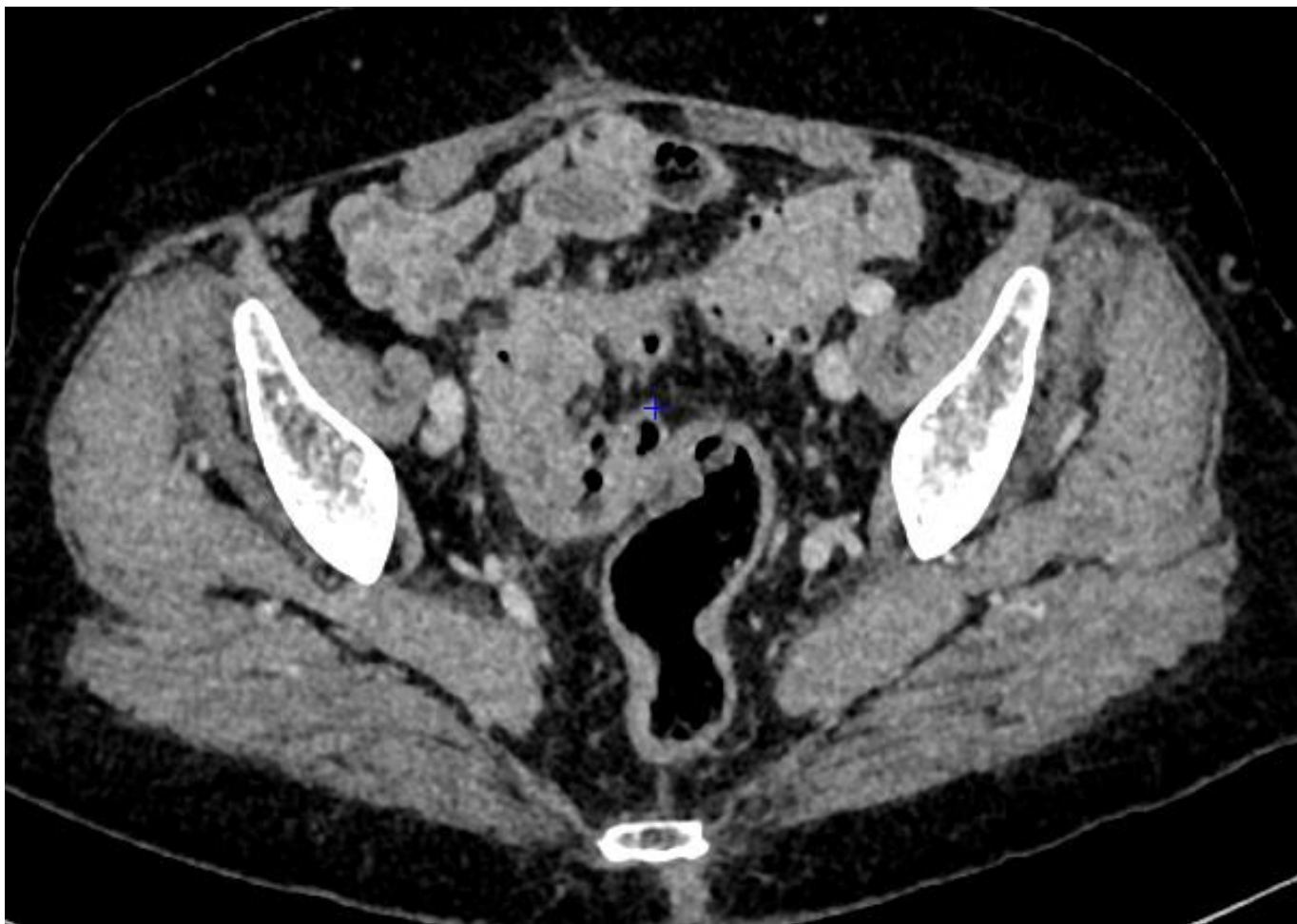
Cas clinique

Un scanner abdomino-pelvien avec injection intra-veineuse de produit de contraste est réalisé, il montre: Infiltration de la graisse pelvienne sous sigmoïdienne avec petits diverticules sigmoïdiens en faveur d'une diverticulite sigmoïdienne.

Pas de signe de complication et notamment pas de pneumopéritoine ni de collection abcédée.



Cas clinique



Diverticulite sigmoïdienne: définitions

- ❑ La maladie diverticulaire correspond à la diverticulite, à ses complications et à l'hémorragie d'origine diverticulaire.
- ❑ La diverticulite du côlon correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire.
- ❑ La diverticulite compliquée correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses.

Diverticulite sigmoïdienne: épidémiologie

- ❑ Diverticulose: 65% à 85 ans.
- ❑ Complications infectieuses: 15 à 25% des patients.

Diverticulite sigmoïdienne: clinique

- Douleurs en fosse iliaque gauche ou hypogastre.
- Troubles du transit (plutôt une constipation qu'une diarrhée).
- Fièvre.
- Défense de la fosse iliaque gauche.
- Douleur à la décompression abdominale brutale (traduit une irritation péritonéale).

Diverticulite sigmoïdienne: examens complémentaires

- ❑ Il est recommandé de réaliser, comme bilan biologique, un hémogramme, une CRP et la créatinine.
- ❑ Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne - Une injection intraveineuse de produit de contraste systématique est recommandée en l'absence de contre-indication.
- ❑ Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode.
- ❑ Il n'est pas recommandé de pratiquer de coloscopie précoce (c'est-à-dire pendant la phase aiguë) après diagnostic de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

Cas clinique

Appel – Homme de 53 ans

Allo.

Oui, bonsoir, je suis le médecin régulateur.

Docteur X à l'appareil.

« j'appelle pour mon mari qui présente depuis ce matin une douleur au ventre, il a failli tomber dans les pommes en allant aux toilettes »

Vous lui posez quelles questions ?

Cas clinique

Le patient se plaint d'une douleur du flanc droit irradiant dans le dos, d'installation lentement progressive ce jour. Douleur intense avec tendance syncopale. 5 crises depuis ce matin.
Transit intestinal normal.
Pas de nausées.
Pas de douleur au moment de l'appel
Température 37°
Pas de pollakiurie, pas de frissons.

Antécédent

- Diverticulite sigmoïdienne

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Vous avez adressé le patients aux urgences

Le patient se plaint d'une douleur du flanc droit irradiant dans le dos, d'installation lentement progressive ce jour. Douleur intense avec tendance syncopale.

5 crises depuis ce matin.

Transit intestinal normal.

Tension artérielle : 140/90 mmHg

Fréquence cardiaque : 63 /mn

Température : 36°2

EN : 0

L'examen physique retrouve une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite. La palpation du flanc droit est sensible et le reste de l'abdomen souple et indolore.

Bandelette urinaire : sang +++, leuco +, nitrites -.

Antécédent

- Diverticulite sigmoïdienne

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Numération

Globules blancs	8.8 x10 ⁹ /l	4-10
Globules rouges	4.84 x10 ¹² /l	4.5-5.5
Hémoglobine	15.0 g/dl	13-17
Taux d'hématocrite	44.3 %	42-51
VGM	91.6 fl	81-99
TCMH	31.1 pg	27-33
CCMH	33.8 g/dl	31-36
Indice de distribution des GR	12.6 %	11-16
Plaquettes	175 x10 ⁹ /l	150-450

(Hémocytomètre, COULTER DXH800)

Formule Leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	70.8 %	
	6.23 x10 ⁹ /l	2-7.5
Polynucléaires éosinophiles	1.4 %	
	0.12 x10 ⁹ /l	0.04-0.8
Polynucléaires basophiles	0.2 %	
	0.02 x10 ⁹ /l	0.-0.2
Lymphocytes	18.4 %	
	1.62 x10 ⁹ /l	1.5-4
Monocytes	9.2 %	
	0.81 x10 ⁹ /l	0.2-1

Cas clinique

Ionogramme

Sodium	139.0 mmol/l	136-145
Potassium	3.80 mmol/l	3.6-5.1
Chlore (ISE indirecte Beckman)	109.0 mmol/l	101-111
Réserve alcaline (CO2) (ISE Beckman)	27.1 mmol/l	22-32
Protides Biuret cinétique, Beckman)	68.0 g/l	65-80

Bilan glycémique

Glycémie	* 6.33 mmol/l	3.8-6.1
	* 1.14 g/l	0.7-1.1

(Glucose oxydase Beckman)

Enzymes

Lipase sérique (Méthode enzymatique Beckman)	26.0 U/l	22-51
ASAT (GOT)	* 38.0 U/l	<35
ALAT (GPT) (Méthode enzymatique Beckman)	* 60.0 U/l	<45
Gamma glutamyl transférase (Méthode enzymatique Beckman)	16.0 U/l	7-64
Phosphatases alcalines (PAL) (Méthode enzymatique Beckman)	58.0 U/l	53-128

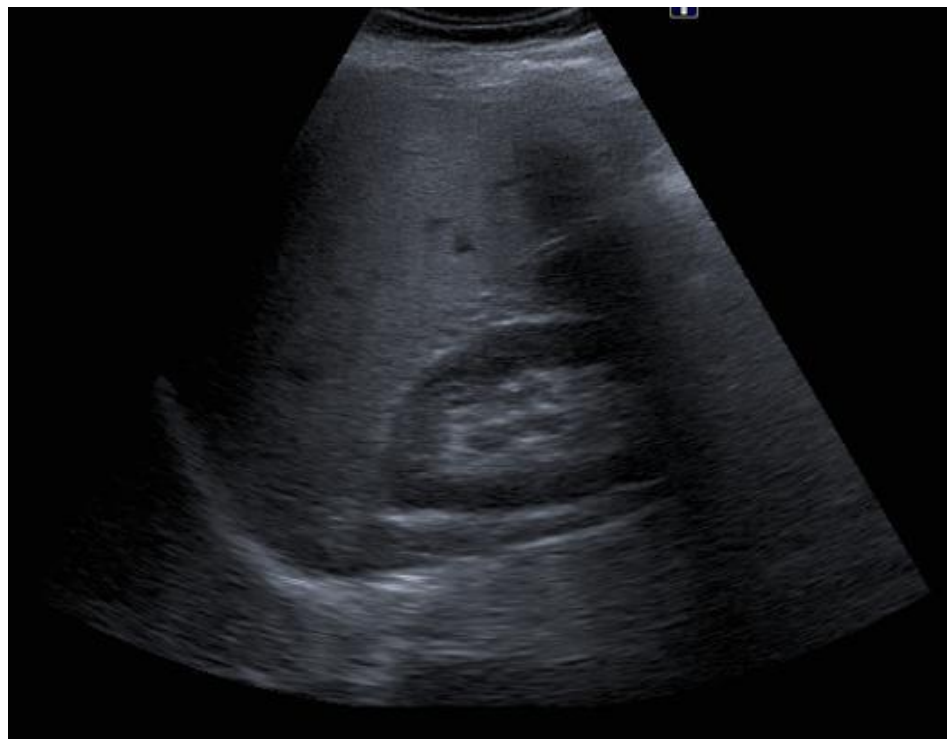
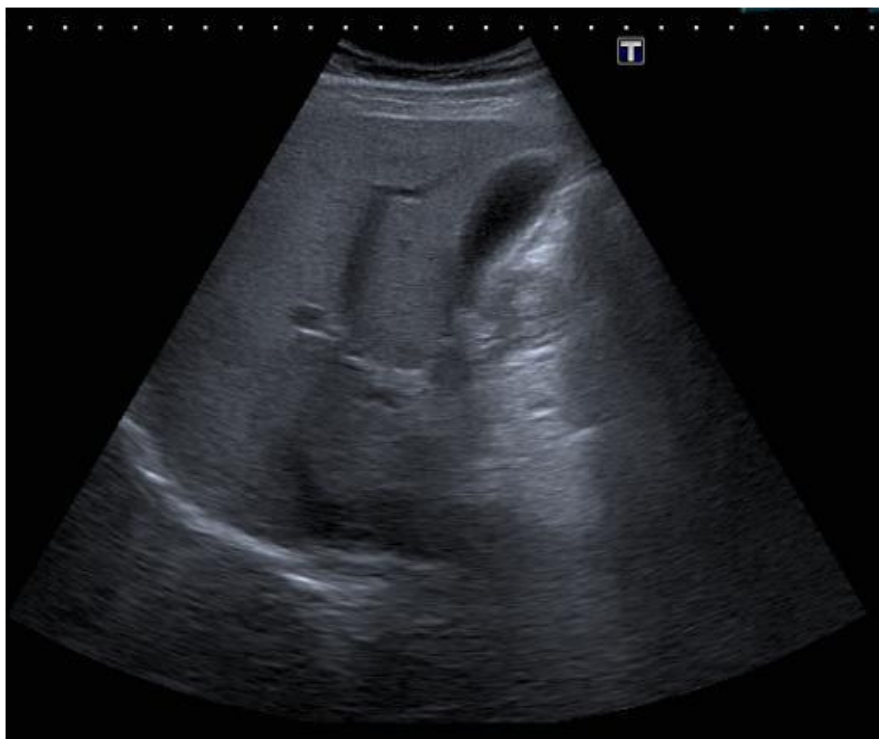
Bilirubine

Bilirubine totale (Méthode colorimétrique Beckman)	* 27.5 µmol/l	5.1-20.5
Bilirubine libre (Méthode colorimétrique Beckman)	* 23.9 µmol/l	1-19
Bilirubine conjuguée (Méthode colorimétrique Beckman)	3.6 µmol/l	1-8.7

Protéines de l'Inflammation

Protéine C-Réactive (Immunoturbidimétrie Beckman)	2.4 mg/l	<10
--	----------	-----

Cas clinique: échographie abdomino-pelvienne



Pas d'image pathologique caractéristique

Cas clinique: scanner abdomino-pelvien non injecté



Calcul de 3 mm du méat urétéral droit

Colique néphrétique: introduction

- ❑ La lithiase urinaire est une maladie multifactorielle qui aboutit à la formation de calculs dans la voie excrétrice urinaire.
- ❑ L'incidence de la lithiase urinaire a pratiquement triplé depuis le début du XXème siècle et reflète les habitudes alimentaires des pays industrialisés avec une nette augmentation de la consommation de sel, de sucre et de protéines animales. L'insuffisance des apports hydriques est un facteur de risque supplémentaire.
- ❑ L'âge moyen de survenue du premier calcul est d'environ 40 ans chez la femme et 35 ans chez l'homme.

Colique néphrétique: en chiffres

- ❑ En France, elle touche 8 % de la population et affecte deux hommes pour une femme.
- ❑ Il existe chaque année en France environ 120 000 épisodes aigus de colique néphrétique (CN) dont près de 90 % sont liés aux calculs.
- ❑ La lithiase oxalocalcique est la plus fréquente.

Colique néphrétique: composition des calculs

Constituant	Hommes	Femmes
Oxalates de calcium	75,6	57,7
Whewellite (C1)	51,3	43,9
Weddellite (C2)	24,3	13,8
Phosphates de calcium	9,5	27,0
Carbapatite (CA)	7,0	23,8
Brushite (Br)	2,2	1,9
Autres phosphates calciques	0,3	1,3
Struvite (PAM)	1,1	2,3
Présence de struvite	3,5	12,4
Acides uriques (AU)	11,0	7,3
Présence d'acide urique	14,2	9,5
Urate d'ammonium	0,1	0,2
Cystine (Cys)	1,0	1,8
Médicaments	0,2	0,4
Protéines	1,1	2,0
Autres	0,5	1,3

Composition dominante des calculs selon le sexe des patients.

Colique néphrétique: facteurs favorisants alimentaires

- ❑ Les risques sont accrus en fonction des apports alimentaires:
 - produits laitiers,
 - protéines animales,
 - sel (favorise l'hypercalciurie, bloque les inhibiteurs de la cristallisation) ;
 - aliments riches en oxalate (chocolat, fruits secs, épinards, oseille, rhubarbe, thé, bonbons dont la gélatine est riche en hydroxyproline précurseur de l'oxalate) ;
 - purines (abats, charcuterie,...),
 - sucres rapides tels que le fructose (favorisent l'hypercalciurie, l'hyperuricurie).

- ❑ Les risques sont accrus en fonction de la diminution de la consommation de fibres alimentaires.

- ❑ Les risques sont accrus en fonction de la diurèse insuffisante par insuffisance des apports liquidiens.

Colique néphrétique: facteurs favorisants familiaux

- ❑ Il existe une histoire familiale chez plus d'un tiers des lithiasiques.
- ❑ D'autres formes de lithiase sont héréditaires et le plus souvent transmises sur un mode autosomique récessif. La cystinurie est la plus fréquente des maladies lithiasiques d'origine génétique.

Colique néphrétique: facteurs favorisants, infection urinaire

- ❑ Certains germes, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* et *Pseudomonas* possèdent une enzyme, l'uréase, qui dégrade l'urée en une matrice protéique sur laquelle précipitent les sels minéraux pour former des calculs phospho-ammoniac-magnésiens.

- ❑ Ils sont souvent à l'origine de calculs coralliformes

Colique néphrétique: facteurs favorisants, anomalies du pH

- ❑ Le pH normal des urines est de 5,8.
- ❑ Un pH acide, autour de 5, favorise la formation des calculs d'acide urique, de cystine et d'oxalate de calcium.
- ❑ Un pH alcalin, autour de 7, favorise les calculs d'infection et les calculs phosphocalcique.

Constituant	Hommes	Femmes
Oxalates de calcium	75,6	57,7
Whewellite (C1)	51,3	43,9
Weddellite (C2)	24,3	13,8
Phosphates de calcium	9,5	27,0
Carbapatite (CA)	7,0	23,8
Brushite (Br)	2,2	1,9
Autres phosphates calciques	0,3	1,3
Struvite (PAM)	1,1	2,3
Présence de struvite	3,5	12,4
Acides uriques (AU)	11,0	7,3
Présence d'acide urique	14,2	9,5
Urate d'ammonium	0,1	0,2
Cystine (Cys)	1,0	1,8
Médicaments	0,2	0,4
Protéines	1,1	2,0
Autres	0,5	1,3

Colique néphrétique simple: facteurs favorisants

- ❑ Certains facteurs favorisants ont été identifiés :
 - notion de voyage récent et prolongé ;
 - séjour en pays chaud, travail en ambiance surchauffée ;
 - immobilisation prolongée ;
 - insuffisance d'hydratation ;
 - activité sportive ;
 - modification de l'alimentation.

Colique néphrétique simple: circonstances de découverte

- ❑ Définition : la colique néphrétique (CN) est un syndrome douloureux aigu lomboabdominal lié à la mise en tension brutale de la voie excrétrice supérieure en amont d'une obstruction, quelle qu'en soit la cause.
- ❑ Cette définition ne préjuge donc pas de sa cause, mais dans plus de 90 % des cas elle est due à la présence d'un calcul obstructif.

Colique néphrétique simple: clinique

- ❑ La crise typique de CN est décrite ainsi :
 - début brutal ;
 - douleur aiguë, sans position antalgique ;
 - douleur lombaire unilatérale, irradiant de haut en bas et vers l'avant le long de l'uretère vers les organes génitaux externes ;
 - évolution par crises paroxystiques ;
 - agitation et anxiété ;
 - signes fonctionnels urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie ;
 - signes digestifs : nausées, vomissements, arrêt du transit (iléus), voire tableau pseudo-occlusif.

Colique néphrétique simple: examen clinique

- Interrogatoire : antécédents personnels et familiaux de lithiase urinaire, prise de médicaments lithogènes, recherche de facteurs favorisant la CN ;
- apyrexie ;
- abdomen souple, parfois météorisé ;
- fosse lombaire sensible à la palpation et à la percussion, parfois tendue (rein dilaté) ;
- touchers pelviens négatifs ;
- bandelette urinaire négative: absence de leucocytes et de nitrites.

Colique néphrétique: compliquée

Elle est caractérisée soit par le terrain

- ❑ Grossesse, maladie rénale chronique, rein transplanté, rein unique, uropathie connue...

Soit par l'existence d'emblée ou secondairement de signes de gravité.

Elle nécessite un drainage chirurgical des urines en urgence.

Colique néphrétique compliquée: trois tableaux cliniques

CN fébrile ou pyélonéphrite aiguë obstructive

- ❑ Les principaux signes cliniques sont :
 - fièvre > 38 °C ;
 - frissons ;
 - marbrures cutanées, instabilité hémodynamique ;
 - BU positive

CN anurique

- ❑ Trois mécanismes sont à son origine :
 - insuffisance rénale aiguë fonctionnelle d'origine septique ;
 - calculs bilatéraux = situation rare, reflet d'une pathologie lithiasique très active (cystinurie, hyperparathyroïdie primaire, hyperuricémie-hyperuricurie importantes...) ;
 - Rein unique: congénital, restant ou fonctionnel.
- ❑ Se traduit par insuffisance rénale aiguë avec élévation très importante de la créatinine et troubles ioniques fréquents (hyperkaliémie).

CN hyperalgique

- ➔ CV non calmée par un traitement antalgique symptomatique bien conduit avec utilisation d'AINS IV et de morphiniques IV en titration.

Colique néphrétique: diagnostic différentiel

L'interrogatoire et l'examen physique sont essentiels pour l'orientation diagnostique.

Le scanner sans injection permet le plus souvent de rectifier le diagnostic.

Pathologies digestives :

- colique hépatique ;
- cholécystite aiguë ;
- pancréatite aiguë ;
- diverticulite ;
- appendicite aiguë ;
- hernie inguinale étranglée.

Pathologies gynécologiques :

- grossesse extra-utérine ;
- torsion de kyste ovarien ou d'annexe.

Pathologies médicales :

- pneumopathie ;
- arthrose lombaire.

Pathologies vasculaires :

- fissuration d'anévrisme de l'aorte abdominale ;
- infarctus mésentérique.

Colique néphrétique: traitement en urgence

- ❑ AINS: kétoprofène (Profénid®) 100 mg IV sur 20 min 3 ×/j: diminuent œdème local et inflammation, entraînent une relaxation des fibres musculaires lisses de l'uretère diminuant ainsi le péristaltisme, diminuent le débit de filtration glomérulaire.
- ❑ Antalgique: Niveau 1 (paracétamol) en association aux AINS en cas de douleurs de faible intensité.
- ❑ Antalgique: Niveau 3 (morphiniques), si contre-indication aux AINS, en association aux AINS en cas de douleur d'emblée importante, en cas de résistance au traitement par AINS
- ❑ Restriction hydrique ou hyperhydratation: aucune étude n'a permis de montrer la supériorité d'une des attitudes par rapport à l'autre. Les boissons sont laissées libres en fonction de la soif du patient.

Pyélonéphrite de la femme



- ❑ La prise en charge d'une pyélonéphrite aiguë dépend de deux paramètres :
 - Le caractère simple ou à risque de complication, lui-même dépendant du terrain.
 - L'existence ou non de signes de gravité.

- ❑ La pyélonéphrite à risque de complication est défini par:
 - au moins 1 facteur de risque de complication: grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 critères de Fried*. Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

*critères de Fried : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite.

Pyélonéphrite de la femme



- ❑ Le tableau clinique typique associe, de façon inconstante, des signes de cystite souvent inauguraux et discrets et des signes témoignant d'une atteinte parenchymateuse rénale:
 - fièvre ~ frissons.
- ❑ Douleurs de la fosse lombaire, souvent discrètes voire absentes.
- ❑ Douleurs le plus souvent unilatérales, à irradiation descendante vers les organes génitaux. Elles sont spontanées ou provoquées par la palpation ou la percussion de la fosse lombaire, éventuellement, empâtement à la palpation.
- ❑ Parfois la fièvre est absente au début, c'est la bandelette urinaire découvrant une leucocyturie franche qui permettra de poser le diagnostic.

Pyélonéphrite de la femme: examens complémentaires

Biologie

- ❑ FNS, protéine C réactive, fonction rénale, ECBU avec antibiogramme.

Pour l'imagerie, la stratégie est la suivante:

- ❑ Abstention possible pour un **premier** épisode de PNA simple non hyperalgique d'évolution rapidement favorable.
- ❑ Echographie pour les autres formes de PNA simple.
- ❑ Uroscanner ou à défaut échographie (en cas de contre-indication ou d'indisponibilité) dans les 24 h pour les PNA à risque de complication, pour les formes hyperalgiques, et en cas d'évolution défavorable à 72 h d'antibiothérapie.

Pyélonéphrite: traitement des PNA sans signe de gravité

❑ Propositions 2021 de la HAS et SPILF



Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme (débuté immédiatement après réalisation de l'ECBU):

- **1ère intention** : en l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois :
 - fluoroquinolones par voie orale : ciprofloxacin : 500 mg 2 fois par jour ou lévofloxacin : 500 mg par jour **durant 7 jours.**
- **2ème intention** : en cas de prise de fluoroquinolones dans les 6 mois :
 - céphalosporines de 3e génération par voie parentérale : ceftriaxone (IM, IV) : 1 g par jour (2 g par jour si signes de gravité ou patient obèse : IMC > 30) **durant 7 jours.**

Pyélonéphrite: traitement des PNA sans signe de gravité



□ Propositions 2021 de la HAS et SPILF

Traitement de relais : (désescalade fortement recommandée pour la molécule active avec le spectre le plus étroit).

- Par ordre de préférence :
 - amoxicilline : 1 g 3 fois par jour pendant **10 jours** ;
 - cotrimoxazole : 800 mg/160 mg 2 fois par jour pendant **10 jours** ;
 - amoxicilline-acide clavulanique : 1g 3 fois par jour pendant **10 jours** ;
 - ciprofloxacine : 500 mg 2 fois par jour ou lévofloxacine 500 mg 1 fois par jour ou ofloxacine : 200 mg 2 fois par jour pendant **7 jours** ;
 - céfixime : 200 mg 2 fois par jour pendant **10 jours** ;
 - ceftriaxone : 1 g à 2 g par jour pendant **7 jours** ;
 - En présence d'entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu : →se référer aux recommandations de la SPILF de 2018.

- Suivi : réévaluation systématique à 72 heures ; pas d'ECBU de contrôle sauf si évolution clinique défavorable après 72 heures.

Pyélonéphrite aiguë à risque de complication, sans signe de gravité

□ Propositions 2021 de la HAS et SPILF



Traitements antibiotiques, probabilistes ou de relais : comparables à ceux de la pyélonéphrite simple, sans signe de gravité, pour une durée de 10 jours si l'évolution est rapidement favorable.

- Suivi :
 - réévaluation clinique à 72 heures ;
 - pas d'ECBU de contrôle si évolution clinique favorable.

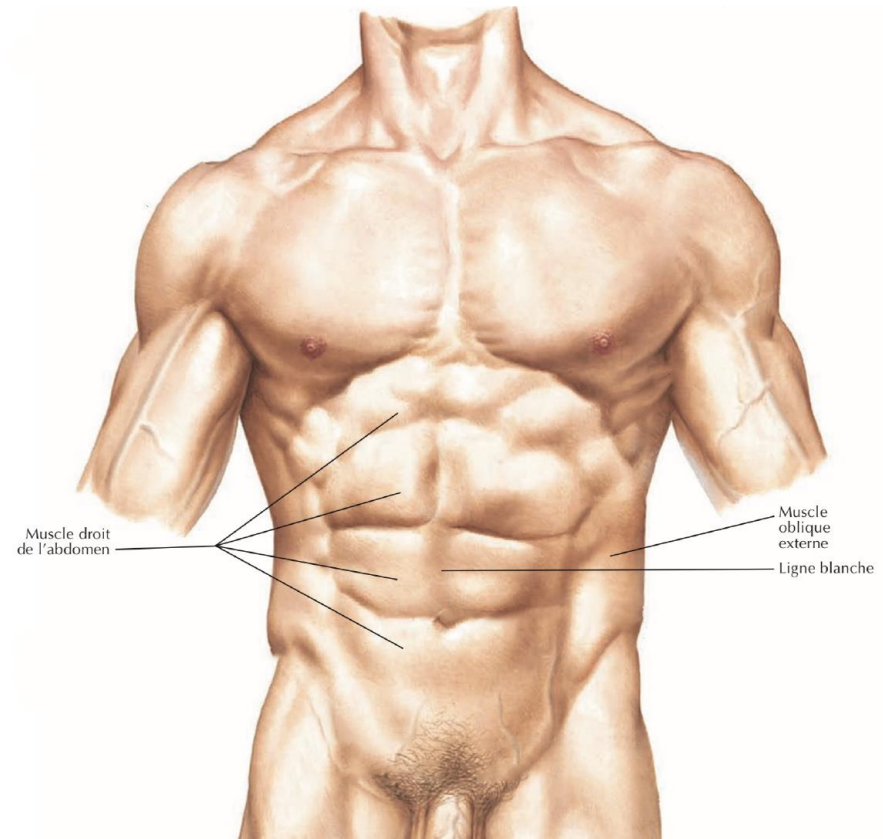
Douleur de la paroi abdominale



- ❑ Une composante pariétale pourrait exister dans 10 à 15 % des douleurs abdominales.
- ❑ Causes: pathologie musculaire abdominale, atteinte des nerfs de la paroi abdominale ou projection d'une douleur d'origine rachidienne ou costale.
- ❑ Identifier l'origine non viscérale d'une douleur évite la réalisation d'examens complémentaires, inutiles et permet de proposer au malade un traitement adapté.
- ❑ **L'interrogatoire et l'examen clinique** sont essentiels pour orienter le diagnostic.

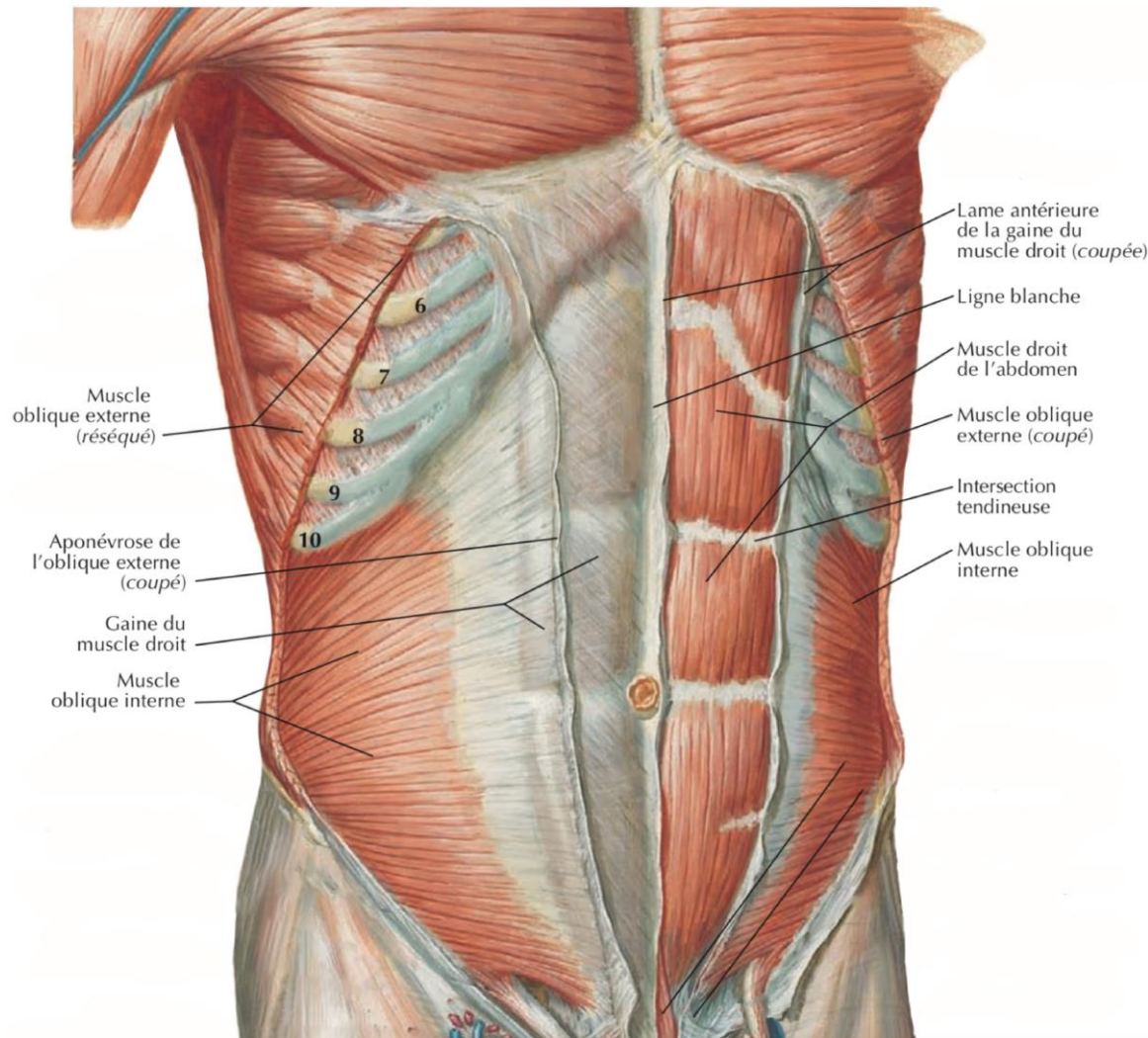
Douleur de la paroi abdominale: atteinte des nerfs cutanés abdominaux

- ❑ Conflit concernant la branche antérieure des nerfs cutanés abdominaux
- ❑ Ce conflit a lieu avant tout au niveau des zones aponévrotiques, le bord externe des muscles droits de l'abdomen (90 % des cas) ou la ligne blanche entre les droits (10 %).



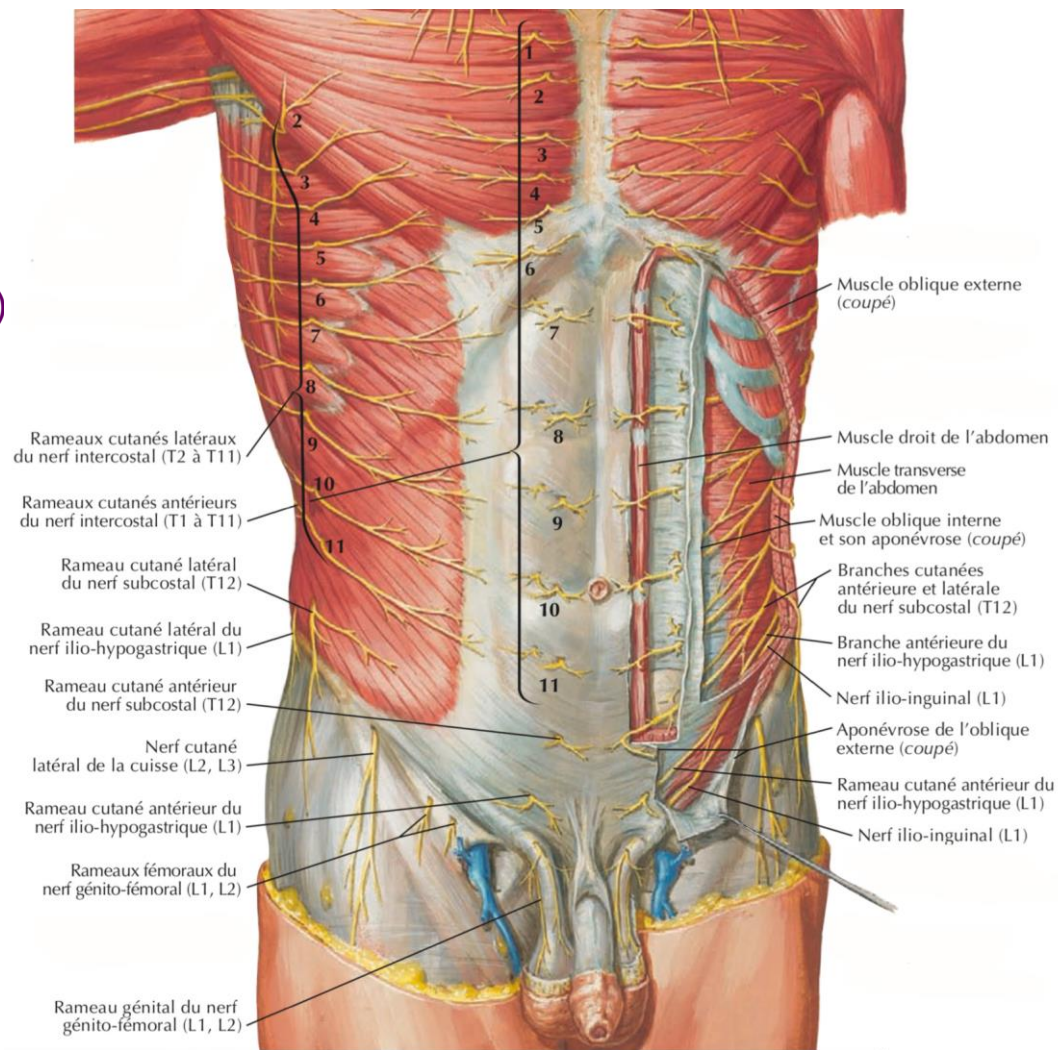
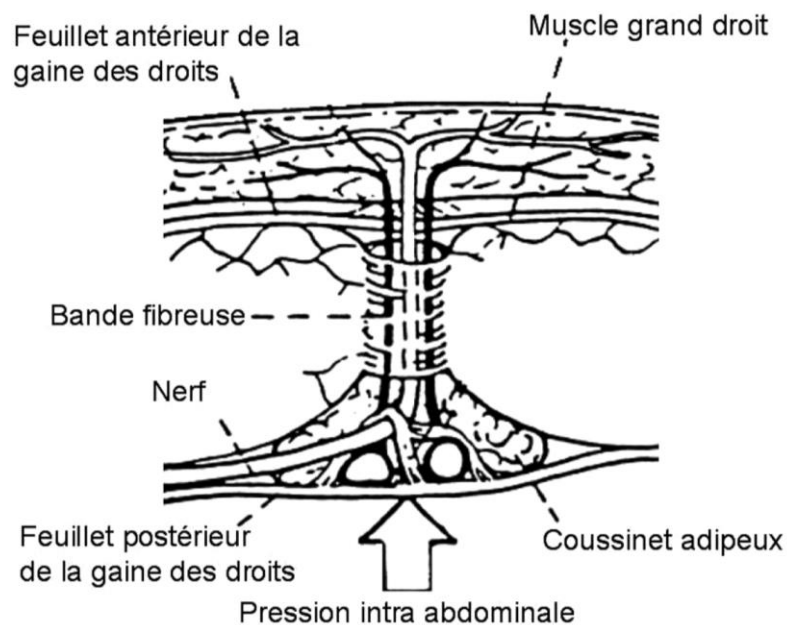
Douleur de la paroi abdominale: atteinte des nerfs cutanés abdominaux

- ❑ La douleur pariétale est due surtout à un conflit concernant la branche antérieure des nerfs cutanés abdominaux.
- ❑ Conflit prédominant au niveau des zones aponévrotiques, le bord externe des muscles droits de l'abdomen (90 % des cas) ou la ligne blanche entre les droits (10 %).



Douleur de la paroi abdominale: atteinte des nerfs cutanés abdominaux

- Cette topographie douloureuse s'explique par l'anatomie : dans son trajet au niveau du bord externe du droit de l'abdomen, le rameau nerveux cutané abdominal (T7 à T12) traverse une gaine fibreuse où il peut être traumatisé.



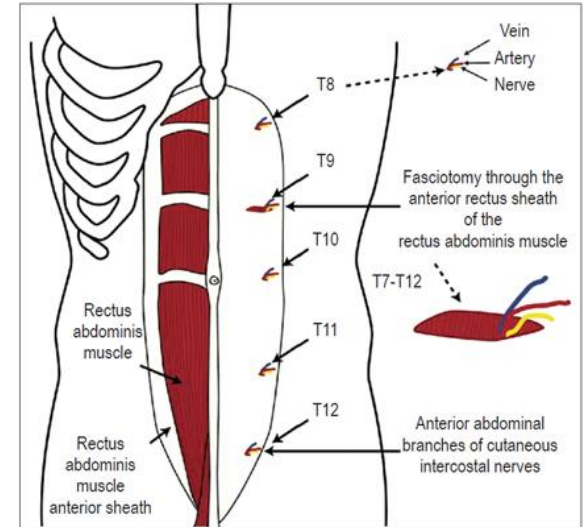
Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: sémiologie

- ❑ Le conflit peut être induit ou accru par une augmentation de la pression intra-abdominale qui survient notamment lors de l'exonération.
- ❑ Présence d'un signe de Carnett = élément clé pour le diagnostic.

Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: signe de Carnette

Les étapes suivantes peuvent être utilisées pour identifier le signe de Carnette:

- ① Avec le patient dans la position de décubitus dorsal, appuyez sur différents points tout le long du bord externe des muscles droits de l'abdomen à la recherche d'un point douloureux.
- ② La zone de douleur ne doit pas être $> 1,5 \text{ cm}^2$.
- ③ Parfois présence d'une allodynie.
- ④ Une fois que le site de la douleur a été identifié, la pression est maintenue avec le doigt.
- ⑤ La mise sous tension de la musculature, par la flexion active de la tête sur le tronc, majore la douleur et évoque alors une origine pariétale. Si la douleur diminue, le test est négatif et suggère une origine viscérale.



Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: examen clinique

D'autres méthodes permettent de contracter les muscles abdominaux sont:

Patient en décubitus dorsal on lui demande de soulever ses membres inférieurs ou de tousser.

Dans les deux cas, le doigt doit être gardé sur le site de la douleur.



Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: traitement

- ❑ L'effet antalgique d'une injection anesthésique locale est donc un second élément en faveur du diagnostic de douleur pariétale qui serait atténuée ou calmée dans 60 à 90 % des cas.
- ❑ Plusieurs injections, jusqu'à 6 dans certaines séries, sont parfois nécessaires pour obtenir un effet symptomatique.

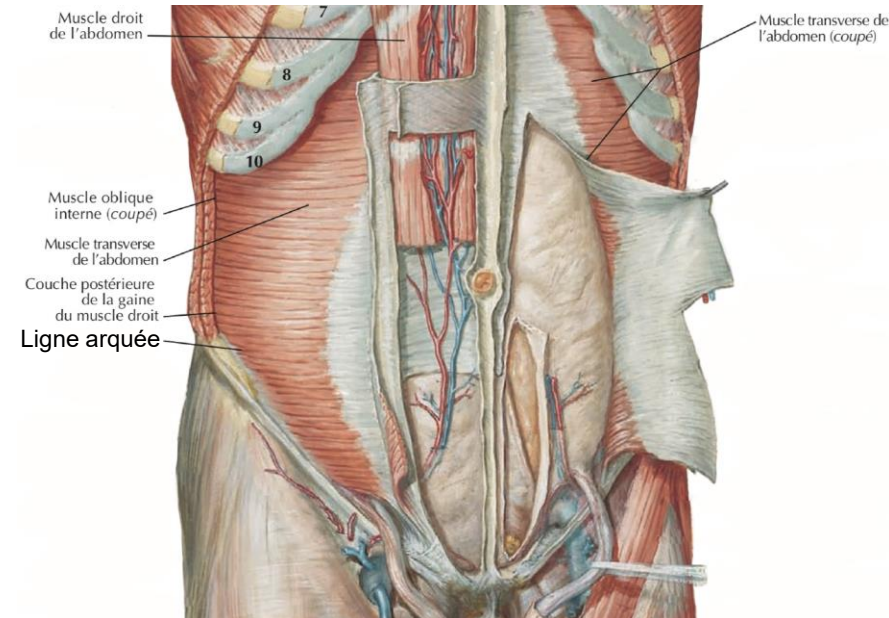
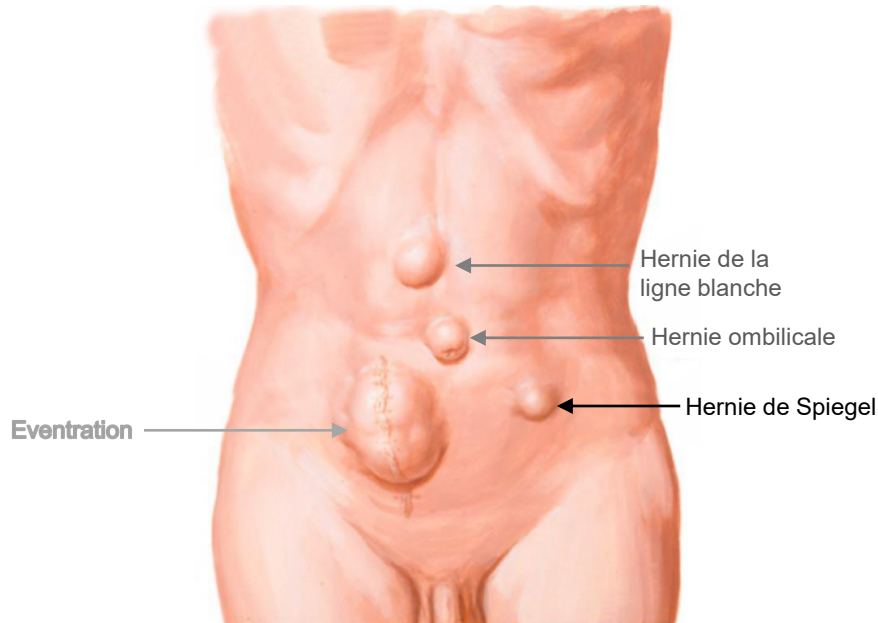


Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: injection
d'anesthésique local type XYLOCAINE® 10 mg/ml



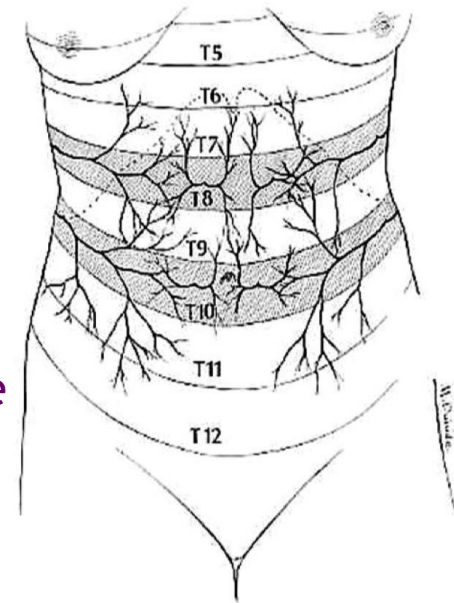
Douleur de la paroi abdominale: hernie pariétale

- ❑ Les hernies pariétales sont également une cause de douleur.
- ❑ Les hernies de Spiegel se développent à travers la ligne semi-lunaire, au bord externe du muscle droit de l'abdomen, souvent au-dessous de ligament dit arqué qui se situe en général à mi-distance entre l'ombilic et le pubis.
- ❑ Examen difficile, en cas de surcharge pondérale. La hernie est souvent intra-pariétale. L'échographie pariétale et le scanner sont alors utiles au diagnostic.



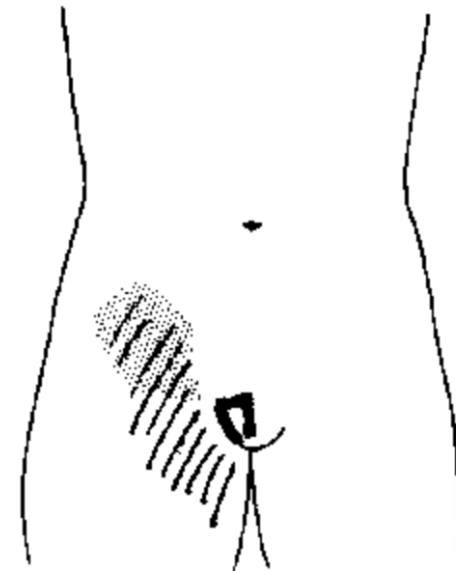
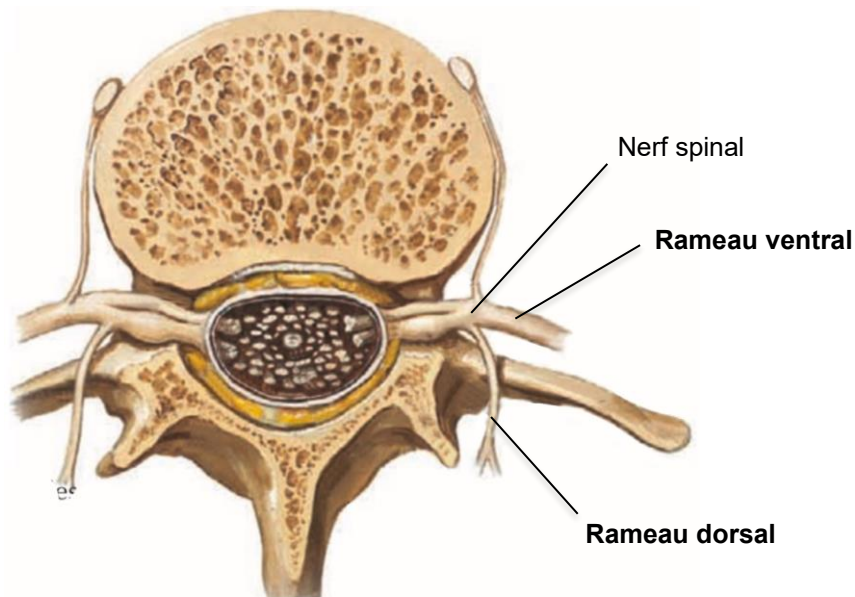
Douleur de la paroi abdominale: douleurs ostéo-articulaires projetées

- ❑ Une douleur projetée peut être due à tous les types d'atteinte osseuse ou ostéo-articulaires.
- ❑ Les conflits intervertébraux mineurs sont fréquemment responsables de douleurs projetées trompeuses via l'irritation du rameau ventral du nerf spinal.
- ❑ Une douleur épigastrique doit faire rechercher une atteinte au niveau de T6, une douleur péri-ombilicale une atteinte au niveau T10 et une douleur des fosses iliaques ou sus-pubienne, une atteinte de niveau T12-L1.



Douleurs ostéo-articulaires projetées

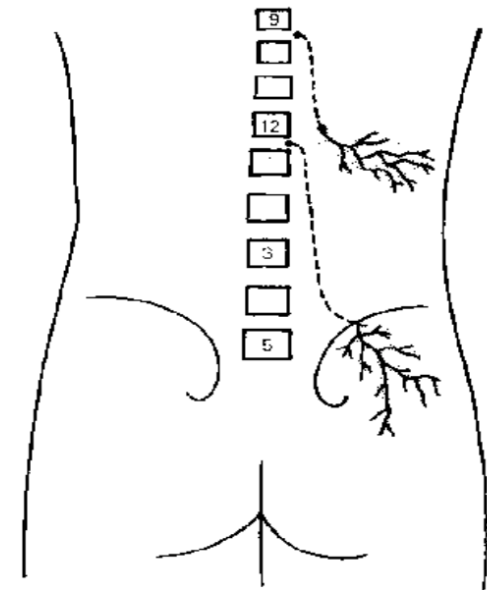
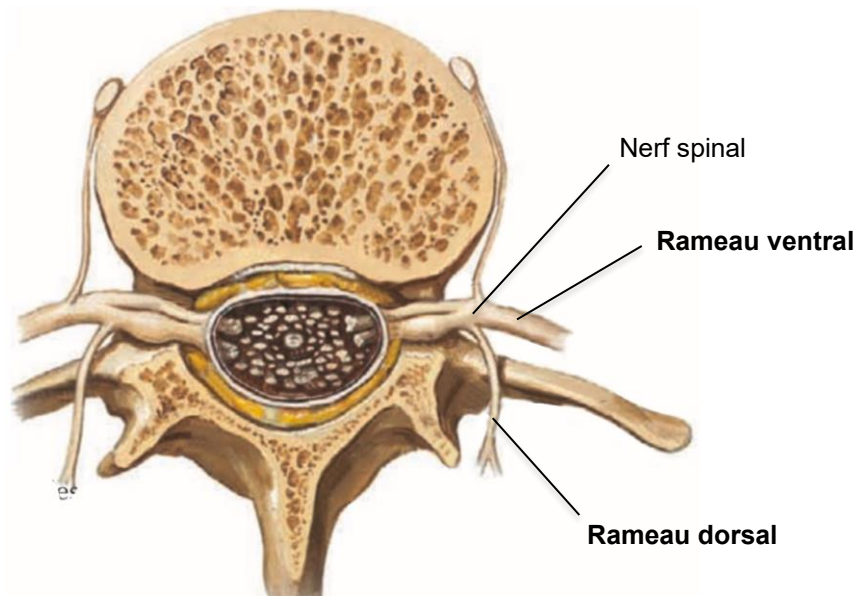
- ❑ La symptomatologie peut être favorisée par: recrudescence d'activité professionnelle ou physique, sources de décompensation d'un conflit intervertébral mineur jusque-là muet.
- ❑ L'atteinte de la branche ventrale déclenche une gêne ou une véritable douleur, le plus souvent unilatérale, de topographie iliaque.
- ❑ Au niveau de la fosse iliaque, la technique d'examen dite du "pincé-roulé" retrouve une zone cellulalgique.



Zone de cellulalgie de la fosse iliaque droite correspondant à l'irritation de la branche antérieure de L1.

Douleurs ostéo-articulaires projetées: examen clinique

- ❑ Le diagnostic est renforcé par la découverte d'une atteinte également du rameau dorsal du nerf spinal à l'origine d'une cellulalgie de la fesse et d'une douleur à la palpation appuyée de la crête iliaque ("point de crête").
- ❑ Un geste local (infiltration ou manipulation vertébrale) permet souvent une régression de la douleur.



Projection douloureuse en cas d'atteinte du rameau dorsal du nerf spinal

Douleur de la paroi abdominale: douleurs d'origine musculaire

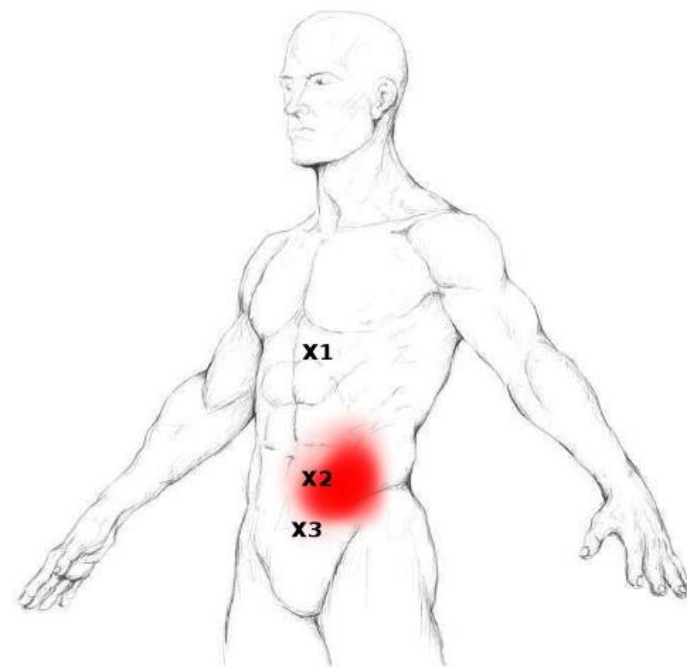
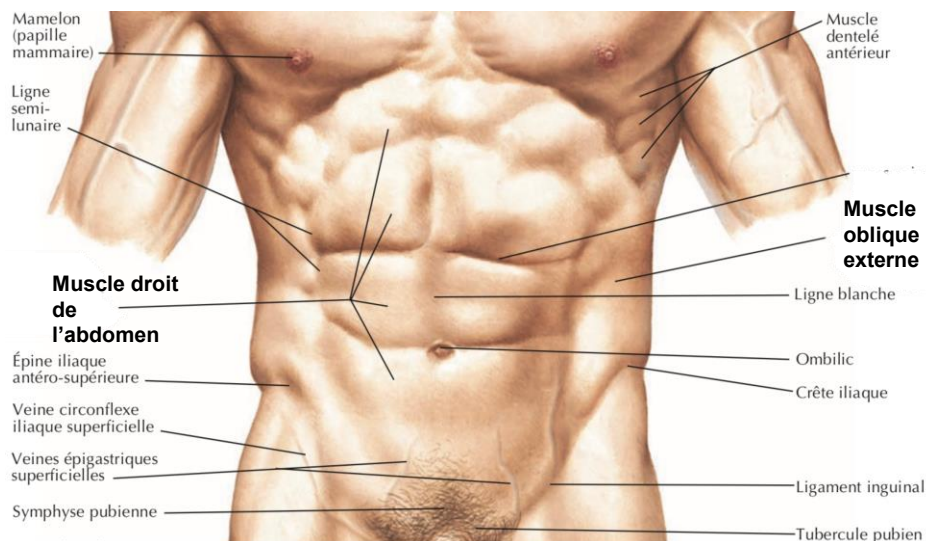
- ❑ Les différents muscles de la paroi abdominale peuvent être douloureux.
- ❑ La douleur est favorisée par les mouvements qui mettent en jeu ces différents muscles.
- ❑ Les problèmes musculo-squelettiques surviennent à la suite de microtraumatismes ou de tensions répétés, d'attitudes vicieuses et sont favorisés par un manque d'entraînement physique.

Douleurs d'origine musculaire: examen clinique

- ❑ L'examen doit rechercher un tonus musculaire anormal et l'existence de type trigger points ou points de tension musculaire.
- ❑ La recherche d'une augmentation localisée du tonus musculaire est facile pour certains muscles, comme muscle droit de l'abdomen, grâce à une palpation légère à travers des plans superficiels.
- ❑ On aura eu le soin d'examiner auparavant ces plans par la technique du “pincé-roulé” pour écarter une cellulalgie.
- ❑ Ces trigger points sont définis par les critères cliniques suivant:
 - point ou nodule palpable au sein d'une bande musculaire tendue;
 - denses et sensibles à la palpation;
 - présence d'une **douleur « référée »** (douleur projetée à distances).

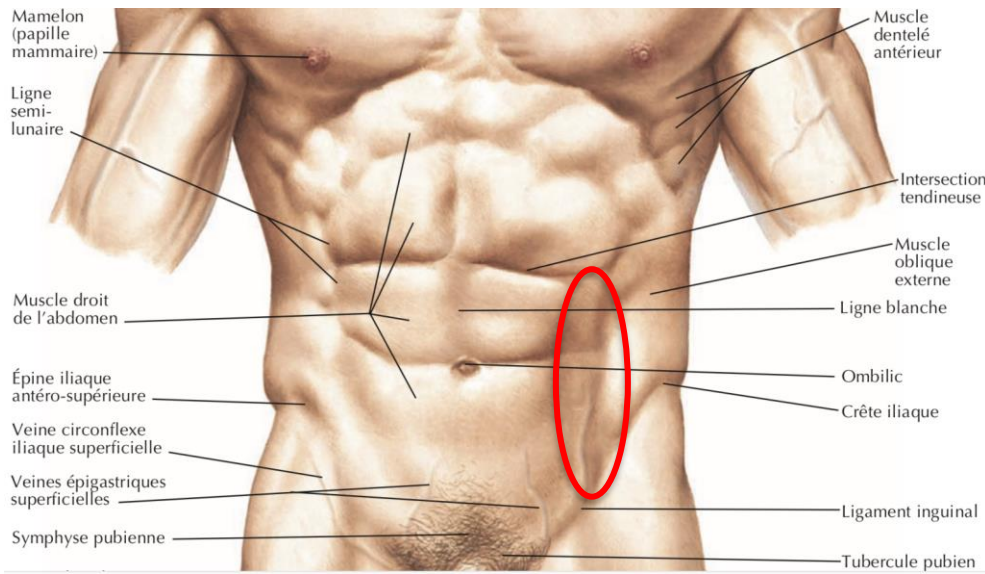
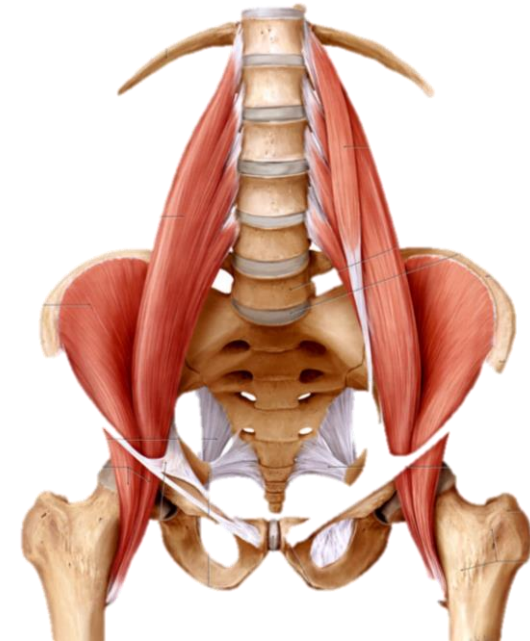
Douleurs d'origine musculaire: douleur des muscles droits de l'abdomen et obliques

- ❑ Les trigger point pour les muscles droits de l'abdomen peuvent se situer sur tout le trajet du muscle, depuis le rebord costal jusqu'au pubis.
- ❑ Les points douloureux des obliques se détectent au-dessus de la crête iliaque.



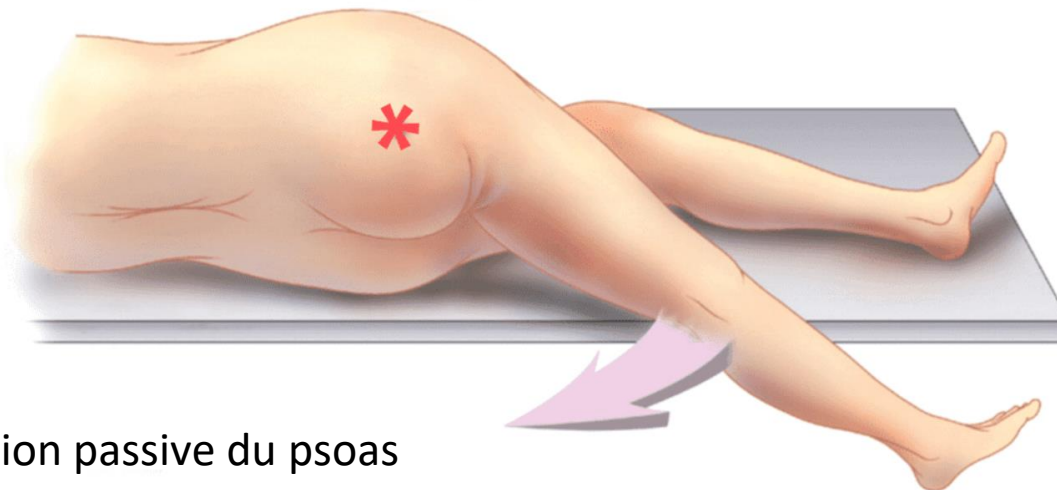
Douleurs d'origine musculaire: douleur du muscle psoas

- ❑ La douleur due au muscle psoas est l'une des plus fréquentes et des plus trompeuses.
- ❑ La palpation de la fosse iliaque fait évoquer le diagnostic en identifiant un muscle psoas contracté et douloureux



Douleurs d'origine musculaire: douleur du muscle psoas

- ❑ Point diagnostique important : quand le psoas est atteint, son raccourcissement lors de l'extension passive de hanche est douloureux.
- ❑ Le spasme du psoas pourrait être favorisé par certains mouvements de gymnastique comme la pratique d'abdominaux où le psoas est sollicité pendant près des deux tiers du mouvement



Extension passive du psoas

Douleur hypogastrique



Rétention aiguë d'urine

- Douleur sus-pubienne de plus en plus intense, besoin d'uriner permanent, n'aboutissant au mieux qu'à l'émission de quelques gouttes d'urines.
- L'examen clinique trouve un globe vésical, c'est-à-dire une masse hypogastrique tendue, pouvant remonter jusqu'à l'ombilic, convexe en haut. Cette masse est mate à la percussion, elle est douloureuse et la palpation augmente le besoin d'uriner.

Cystite aiguë

- Dysurie (besoin douloureux d'uriner et difficulté de miction)
- Pollakiurie.
- Besoin impérieux d'uriner.
- Douleurs et/ou ténésmes pelviens.



Les autres...
Douleurs abdominales diffuses

Cas clinique

Appel de l'épouse d'un homme de 58 ans.
« Bonsoir, mon mari a mal au ventre »

Quelles questions lui posez-vous ?

Cas clinique

Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 3 jours, avec une irradiation au niveau de l'épigastre, en médio-thoracique et au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Cette douleur permanente depuis 3 jours et elle est estimée à 5/10 et le Spasfon a été inefficace. Ce matin en buvant son café cette douleur c'est brutalement aggravée pour devenir transfixiante en coup de poignard , celle-ci est estimée à 10/10. Notion d'un épisode de vomissement la veille. Pas de gaz et de matières ce jour.

Apyrexie – Saturation 97%

Antécédent

- Tabagisme actif
- Infarctus du myocarde chez son père
- Hypercholestérolémie non traitée
- Hypothyroïdie
- Appendicectomie

Traitement

- LEVOTHYROX 50

Cas clinique

Vous l'avez adressé aux urgences.

Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 3 jours, avec une irradiation au niveau de l'épigastre, en médio-thoracique et au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Cette douleur permanente depuis 3 jours et elle est estimée à 5/10 et le Spasfon a été inefficace. Ce matin en buvant son café cette douleur c'est brutalement aggravée pour devenir transfixiante en coup de poignard , celle-ci est estimée à 10/10. Notion d'un épisode de vomissement la veille. Pas de gaz et de matières ce jour.

Tension artérielle : 140/80 mmHg

Fréquence cardiaque : 57 /mn

Saturation en oxygène : 97 % en air

Ambiant

Examen pulmonaire : silence auscultatoire base pulmonaire droite.

L'examen de l'abdomen révèle la présence d'une défense et d'une contracture au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre.

Antécédent

- Tabagisme actif
- Infarctus du myocarde chez son père
- Hypercholestérolémie non traitée
- Hypothyroïdie
- Appendicectomie

Traitement

- LEVOTHYROX 50

Question 3: Après l'examen clinique, quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

1 - Appendicite aiguë

2 - Colique néphrétique

3 - Ulcère gastro-duodéal perforé

4 - Cholécystite aiguë

Cas clinique

Vous voyez en consultation un homme de 58 ans.

Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 3 jours, avec une irradiation au niveau de l'épigastre, en médio-thoracique et au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Cette douleur permanente depuis 3 jours et elle est estimée à 5/10 et le Spasfon a été inefficace. Ce matin en buvant son café cette douleur c'est brutalement aggravée pour devenir transfixiante en coup de poignard , celle-ci est estimée à 10/10. Notion d'un épisode de vomissement la veille. Pas de gaz et de matières ce jour.

Examen pulmonaire : silence auscultatoire base pulmonaire droite.

Défense et contracture au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre.

Leucocytes 16 800

Troponine ultrasensible 4 (Nle <5)

Fonction hépatique normale

Urée : 6.6,

Créatininémie : 154 micromol/L

CRP : 123.

Na⁺ : 141, K⁺ : 3.9, Cl⁻ : 98, HCO₃⁻ : 25

Antécédent

- Tabagisme actif
- Infarctus du myocarde chez son père
- Hypercholestérolémie non traitée
- Hypothyroïdie
- Appendicectomie

Traitement

- LEVOTHYROX 50

Scanner thoraco-abdomino-pelvien: épanchement péri-vésiculaire, sous-hépatique, perforation d'un ulcère gastrique

Epanchement péri-vésiculaire, sous-hépatique, perforation d'un ulcère gastrique



La péritonite



- ❑ La douleur abdominale est intense, généralisée ou parfois localisée à un quadrant de l'abdomen, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non de signes infectieux.
- ❑ A l'examen physique il existe des signes péritonéaux: la défense est une contracture involontaire des muscles de l'abdomen en réaction à la pression exercée par les mains sur la paroi. La paroi se laisse déprimer mais à partir d'une certaine profondeur, la dépression de la paroi par la main de l'examineur devient impossible en raison de la tension musculaire.
- ❑ La contracture est le stade extrême de la défense. Toute dépression de la paroi abdominale est impossible. Il s'agit du « ventre de bois ».
- ❑ Il est important de faire préciser au patient la localisation initiale de la douleur qui oriente vers l'organe responsable.

La péritonite



- ❑ Les signes péritonéaux peuvent être modérés voire absents chez les personnes âgées, dénutries ou immunodéprimées.
- ❑ Ils peuvent être difficiles à évaluer chez un patient obèse ou chez un malade dans le coma.

La péritonite: imagerie



- ❑ Le scanner injecté : la référence.
 - Permet de confirmer le diagnostic de péritonite (épaississement et hyperhémie du péritoine, +/- collections extra-digestives liquidiennes ou fécales)
 - En recherche la cause.



Cas clinique

Appel de l'épouse d'un homme de 92 ans pour douleurs abdominales diffuses.
Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique

Appel de l'épouse d'un homme de 92 ans.

Vomissements et de douleurs abdominales diffuses.

A l'interrogatoire, elle vous rapporte que le début des symptômes remonte à 6 jours, par des vomissements et des douleurs abdominales diffuses. Depuis 6 jours il ne s'alimente plus et ne boit plus. Il a vu son médecin traitant qui lui a donné du Vogalène et du spasfon.

Dernières selles il y a 4 jours.

Pas de gaz depuis ?

Soif intense.

Apyrexie

Antécédent

- Fibrillation atrial
- Cholécystectomie

Traitement

- ELIQUIS

Cas clinique

Vous l'avez adressé aux urgences

Tension artérielle : 120/74 mmHg

Fréquence cardiaque : 108 /mn

Température : 36°2

Glycémie 2.32

Saturation en oxygène : 92 % en air ambiant

Bruits du cœur : Normaux et réguliers

Examen pulmonaire : Normal

Abdomen souple, météorismé,
hypertympanique, pas de contracture ni de
défense, des bruits hydro-aériques
exacerbés

Ampoule rectale vide au toucher rectal

Pli cutané

Sècheresse des muqueuses

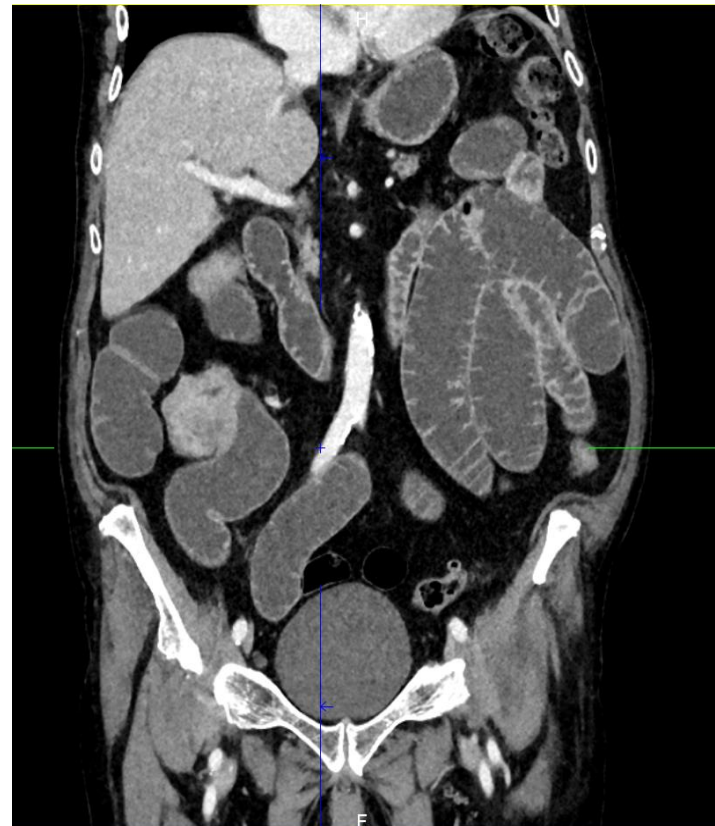
Antécédent

- Fibrillation atrial
- Cholécystectomie

Traitement

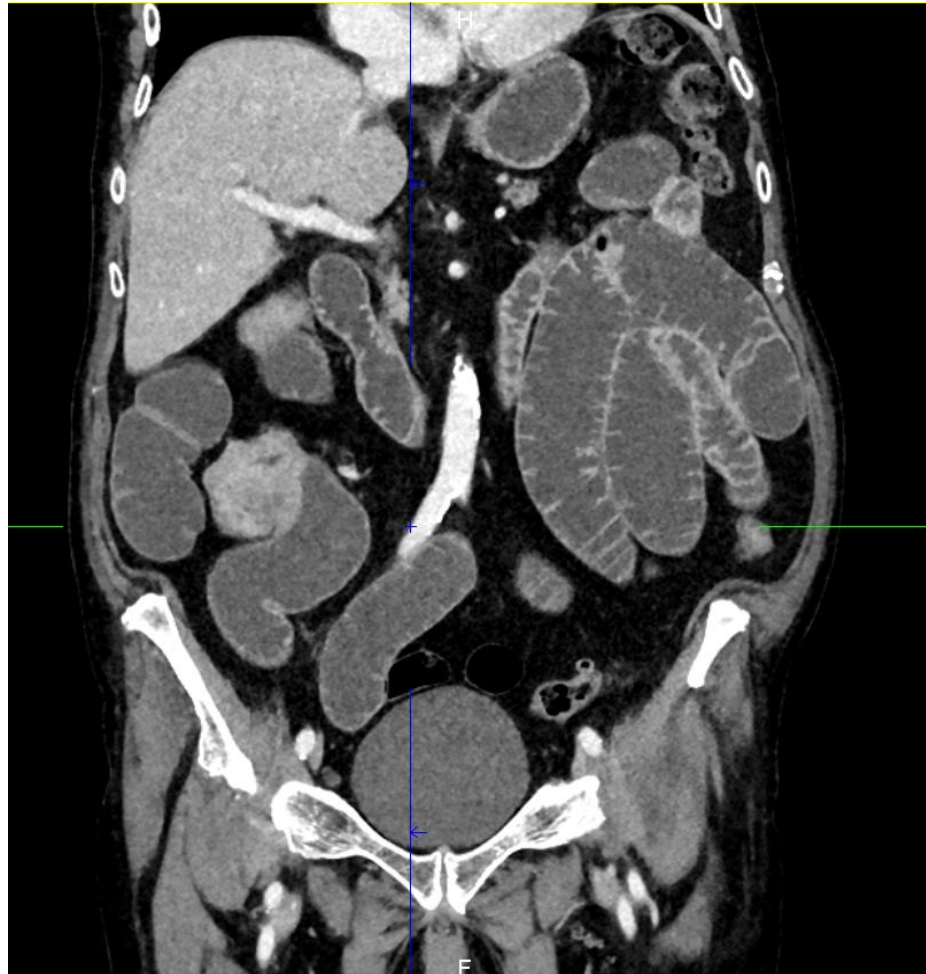
- Préviscan

Cas clinique



Occlusion du grêle sur volumineuse tumeur
du caecum

Cas clinique



Occlusion intestinale



- ❑ Elle se manifeste par l'association de trois symptômes d'intensité variable et de chronologie parfois décalée: douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières et des gaz.
- ❑ La cause de l'occlusion peut être mécanique, par obstacle sur l'intestin grêle ou le colon. L'obstacle peut être pariétal (cancer colique), intraluminal (gros calcul vésiculaire) ou extraluminal (bride postopératoire).
- ❑ Elle peut être fonctionnelle, sans obstacle, iléus « paralytique » dû à un foyer infectieux (ex. abcès appendiculaire) ou inflammatoire (pancréatite aiguë) ou encore du sang intrapéritonéal ou rétropéritonéal.

Occlusion intestinale

- ❑ Les douleurs abdominales constantes, précoces, localisées ou diffuses.
- ❑ Les vomissements. Ils sont d'autant plus précoces que l'obstacle est haut situé.
- ❑ **Arrêt des matières et des gaz:** symptôme principal, mais il peut être masqué par la vidange du segment intestinal distal. Il est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas situé. L'arrêt des gaz est le signe le plus spécifique.
- ❑ Le météorisme associe un ballonnement abdominal visible à l'inspection et un tympanisme décelé par la percussion. L'abdomen est tendu et sensible de façon diffuse, habituellement souple mais une défense localisée peut traduire la souffrance d'une anse intestinale.
- ❑ La palpation comporte l'examen attentif des orifices herniaires. Présence anomalie, au toucher rectal (fécalome, cancer du rectum).
- ❑ Présence ou absence de bruits hydroaériques à l'auscultation.
- ❑ La recherche d'une cicatrice abdominale est essentielle.

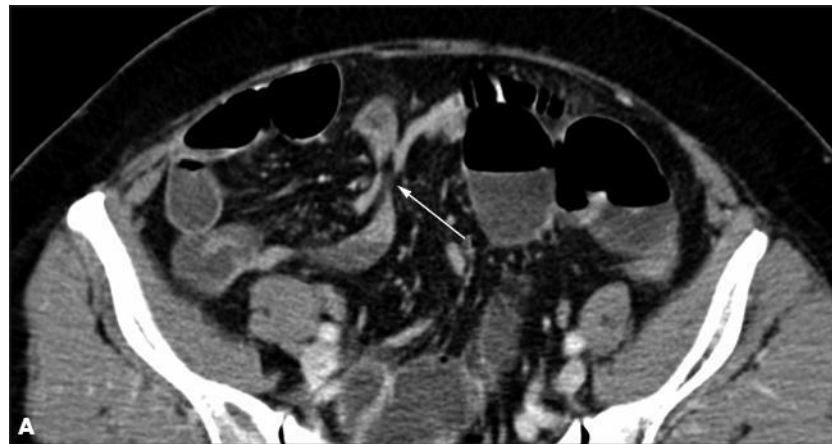
Occlusion intestinale du patient de plus de 65 ans

Dans 50% des cas le patient âgé

- ❑ N'aura pas de vomissements, pas de constipation, mais surtout une diarrhée.

Occlusion intestinale: imagerie

- ❑ Le scanner injecté : examen de première intention
 - Occlusion du grêle (dilatation $> 2,5\text{cm}$ d'une anse grêle), occlusion colique = dilatation $> 8\text{cm}$,
 - Associée à la présence de niveaux hydroaériques.
 - Précise le site et le mécanisme de l'occlusion (bride , volvulus, tumeur)
 - Recherche de signe de gravité.



Cas clinique

Appel d'un homme de 31 ans pour douleur abdominale.
Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique

Appel d'un homme de 31 ans qui présente depuis 48h un tableau douleur abdominale diffuse, sans fièvre avec selles glaireuses non diarrhéiques. Pas de notion de voyage récent.

Il a pris du Spasfon qui n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse.

La douleur est estimée à 4/10

Il signale des selles très noires il y a quelques jours.

Antécédent

- Cure chirurgicale fissure anale

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Vous avez adressé le patient aux urgences: homme de 31 ans qui présente depuis 48h un tableau douleur abdominale diffuse, sans fièvre avec selles glaireuses non diarrhéiques. Pas de notion de voyage récent.

Il a pris du Spasfon qui n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse.

La douleur est estimée à 4/10

Il signale des selles très noires il y a quelques jours.

TA: 130/80 mmHg

Fréquence cardiaque: 93 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Température: 37°3

L'abdomen est souple, dépressible mais sensible au niveau de l'hypogastre, de la fosse iliaque droite et gauche, mais absence de défense et de contracture.

SaO₂: 99 %

Leucocytes: 13000

Fibrinogène 4,7 g/L

PCR: 10,9 mg/L

Antécédent

- Cure chirurgicale fissure anale

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Épaississement muqueux caecal de la dernière anse et de l'appendice évoquant une entéro-colite.



Douleur abdominale et diarrhée: Iléite infectieuse

- ❑ Atteinte de l'iléon terminal d'origine infectieuse.
- ❑ Définition: tableau clinique évocateur associé à une modification de l'iléon terminal en imagerie (échographie, scanner, IRM).
- ❑ Le tableau clinique est dominé par une douleur de la fosse iliaque droite associé à une fièvre et/ou une diarrhée.
- ❑ L'imagerie permet le diagnostic positif d'iléite et infirme une appendicite ou une origine gynécologique aux douleurs.
- ❑ Les infections bactériennes sont les causes les plus fréquentes d'iléite aiguë. Les yersiniose sont les iléites bactériennes les plus fréquentes comptant pour près de 40 % des causes infectieuses viennent ensuite les salmonelloses et les infections à *Campyobacter jejuni*.

Douleur abdominale et diarrhée: colites aiguës

Colites aiguës: taxinomie

- ❑ Colites infectieuses.
- ❑ Colites ischémiques.
- ❑ Colites médicamenteuses.
- ❑ MICI:
 - ❑ **Maladie de crohn:** douleurs abdominales, diarrhée avec ou sans émissions sanglantes, atteinte de la région anale (fissure, fistule, abcès). Altération de l'état général accompagne souvent les poussées, amaigrissement, fièvre. Parfois certaines poussées s'accompagnent de manifestations extra-intestinales : articulaires (arthrites), cutanées ou oculaires.
 - ❑ **Rectocolite hémorragique:** douleurs abdominales associées à une diarrhée accompagnée de sang.

Cas clinique

- Vous recevez l'appel un patient de 27 ans pour des douleurs abdominales.
- Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique

- ❑ Vous recevez l'appel un patient de 27 ans pour des douleurs abdominales diffuses associées à des nausées et une diarrhée depuis 3 semaines. Il rapporte 5 à 6 selles par jours, absence de glaires et de sang.
- ❑ Douleurs intermittentes, installation progressive.
- ❑ Pas de fièvre, pas de frissons, pas de signes urinaires

Antécédent

- Aucun

Traitement

- Aucun

Cas clinique

- ❑ Vous recevez l'appel un patient de 27 ans pour des douleurs abdominales diffuses associées à des nausées et une diarrhée depuis 3 semaines. Il rapporte 5 à 6 selles par jours, absence de glaires et de sang.
- ❑ Le médecin sur place découvre un abdomen souple, sensible dans son ensemble, pas de défense.
- ❑ Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Antécédent

- Aucun

Traitement

- Aucun

Cas clinique: il a réalisé un bilan biologique et examen des selles

- ❑ Protéine C réactive 7,6 mg/L (Normale < 5)
- ❑ Leucocytes 10,45 G/L
- ❑ TSH 1,34 (Normale 0,27-4,2)
- ❑ Coprocultures: Absence de bactéries entéro-pathogènes.
- ❑ Examen parasitologique des selles sur 3 jours: absence d'élément parasitaire.

Cas clinique

- ❑ Auto-anticorps IgA anti-transglutaminase 14 UI (Normale < 7)
- ❑ Calprotectine fécale négative

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) = « désordre de l'axe cerveau-intestin »

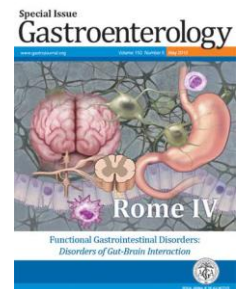
- ❑ Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un des premiers motifs de consultation en gastroentérologie.
- ❑ La prévalence du SII est de 5 %.
- ❑ Un tiers des sujets atteints consultent un médecin pour ce motif avec une prédominance féminine (70 % de femmes). Le diagnostic est souvent porté entre 30 et 40 ans.

Le syndrome de l'intestin irritable: diagnostic

- ❑ Le diagnostic est clinique.
- ❑ Le diagnostic repose sur l'association de douleurs abdominales chroniques, de ballonnements et de troubles du transit.
- ❑ Le SII est défini selon des critères cliniques régulièrement actualisés (critères de Rome IV depuis 2016), par la coexistence de douleurs abdominales chroniques et troubles du transit (constipation, diarrhée, alternance des deux) fluctuants.

Douleur abdominale chronique (depuis au moins 6 mois) au moins 1 jour par semaine sur les 3 derniers mois associée avec au moins 2 des points suivant:

1. En relation avec la défécation.
2. Associé avec une modification:
 - De la fréquence des selles.ou
 - De l'aspect (apparence) des selles:
 - avec diarrhée prédominante (SII-D)
 - avec constipation prédominante (SII-C)
 - avec alternance diarrhée constipation (formes mixtes, SII-M)
 - et des formes inclassées (absence de critères suffisants pour répondre aux critères des autres formes).



Sous-groupes en fonction de la consistance des selles: échelle de Bristol

Sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol








SII avec constipation prédominante (SII-C) :
Bristol 1-2 \geq 25% du temps et Bristol 6-7 \leq 25% du temps

SII avec diarrhée prédominante (SII-D) : Bristol 6-7 \geq 25% du temps et Bristol 1-2 \leq 25% du temps.

SII avec alternance diarrhée-constipation (SII-M)
: Bristol 1-2 25% du temps et Bristol 6-7 25% du temps.

SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du SII-C, SII-D ou SII-M.

Échelle de Bristol

Type 1		Petites crottes dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer.
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses.
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface. Crotte quasiment parfaite.
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce. Crotte parfaite.
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer).
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées.
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide.

Diagnostic différentiel

- Les MICI.
- Les polypes et cancers colo-rectaux.
- Les syndromes de malabsorption (intolérance au lactose, sensibilité au gluten non coeliaque, maladie coeliaque).
- Les diarrhées infectieuses.
- Les dysfonctions thyroïdiennes.

Recherche de signes cliniques d'alarme

- ❑ La recherche de signes cliniques d'alarme en faveur d'une pathologie organique est une étape essentielle dans la prise en charge initiale.
- ❑ Principaux éléments guidant l'indication de la coloscopie au cours du SII:
 - Antécédent familial de cancer ou d'adénomes colorectaux.
 - Âge > 50 ans (en l'absence de coloscopie complète depuis l'installation des symptômes).
 - Symptômes récents ou récemment modifiés.
 - Résistance au traitement symptomatique.
 - Présence de signes d'alarme :
 - hémorragie digestive patente ou latente (anémie hyposidérémique);
 - anomalies de l'examen clinique;
 - Amaigrissement.

Examens complémentaires

- ❑ Les examens complémentaires, biologiques et morphologiques, doivent être réalisés avec discernement, leur rentabilité diagnostique est faible chez des patients répondant aux critères de Rome.
- ❑ On peut réaliser pour éliminer une pathologie organique:
 - NFS à la recherche d'une anémie.
 - CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire.
 - Dosage de la TSH (en cas de SII-D) pour éliminer une hyperthyroïdie.
 - Dosage des anticorps IgA anti-transglutaminase et/ou anticorps anti-endomysium (en cas de SII-D) pour éliminer une maladie coeliaque (0 à 3%).
 - Examen parasitologique des selles utile en cas de forme de SII-D à début brutal pour éliminer une lamblïase.
 - Dans les formes avec diarrhée, le dosage de calprotectine fécale peut aider à discriminer entre maladie inflammatoire et SII (calprotectine: très bonne valeur prédictive négative, si la calprotectine fécale est basse à fortiori associé à une CRP basse, ces 2 critères associés permettent d'éliminer une maladie inflammatoire du colon).



Les douleurs abdominales qui
masquent une pathologie
extra-digestive

Point important

Dans ce type de pathologie générale à présentation viscérale, il existe une discordance entre la présentation évoquant un tableau chirurgical et un examen clinique révélant un abdomen souple.

Acido-cétose diabétique



- ❑ C'est une complication fréquente aiguë et potentiellement grave du diabète sucré.
- ❑ Cette pathologie doit être notamment évoquée devant la notion d'un syndrome polyuropolydyspique, ou de la présence de troubles neurologiques ou d'une dyspnée de type Kussmaul avec haleine cétosique.
- ❑ La réalisation d'un hémoglucotest, cétonémie capillaire et d'une bandelette urinaire s'avèrent nécessaire de principe, devant toute douleur abdominale isolée ou associée afin d'éliminer cette pathologie.
- ❑ Les troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements incoercibles, douleurs abdominales diffuses) sont fréquents (50 %) chez les patients présentant une acidocétose diabétique et sont associés à la sévérité de l'acidose métabolique et non pas avec la gravité de l'hyperglycémie.

Cédoacidose alcoolique

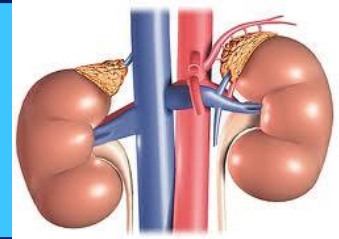


- ❑ Survient chez l'alcoolique chronique, dans un contexte de jeun prolongé, parfois lié à une intolérance alimentaire secondaire à une gastrite ou à une pancréatite aiguë, avec poursuite de la consommation alcoolique.
- ❑ Elle prédomine chez la femme.
- ❑ Se traduit cliniquement par des douleurs abdominales, des vomissements incoercibles, une hypotension artérielle avec tachycardie, une dyspnée et l'altération modérée du niveau de conscience.
- ❑ Diagnostic difficile à établir puisque la cétonurie n'est pas toujours retrouvée à la bandelette car le principal produit est l'acide β -hydroxybutyrique, est non décelé par les bandelettes urinaires.
- ❑ A évoquer devant une cétonémie capillaire glycémie subnormale ou basse, une cétonurie avec une glycémie subnormale ou basse.

Hypercalcémie

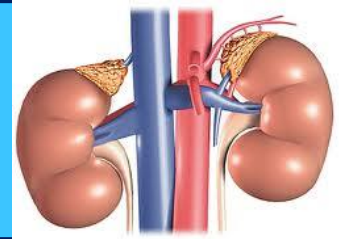
- ❑ Les symptômes sont relativement peu spécifiques.
- ❑ Les patients présentant une hypercalcémie aiguë peuvent se présenter avec des douleurs abdominales vagues, associées à une anorexie, des nausées, des vomissements et à une constipation.
- ❑ L'hyperparathyroïdie primaire et les localisations osseuses de néoplasies (prostate, ovaire, thyroïde ...) constituent 80 à 90 % de l'ensemble des cas d'hypercalcémie.
- ❑ Diagnostic à évoquer devant l'association de signes cardiovasculaires (tachycardie, hypotension artérielle orthostatique, raccourcissement du QT, arythmie ventriculaire ...), de signes neurologiques (fatigabilité, troubles cognitifs, somnolence, voire coma), et d'une polyurie par diurèse osmotique avec déshydratation.

Insuffisance surrénalienne (1)



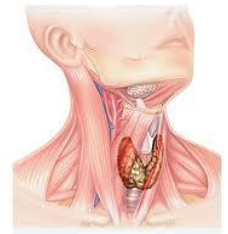
- ❑ C'est une pathologie rare (1/10 000 habitants), mais grave, mettant en jeu le pronostic vital si un traitement adéquat n'est pas débuté en urgence.
- ❑ Symptomatologie digestive manifestation clinique classique, mais diagnostic retardé en raison de la nature non spécifique des symptômes.
- ❑ Douleurs abdominales intenses, diffuses, pseudo-chirurgicales, associées à des nausées, des vomissements, des diarrhées et des signes généraux (fièvre, hypotension) évocatrice de péritonite, contredit par l'examen clinique qui retrouve un abdomen souple.
- ❑ Présence d'une altération importante de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement. Une confusion peut être présente.

Insuffisance surrénalienne (2)



- ❑ Dans la majorité des cas, il s'agit de la décompensation d'une insuffisance surrénale chronique (connue ou non) dans les circonstances suivantes : interruption du traitement substitutif, pathologies intercurrentes (troubles digestifs, fièvre, infection, accident cardio-vasculaire, hyperthyroïdie...), traumatisme, chirurgie ou geste invasif, accident de la voie publique, grossesse, forte émotion. Parfois, aucun facteur déclenchant évident n'est retrouvé.
- ❑ La cause la plus fréquente des ISA secondaires est l'arrêt brutal d'une corticothérapie au long cours. On considère que l'administration de 20-30 mg de prednisolone chaque jour pendant 5 jours suffit à bloquer l'axe hypothalamo- hypophyso-surrénalien de façon prolongée.
- ❑ Les autres causes d'insuffisance surrénale aiguë surviennent par :
 - nécrose ou hémorragie des deux surrénales au cours des sepsis sévères, de traumatisme abdominal, de syndrome des antiphospholipides, de surdosage en anticoagulant, de grossesse ou de chirurgie.

Dysthyroïdie



- ❑ La crise aiguë thyrotoxique est une maladie rare.
- ❑ La crise aiguë thyrotoxique associe: hyperthermie, troubles du système nerveux (confusion, agitation, convulsions, coma), troubles du rythme cardiaque (tachycardie, FA. ..), insuffisance cardiaque, déshydratation et des manifestations abdominales compatibles avec une urgence chirurgicale: vomissements, douleurs, diarrhées.
- ❑ La douleur abdominale est un symptôme inhabituel, liée probablement à l'augmentation de la motilité intestinale, avec diarrhée, malabsorption et la perte de poids.
- ❑ L'hypothyroïdie peut également entraîner des douleurs abdominales essentiellement par la constipation qu'elle provoque liée à la diminution de la motilité intestinale, pouvant entraîné un iléus paralytique.

La fièvre méditerranéenne familiale



- ❑ Atteint de manière prédominante les sujets originaires de l'est méditerranéen, Juifs séfarades et Arméniens.
- ❑ Il s'agit d'un syndrome abdominal aigu, qui commence brusquement chez un sujet jusqu'alors en bonne santé.
- ❑ Les poussées de FMF commencent avant l'âge de 20 ans chez approximativement 90% des patients.
- ❑ La FMF est la maladie prototype des maladies auto-inflammatoires héréditaires : les mutations du gène MEFV (Mediterranean FeVer) entraînent un dérèglement du système immunitaire inné. Anomalie au niveau des monocytes et polynucléaires neutrophiles et se traduisant par la sécrétion anormale de certaines cytokines telles que l'IL-1 β , l'IL-6, l'IL18 et le TNF α . Sécrétion de cytokinique entraînant une augmentation non spécifique des protéines de la phase aiguë de l'inflammation (CRP, fibrinogène, ...) et est responsable des signes cliniques inflammatoires systémiques (fièvre, douleurs musculaires et inflammation des séreuses).
- ❑ Complication majeure de la FMF l'amylose rénale secondaire.

La fièvre méditerranéenne familiale: arguments cliniques



- ❑ Episodes de fièvre, ils doivent être spontanément limités dans le temps (< 4 jours) et séparés par des intervalles d'apyrexie de durée variable. Ces épisodes se reproduisent pendant des mois voire années de manière stéréotypée et la présence d'au moins 3 épisodes est nécessaire avant d'évoquer la possibilité d'une fièvre méditerranéenne familiale.
- ❑ Signes cliniques accompagnant cette fièvre témoignant d'une inflammation aiguë en rapport avec l'activation du système immunitaire inné :
 - inflammation des séreuses (arthralgies ou arthrites, douleur abdominale avec péritonite et douleur thoracique en lien avec une péricardite ou pleurite, orchite).
 - parfois présence d'une atteinte cutanée (pseudo-érysipèle très évocateur du diagnostic)
 - Atteintes musculaires:
 - Myalgies aiguës
 - Myalgies et plantalgies d'effort.
 - Myalgies fébriles prolongées.
 - Les signes d'accompagnement sont parfois responsables d'interventions chirurgicales à répétition (suspicion de torsion de testicule à répétition, appendicectomie, voire cholécystectomie chez des patients relativement jeunes, suspicion d'arthrite septique à répétition, ...).

Conclusion: douleurs abdominales aiguës

- ❑ La prise en charge initiale d'un syndrome douloureux abdominal est dominée par l'élimination des grandes urgences qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital à court terme.
- ❑ L'interrogatoire doit être précis.
- ❑ Dans la majorité des cas, le diagnostic va être simple et permettra, devant des tableaux relativement typiques, d'envisager les principales urgences.

Cas clinique n°1

Appel d'une patiente âgée de 77 ans pour une douleur abdominale.
Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique n°1

Appel d'une patiente âgée de 77 ans pour une douleur de l'hypochondre gauche.
Douleur de l'hypochondre gauche d'installation brutale il y a 4 jours associée au départ à une diarrhée.
Ce jour diarrhée, fièvre à 38°5 et douleur de l'hypochondre gauche irradiant vers l'épigastre.
Pas de vomissements.
Pas de toux
Pas de signes urianires
Pas de frisoons

Antécédent

- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie

Traitement

- METFORMINE
- CORENITEC
- HYPERIUM
- KARDEGIC
- CRESTOR

Cas clinique n°1

Vous avez adressé la patiente aux urgences pour une douleur de l'hypochondre gauche.

Douleur de l'hypochondre gauche d'installation brutale il y a 4 jours associée au départ à une diarrhée.

Ce jour diarrhée, fièvre et douleur de l'hypochondre gauche irradiant vers l'épigastre.
Pas de vomissements.

Pas de toux

Tension artérielle : 111/44 mmHg

Fréquence cardiaque : 101 /mn

Température : 39°

EN : 5

Fréquence respiratoire : 25/min

Saturation en oxygène : 96 % en air
ambient

Bruits du cœur : Normaux et réguliers

Examen pulmonaire : Normal

Abdomen souple, dépressible,
indolore

Examen neurologique normal

Antécédent

- Diabète de type 2
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie

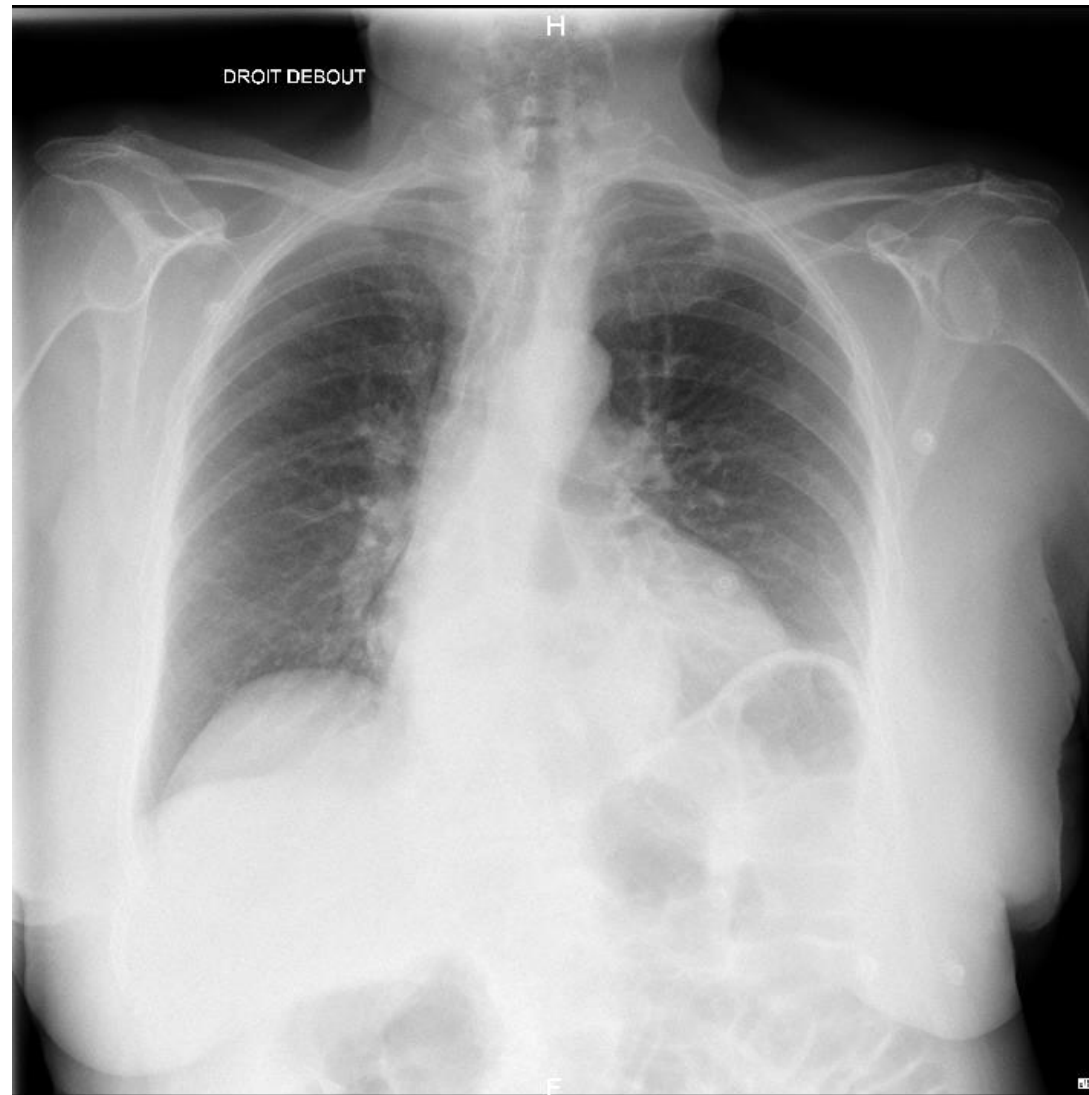
Traitement

- METFORMINE
- CORENITEC
- HYPERIUM
- KARDEGIC
- CRESTOR

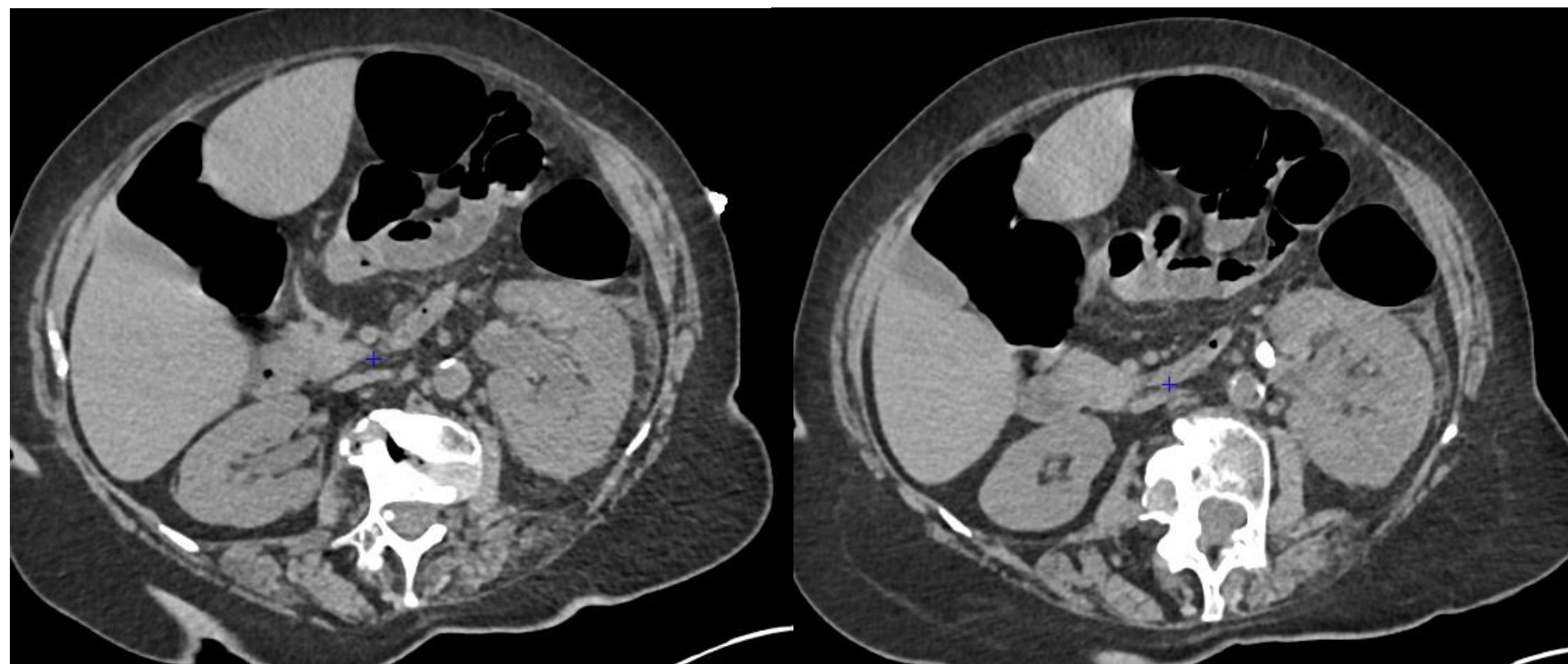
Cas clinique n°1

- ❑ Bilan biologique
- ❑ Natrémie 132
 - Leucocytes 13500
 - Kaliémie 2.9
 - Lactatémie 3.3
 - Cytolyse hépatique
 - Procalcitonine 220

Cas clinique n°1



Cas clinique n°1



Lithiase de 1.2cm à la jonction pyélo-urétérale avec dilatation des cavités excrétrices d'amont

Cas clinique n°2

Appel d'un patient âgé de 62 ans pour douleur abdominale

Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique n°2

Patient âgé de 62 ans Douleur fosse iliaque gauche d'installation brutale la veille de son appel, depuis douleur permanente entrecoupée de paroxysmes (EN à 10)

Dernières selles il y a 2 jours

Derniers gaz il y a 3 jours

Pas de vomissements

EN à 3

Apyrexie

Antécédent

- Tabagisme actif
- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie

Traitement

- Aucun

Cas clinique n°2

Vous l'avez adressé aux urgences: Douleur fosse iliaque gauche d'installation brutale la veille, depuis douleur permanente entrecoupée de paroxysmes (EN à 10)

Dernières selles il y a 2 jours

Derniers gaz il y a 3 jours

TA: 150/100 mmHg bras droit

Fréquence cardiaque: 93 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Température: 36°8

EN 3

Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau para-ombilical gauche, pas de défense ni de contracture

SaO₂: 96 %

Leucocytes 21 600

Fibrinogène 5,32 g/L

PCR 26

Créatinine 129 mmol/L

Clairance créatinine: 51 ml/min CKD-EPI

Bandelette urinaire: absence de leucocytes et de nitrites

Hématies ++

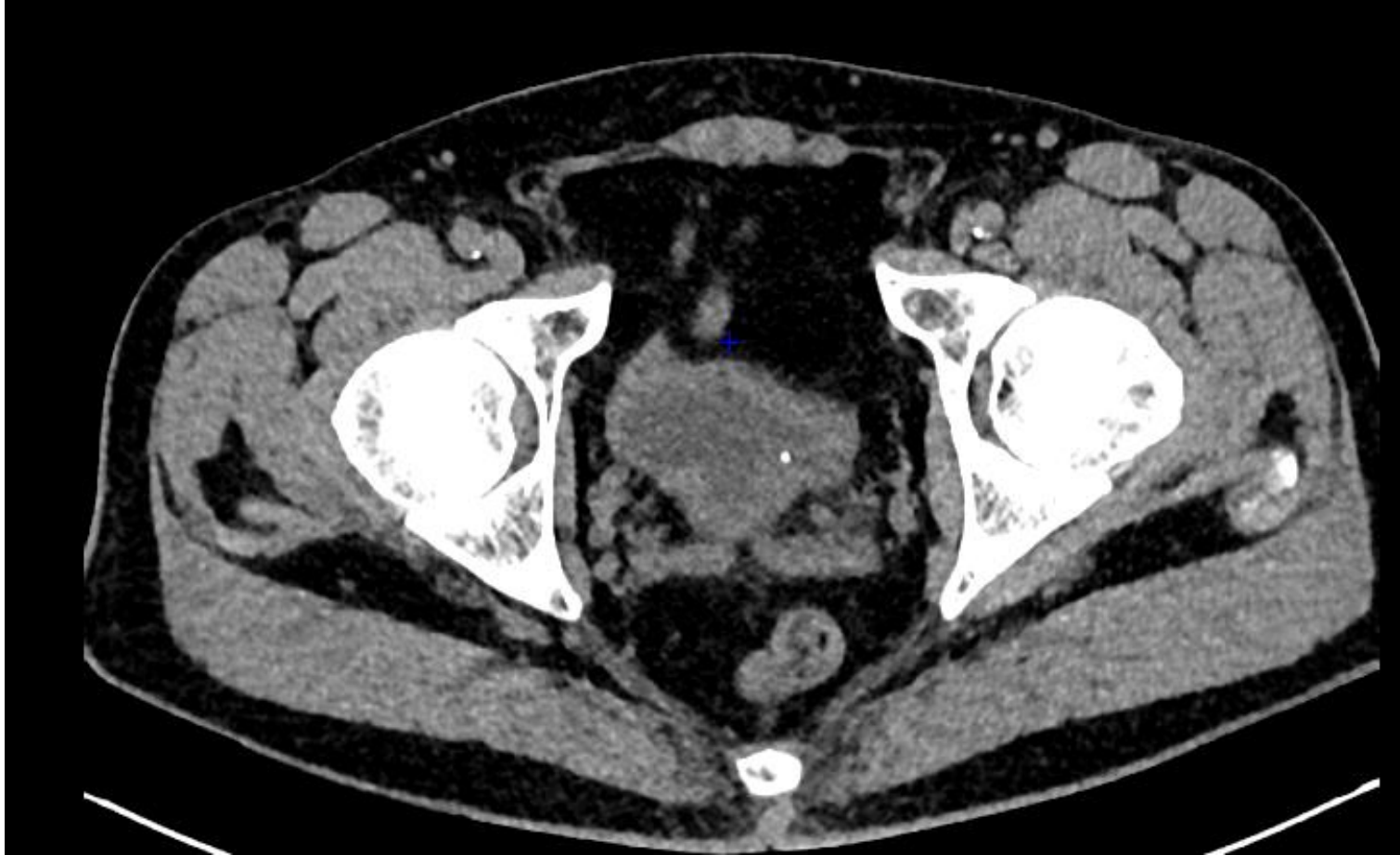
Antécédent

- Tabagisme actif
- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie

Traitement

- Metformine
- Gliclazide 60 mg
- Atorvastatine

Cas clinique n°2



Colique néphrétique gauche sur lithiase de 3mm située à la terminaison du méat urétéral gauche. Dilatation modérée des cavités pyélocalicielles et urétérales gauches avec un bassinets à 10mm.

Cas clinique n°2



Cas clinique n°3

Appel d'une patiente âgée de 56 ans pour une douleur abdominale.

Quelles questions lui posez vous ?

Cas clinique n°3

Appel d'une patiente âgée de 56 ans pour une douleur abdominale hypogastrique.

Installation brutale de la douleur la veille de son appel dans l'après midi.

Pas de signes urinaires.

Pas de nausées, ni de vomissements.

Pas de leucorrhées.

Pas de métrorragies.

Pas de fièvre, pas de frissons.

Pas de diarrhée.

Antécédent

- Tabagisme actif
- Cure chirurgicale cystocèle

Traitement

- Aucun

Cas clinique n°3

La patiente est admise aux urgences pour une douleur abdominale hypogastrique.
Installation brutale de la douleur la veille de son appel dans l'après midi.

Pas de signes urinaires.

Pas de nausées, ni de vomissements.

Pas de leucorrhées.

Pas de métrorragies.

Pas de fièvre, pas de frissons.

Pas de diarrhée.

Bandelette urinaire : Leucocytes : 0

Nitrites : 0 Hématies : 0

Globules blancs $7.3 \times 10^9/l$

Protéine C-Réactive 13.5 mg/l

Tension artérielle : 120/60 mmHg

Fréquence cardiaque : 83 /mn

Température : 36°6

EN : 7

Bandelette urinaire : Leucocytes : 0

Nitrites : 0 Hématies : 0

Abdomen, douleur fosse iliaque gauche,
douleur à la décompression, « pincé-roulé » tissu sous-cutané fosse iliaque gauche douloureux

Antécédent

- Tabagisme actif
- Cure chirurgicale cystocèle

Traitement

- Aucun

Cas clinique n°3

Scanner abdomino-pelvien

Pas d'anomalie visible au niveau du foie, des voies biliaires, du pancréas, de la rate, des surrénales ou des deux reins.

On retrouve un aspect de dolicho-sigmoïde avec une infiltration de la graisse sigmoïdienne sans véritable épaissement des parois.

Quelques diverticules sont visibles mais peu nombreux.

Pas d'autre épaissement pariétal digestif d'allure pathologique.

Pas d'épanchement liquidien intra péritonéal notable.

Conclusion :

Infiltration de la graisse péri sigmoïdienne sans complication péritonéale

visible avec quelques rares diverticules sigmoïdiens associés.

Merci de votre attention