



CONDUITE À TENIR DEVANT UNE DOULEUR ABDOMINALE

Docteur Richard FERRER
Hôpital Saint Joseph Marseille

Introduction

- ➔ Les douleurs abdominales sont l'une des causes les plus fréquentes de consultation en médecine générale.
- ➔ La prévalence de ce motif en médecine générale se situe autour de 4 % : 3,8 % des consultations de médecine générale dans une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) datant de 2004 (6) ; 4 % en 2003 et en 2009 selon les données de l'Observatoire de la Médecine Générale.

Position du problème

- ➔ Au sein de cette population, 4 à 6 % des patients présentent une pathologie pouvant menacer le pronostic vital à court terme, d'où l'enjeu de les dépister rapidement.
- ➔ La difficulté diagnostique ne se pose pas lorsqu'un patient présente une douleur abdominale associée à une détresse. Mais, la démarche diagnostique est plus complexe lorsque le patient est stable.
- ➔ Les présentations atypiques sont fréquentes, compliquant encore la démarche diagnostique.

Les erreurs

➔ Les erreurs diagnostiques les plus fréquentes en pathologie abdominale aiguë concernent les gastroentérites, les infections urinaires, les infections pelviennes chez la femme, et la constipation.



Epidémiologie de la prise en charge des douleurs abdominales en médecine de ville

➔ Deux travaux étudiant spécifiquement la prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs abdominales en médecine de ville ont été réalisées en 1984 au Royaume-Uni et en 2008 en Norvège:

Les diagnostics retrouvés le plus fréquemment dans ces deux études étaient:

- Les douleurs abdominales non spécifiques (respectivement 20 % et 14 %).
- Les gastro-entérites aiguës (13 %, 21 %).
- Les pathologies peptiques et les troubles fonctionnels intestinaux étaient également fréquents (environ 10 % chacun).

Etiologies en fonction de l'âge

Étiologie des douleurs abdominales en fonction de l'âge.

Cause des douleurs abdominales	Âge < 50 ans	Âge > 50 ans
Douleur abdominale non spécifique	40%	16%
Cholécystite	6%	21%
Appendicite	32%	15%
Occlusion intestinale	2%	12%
Pancréatite	2%	7%
Maladie diverticulaire compliquée	< 0,1 %	6%
Cancer	< 0,1 %	4%
Hernie	< 0,1 %	3%
Cause vasculaire	< 0,1 %	2%

Répartition des diagnostics

Pathologies	en %	Intervention en %
Gastroentérite	6,9	-
Pathologie inflammatoire pelvienne	6,7	1,5
Infection génito-urinaire	5,2	-
Colique néphrétique	4,3	-
Appendicite	4,3	36,9
Cholécystite	3,7	6,2
Occlusion intestinale	2,5	35,2
Constipation	2,3	-
Ulcère	2,0	8
Dysménorrhée, grossesse, GEU, kyste de l'ovaire	1-2	-
Pancréatite aiguë	<1	2,1
Anévrisme de l'aorte	< 1	-
Abcès	-	4,4
Perforation colique	-	1,1
Autre	20	-
Indéterminée	40	-

Le diagnostic de douleurs abdominales non spécifiques ou indéterminées est le plus fréquemment porté, et parmi celles-ci le syndrome de l'intestin irritable représente 37 % des diagnostics chez la femme et 19 % chez l'homme.

L'imagerie

- ➔ Son rôle est déterminant. Guidée par la clinique qui reste fondamentale, l'imagerie peut confirmer ou redresser un diagnostic, informer quant à des éléments de gravité, guider la thérapeutique médicale ou chirurgicale.
- ➔ Le médecin de premier recours dispose aujourd'hui de l'échographie et de la tomодensitométrie (TDM).

Stratégie clinique

- ➔ L'examen clinique, notamment l'interrogatoire, reste en pathologie abdominale aiguë un des éléments clés de la démarche diagnostique.
- ➔ Mais la performance de l'examen clinique pour le diagnostic précis de la cause ne dépasse pas 50 % .

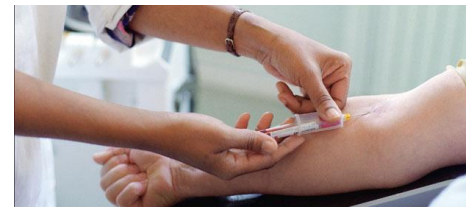
Les outils du médecin devant une douleur abdominale



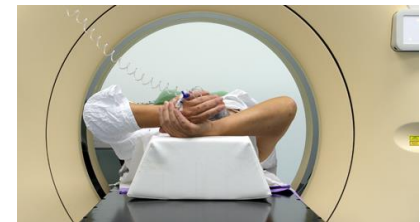
Examen clinique



Bandelette urinaire



Bilan biologique et β HCG



Imagerie



Place de l'examen clinique

Première étape

On recherche une urgence vitale

- ➔ Des signes de choc :
 - une pression artérielle systolique < 100 mmHg,
 - une tachycardie supérieure à 100 battements/min ;
 - une saturation en oxygène inférieure à 90 % en air ambiant.
- ➔ Recherche d'une hémorragie extériorisée, notion d'anévrysme de l'aorte abdominale, recherche de signes d'irritation péritonéale.
- ➔ Des stigmates de déshydratation (pli cutané, langue rôtie, cernes), ou d'hypovolémie avec vasoconstriction périphérique (extrémités froides, marbrures).

Deuxième étape: analyse sémiologique de la douleur

Interrogatoire – étape essentielle – Il devra relever



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

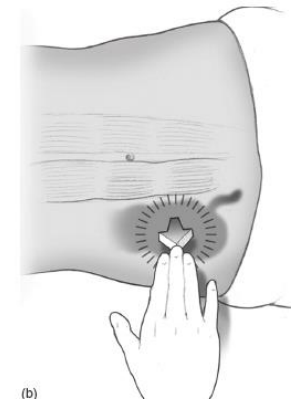
Troisième étape

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.

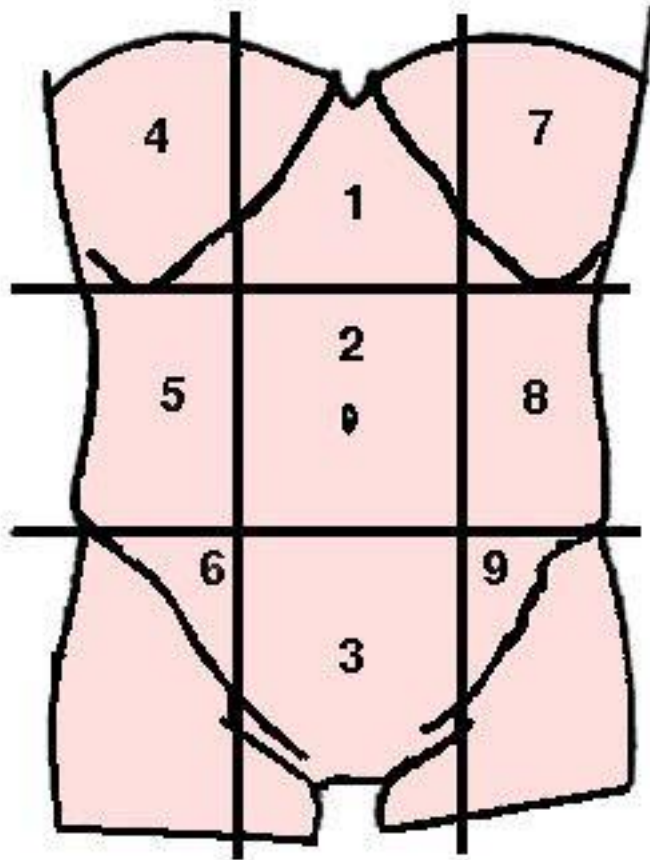
Troisième étape: examen physique

- ➔ Présence d'un ictère, de cicatrices.
- ➔ L'observation du facies lors de la palpation est très importante.
- ➔ Palpation des 9 quadrants.
- ➔ Signes locaux de gravité: la présence d'une défense ou d'une contracture.
- ➔ La valeur localisatrice de la douleur abdominale est importante et permet d'orienter le diagnostic.



(b)

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

Examen clinique 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, pas de vomissements, mais une diarrhée.

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

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.



Place de la biologie

Cas clinique

Patiente âgée de 30 ans vous consulte à 10 heures du matin pour un syndrome abdominal aigu.

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

Douleur associée à des nausées mais pas de vomissements.

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

Tension artérielle : 100/60 mmHg

Fréquence cardiaque : 90 /mn

Température : 36°5

EN : 10

Bandelette urinaire : Leucocytes :0 Nitrites :

0 Hématies : 0

Bêta HCG négatives

Abdomen douleur en fosse iliaque droite avec défense à la palpation profonde et douleur à la décompression

Examen neurologique normal

Antécédent

- Colique néphrétique droite

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Patiente âgée de 30 ans vous consulte à 10 heures du matin pour un syndrome abdominal aigu.

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

Douleur associée à des nausées mais pas de vomissements.

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

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

Protéine C-Réactive 8.0 mg/l <5.0

Antécédent

- Colique néphrétique droite

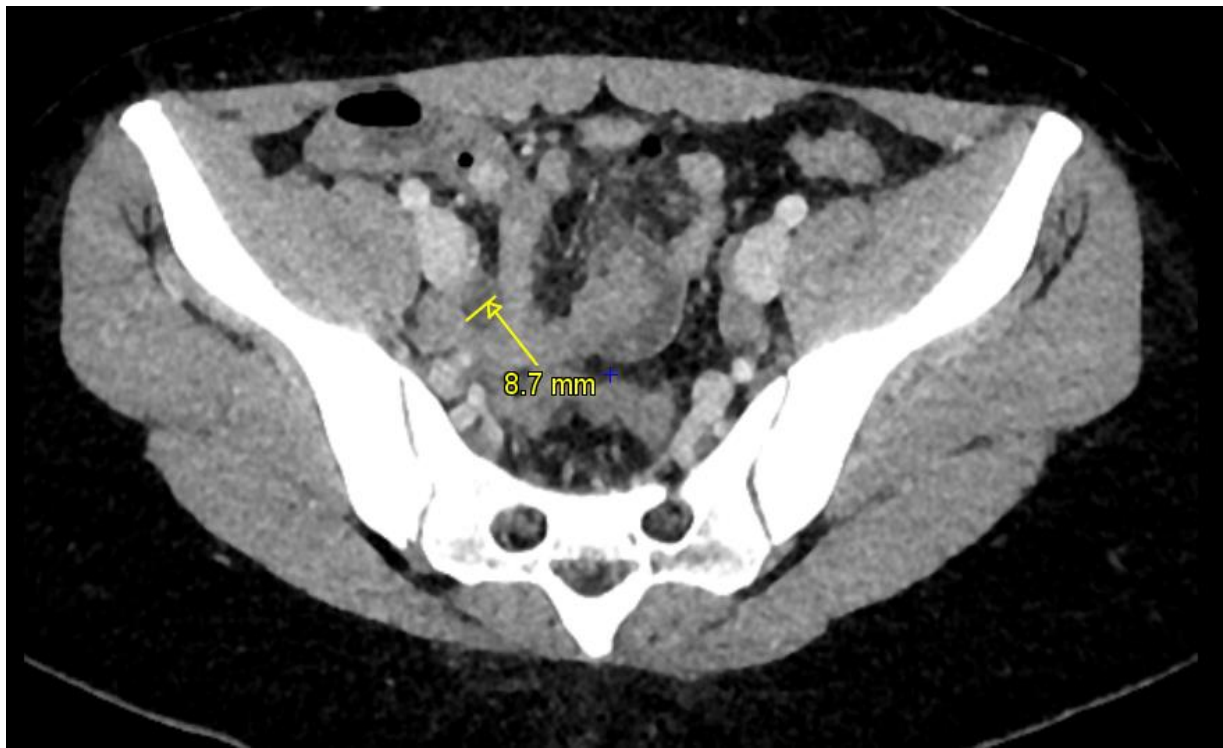
Traitement

- Aucun

Cas clinique



Cas clinique



Biomarqueur

Ce qu'on attend d'un biomarqueur dans les douleurs abdominales

- ➔ Confirmer un diagnostic.
- ➔ Rejeter un diagnostic.
- ➔ Evaluation de la gravité.

Biomarqueur: Protéine C réactive (PCR)

- ➔ Glycoprotéine qui reflète l'inflammation aiguë. Sa concentration s'élève dès la 6ème heure de l'inflammation.
- ➔ Synthèse: essentiellement par le foie, autres cellules capables d'en synthétiser: cellules endothéliales, monocytes/macrophages, cellules musculaires lisses, adipocytes, neurones, cellules épithéliales pulmonaires, rénales.
- ➔ Aide les phagocytes (opsonine) => dégradation antigénique - Activatrice du complément => dégradation antigénique.
- ➔ Limite l'inflammation: prise en charge des cellules nécrotiques ou apoptotiques par les phagocytes.
- ➔ Participe donc à la réparation/cicatrisation.

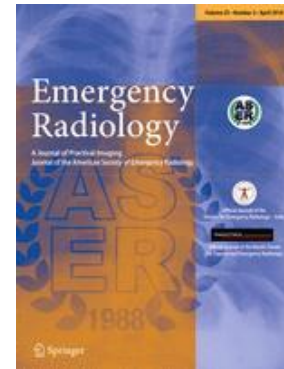
Bon biomarqueur d'infection, de dommages tissulaires ou/et d'inflammation mais non spécifique

Corrélation entre PCR et lésion au scanner abdominal

Etude rétrospective – monocentrique - 241 patients inclus.

But: déterminer si la protéine C-réactive sérique (CRP) est un prédicteur fiable des résultats de la TDM abdomino-pelvienne dans le contexte clinique de l'abdomen aigu non traumatique.

- Les niveaux croissants de PCR prédisent, avec une probabilité croissante, des résultats positifs sur la TDM.
- Mais dans 30% des cas la PCR est normale alors que le scanner était positif.



Une PCR normale ne permet pas de s'affranchir d'un scanner si il existe une forte suspicion clinique

PCR et leucocytes: facteurs prédictifs de pathologie urgente ou non urgente ?

Méta-analyse - 2961 patients inclus (> 18 ans)

But: évaluer l'aide diagnostique de la numération des leucocytes et de la protéines C-réactive afin de discriminer les états urgents (intervention dans les 24 heures) et non-urgents chez les patients souffrant de douleurs abdominales aiguës. sélection de patients pour l'imagerie diagnostique immédiate.

Le diagnostic final était basé sur toutes les données disponibles, y compris un suivi d'au moins 3 mois et, si disponible, des rapports d'histopathologie, d'imagerie ou de chirurgie.

Les taux de CRP et les nombres de globules blancs ont été comparés entre les patients présentant un diagnostic final urgent et non urgent.

Final Diagnoses in 2961 Patients Classified by Urgency

Diagnosis	No.	%
Urgent		
Acute appendicitis	443	15
Acute diverticulitis	249	8.4
Acute cholecystitis	117	4
Perforated viscus	101	3.4
Acute pancreatitis	89	3
Bowel obstruction	80	2.7
Gynecologic diseases*	47	1.6
Ileus	47	1.6
Urological diseases†	43	1.5
Nonabdominal urgent causes	35	1.2
Hernia, incarcerated	30	1
Abscess‡	16	0.6
Bowel ischemia	18	0.6
Retroperitoneal/abdominal wall bleeding	13	0.4
Cholangitis	10	0.3
Ruptured abdominal aneurysm/dissection	10	0.3
Acute peritonitis (no specific diagnosis)	4	0.1
Nonurgent		
Nonspecific abdominal pain	728	24.6
Gastrointestinal diseases§	247	8.3
Hepatic, pancreatic, and biliary diseases	172	5.7
Urological disease¶	167	5.6
Other	92	3.1
Inflammatory bowel disease	86	2.9
Gynecological disease#	59	1.9
Malignancy**	52	1.7
Hernia	7	0.2

PCR et leucocytes: facteurs prédictifs de pathologies urgentes ?

Résultats

	No. Test Positive (%)	Sensitivity	Specificity	Missed Urgent (%)	False Positives (%)	PPV	NPV
CRP > 10 mg/L	1565/2783 (56.2)	76.9% (74–79)	61.4% (59–64)	23.1	36.9	63.0% (61–65)	76.0% (73–78)
CRP > 50 mg/L	797/2783 (28.6)	44.7% (42–48)	85.1% (83–87)	55.3	27.9	72.0% (69–75)	64.0% (62–66)
CRP > 100 mg/L	423/2783 (15.1)	24.7% (22–27)	92.9% (91–94)	75.3	25.1	74.9% (70–79)	59.0% (57–61)
CRP > 150 mg/L	263/2783 (9.4)	15.7% (14–18)	95.8% (95–97)	84.3	23.6	76.4% (71–81)	57.0% (55–59)
WBC > 10 × 10 ⁹ /L	1523/2636 (57.7)	73.9% (71–76)	57.5% (56–60)	26.1	37.7	62.3% (60–65)	69.9% (67–73)
WBC > 15 × 10 ⁹ /L	511/2636 (19.4)	29.5% (27–32)	90.2% (88–92)	70.5	25.8	74.1% (70–78)	57.4% (55–60)
WBC > 20 × 10 ⁹ /L	119/2636 (4.5)	7.0% (5–9)	97.9% (97–99)	93.0	24.4	75.6% (67–83)	53.0% (51–55)
CRP > 10 mg/L and WBC > 10 × 10 ⁹ /L	978/2458 (39.8)	58.0% (55–61)	76.7% (76–80)	42.0	27.9	72.1% (69–75)	65,5% (63–68)
CRP > 50 mg/L and WBC > 15 × 10 ⁹ /L	214/2458 (8.7)	14.7% (13–17)	97.5% (96–98)	85.3	14.5	85.5% (80–90)	53.9% (52–56)
CRP > 100 mg/L and WBC > 20 × 10 ⁹ /L	39/2458 (1.6)	2.6% (2–4)	97.8% (98–100)	97.4	17.9	82.1% (66–92)	51.1% (49–53)

No. test positive refers to number of patients with positive test outcome/all patients. Values in parentheses are 95% confidence intervals unless otherwise specified. Data were missing for some cutoff values. CRP = C-reactive protein, IQR = interquartile range, NPV = negative predictive value, PPV = positive predictive value, WBC = white blood cell.

Très bonne spécificité pour des valeurs supérieures de CRP à 50 et encore plus pour une CRP supérieure à 100 mais une sensibilité qui est catastrophique, 15 % de sensibilité et 2,6%

Quand douleur abdominale avec plus de 15000 GB et plus de 50 de CRP c'est plutôt grave mais ne va pas nous détecter toutes nos douleurs abdominales graves.

Quel bilan biologique demandé ?

Le bilan biologique doit comprendre selon l'orientation clinique :

- ➔ FNS, CRP, fibrinogène, ionogramme, urée, créatinine, LDH, TGO, TGP, GammaGT, bilirubine, totale et conjuguée, glycémie, phosphatases alcalines, TP, TCK, calcémie, protidémie.
- ➔ β HCG chez la femme non ménopausée.
- ➔ En fonction du contexte:
 - Lipasémie.
 - ECBU.

Conclusion

- ➔ La douleur abdominale aiguë est pauvre en biomarqueurs spécifiques.
- ➔ Le couple CRP-Leucocytes ne répond pas à nos attentes.
- ➔ Se fier à l'impression clinique.



Place de l'imagerie

Introduction

- ➔ La douleur abdominale aiguë peut être causée par une multitude de maladies allant de simples troubles fonctionnelles à des pathologies pouvant engager le pronostic vital.
- ➔ Le diagnostic fondé sur l'examen clinique n'est correct que chez 43 à 59% de ces patients, malgré l'ajout des analyses biologiques ses performances ne s'améliorent pas de façon notable (46 à 48%).
- ➔ Ce constat impose alors l'utilisation d'autres techniques paracliniques plus performantes.

Quel type d'imagerie réaliser ?

Examens de radiologie disponibles

- ➔ Abdomen sans préparation (ASP) + examen clinique : sensibilité de 47 à 56% selon les pathologies, mais:
 - Pas d'indication dans les douleurs abdominales aiguës.
 - Indication: ingestion de corps étranger, constipation chez la personne âgée et en milieu psychiatrique (HAS 2009).
- ➔ Echographie + examen clinique: diagnostic final chez 53 à 83% des patients.
- ➔ Scanner + examen clinique: diagnostic final chez 61,6% à 96% des patients.

**Mais la question qui revient:
scanner ou échographie ?**

Echographie ou scanner ?

Les trois piliers de la stratégie d'imagerie

- ➡ Les éléments cliniques et biologiques.
- ➡ Les performances diagnostiques des techniques d'imagerie disponibles .
- ➡ Le respect de la démarche ALARA.

La démarche ALARA

*As Low As Reasonably
Achievable*

- ➔ Objectif: prévention des risques liés aux expositions des rayonnements ionisants.
- ➔ « *Ne débiter une stratégie d'imagerie par un examen à rayonnements ionisants que si celui-ci n'est pas substituable par un examen non irradiant apportant les mêmes informations* ».

L'échographie

Intérêts

➔ Rapide, dynamique, reproductible, peu invasif, peu onéreux.

Inconvénients

➔ Qualité des images chez le patient obèse, présence de gaz.

➔ Sa principale limite réside dans son caractère opérateur dépendant.

Les situations dans lesquelles l'échographie abdominale se révèle particulièrement performante sont essentiellement les pathologies des voies biliaires et les pathologies obstruant les voies urinaires.

Le scanner



Intérêts

➔ Meilleure sensibilité et spécificité de toutes les modalités d'imagerie.

Inconvénients

➔ Son coût, sa disponibilité et son irradiation.

➔ Pour un scanner abdominal le niveau d'exposition moyen du patient est de III (cotation de 0 à IV) soit 5 à 10 mSv.

Examens diagnostiques et doses d'irradiation		
Classe	Dose efficace type (mSv)	Exemples d'examens diagnostiques
0	0 (rayonnements non ionisants)	Echographie, IRM
I	Moins de 1	Radiographie pulmonaire, radio standard des membres, du bassin, radio dentaire
II	1 à 5	Radiographie standard du rachis lombaire, scintigraphie du squelette, de la thyroïde, des poumons ou des reins, scanner du crâne et du cou, tomographie par émission de positons (PET scan)
III	5 à 10	Scanner (tomographie) du thorax et de l'abdomen, scintigraphie myocardique
IV	Plus de 10	Certaines explorations de médecine nucléaire : scintigraphies au Thallium ou au Gallium, PET/CT scan

Rayonnements du scanner et cancers

Les rayonnements du scanner sont responsables de 1,5 à 2% des cas de cancers aux Etats-Unis.

- ➔ Ce risque concerne en particulier, les patients souffrant de maladies chroniques ou récurrentes.
- ➔ Le risque additionnel d'un cancer radio-induit est quantifié de la manière suivante : 0,5% pour 20 mSv, 0,6% pour 34 mSv et 1% pour 100 mSv.

Mais le scanner est-il plus performant que l'échographie ?

Place de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences

Etude de Laméris et coll. tentant de déterminer quelle est la meilleure stratégie d'exploration face à une douleur abdominale.

Etude prospective, observationnelle, multicentrique dans laquelle ont été inclus 1 021 patients de 19 à 94 ans, qui ont tous bénéficié en plus du bilan clinique et biologique, d'un ASP, d'une échographie et d'un scanner abdominal avec injection mais sans opacification digestive.

Le diagnostic final de référence était établi avec 6 mois de suivi par un panel d'experts indépendants.

Le critère de jugement principal était la maximisation de la sensibilité et de la spécificité.

Les auteurs ont comparé des stratégies diagnostiques.

Stratégies diagnostiques

Stratégies diagnostiques

- [1] évaluation clinique seule.
- [2] évaluation clinique + ASP.
- [3] échographie systématique.
- [4] scanner systématique.
- [5] échographie systématique + scanner si résultat négatif ou non contributif.
- [6] échographie systématique + scanner si résultat non contributif.

Stratégie guidée par les caractéristiques du patient

- [7] Patients de moins de 45 ans, présentant des risques à l'irradiation.
- [8] Patients ayant un BMI < 30 kg/m², chez qui l'échographie suffirait probablement au diagnostic.
- [9] Patients de moins de 45 ans et ayant un BMI < 30 kg/m². Scanner réalisé en cas de non indication à l'échographie première ou en cas d'échographie négative ou non contributive.

Stratégie guidée par la localisation de la douleur

- [10] échographie pour les douleurs de l'hypochondre droit seulement, scanner pour tout autre localisation.
- [11] échographie pour les douleurs de l'hypochondre droit ou de la fosse iliaque droite, scanner pour les autres localisations.

Résultats: diagnostics final

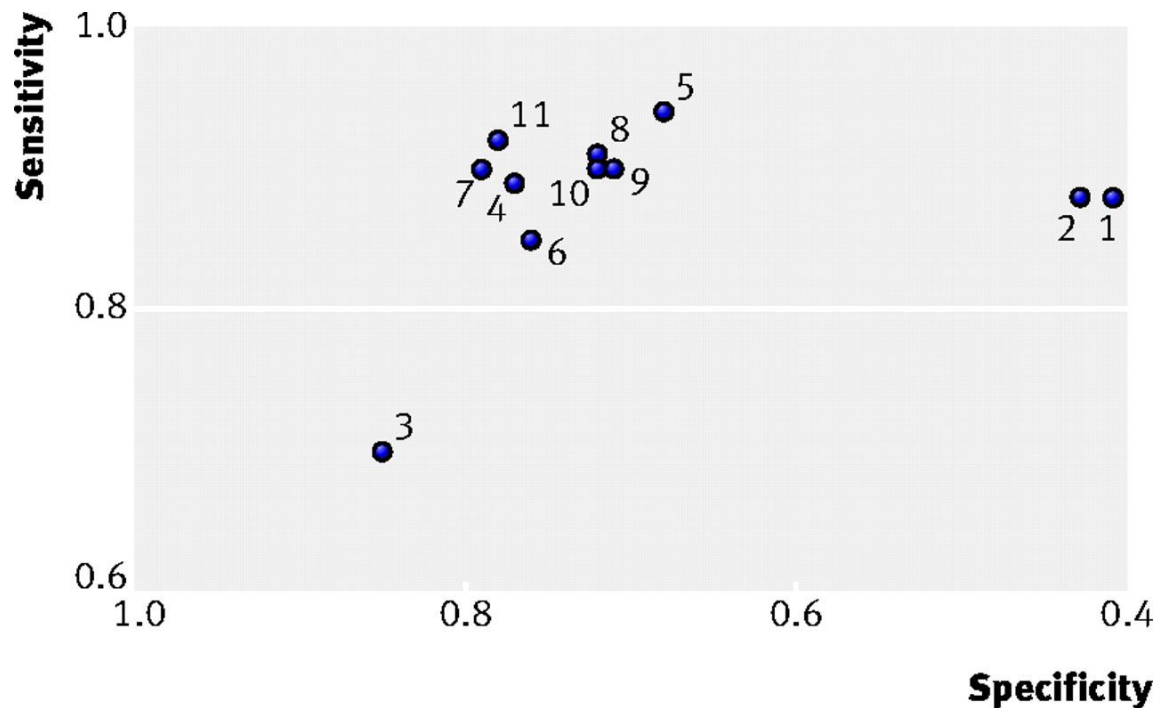
Final diagnoses assigned by expert panel	
Final diagnoses in 1021 patients	No (%)
Urgent	
Acute appendicitis	284 (28)
Acute diverticulitis	118 (12)
Bowel obstruction	68 (7)
Acute cholecystitis	52 (5)
Acute pancreatitis	28 (3)
Gynaecological diseases*	27 (3)
Urological diseases†	22 (2)
Abscess‡	14 (1)
Perforated viscus	13 (1)
Bowel ischaemia	12 (1)
Pneumonia	11 (1)
Retroperitoneal or abdominal wall bleeding	9 (1)
Acute peritonitis	3 (0.3)
Total urgent diagnoses	661 (65)
Non-urgent	
Non-specific abdominal pain	183 (18)
Gastrointestinal diseases§	56 (5)
Hepatic, pancreatic, and biliary diseases¶	43 (4)
Inflammatory bowel disease	30 (3)
Urological diseases**	20 (2)
Gynaecological diseases††	9 (1)
Malignancy‡‡	5 (0.5)
Hernia	2 (0.2)
Other	12 (1)
Total non-urgent diagnoses	360 (35)

*Ovarian torsion, pelvic inflammatory disease, bleeding/ruptured ovarian cyst.

Diagnostiques final de référence était établi avec 6 mois de suivi par un panel d'experts indépendants.

Résultats

- L'évaluation clinique était associée à de nombreux faux diagnostics urgents (1,2).
- La sensibilité était de 89 % pour le scanner (4) et de 70 % pour l'échographie (3).
- La stratégie de scanner uniquement en cas d'échographie négative ou non contributive (5) a permis d'obtenir la meilleure sensibilité, ne manquant que 6 % des diagnostics urgents.
- Avec cette stratégie, seuls 49 % avaient nécessité a réalisation d'un scanner.



Toutes les stratégies basées sur les caractéristiques du patient ou la localisation de la douleur étaient associées à une perte de sensibilité (7,8,0,10,11).

Conclusions

*La stratégie la plus
avantageuse est:*

- ➔ De pratiquer l'échographie chez tous les patients (après examen clinique).
- ➔ Mais si l'échographie n'est pas contributive alors que l'examen clinique est évocateur d'une réelle urgence abdominale sans pouvoir en préciser l'étiologie, la TDM doit être réalisée.
- ➔ A noter que même avec cette stratégie, il y aura 6 % d'urgences manquées.

En diminuant de moitié le nombre de patients justifiant d'une TDM, l'échographie, pratiquée chez TOUS les patients se présentant aux urgences, offre les avantages non négligeables d'une moindre exposition aux rayons X et une réduction des hospitalisations.



Les points essentiels de la
démarche diagnostique des
douleurs abdominales
aiguës

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 douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

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



Tableau clinique

- ➔ Douleur abdominale ou dorso-lombaire, brutale, +/- diffuse, +/- associée à des signes péritonéaux.
- ➔ Hypotension n'est pas 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).

Stratégie d'imagerie

- ➔ Scanner: examen de première intention. Permet les diagnostics différentiels (péritonite...).

Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA): facteurs de risque

Les facteurs de risque d'AAA sont connus :

- ➔ l'âge > 65 ans (un patient opéré d'un AAA sur deux est âgé de plus de 75 ans) ;
- ➔ le sexe masculin (sex-ratio homme/femme : 13/1) ;
- ➔ le tabagisme chronique (le tabagisme est un facteur de risque de survenue et d'expansion anévrismale, indépendant de l'âge) ;
- ➔ antécédent familial au premier degré d'AAA (père, mère, frère ou sœur).

Anévrisme de l'aorte abdominale: quels patients dépistés

La HAS recommande le dépistage unique ciblé opportuniste des AAA chez les hommes ayant au moins un des facteurs de risques suivants :



➔ âge compris entre 50 et 75 ans et antécédents familiaux d'AAA.

Anévrisme de l'aorte abdominale: test de dépistage



➔ Des examens diagnostiques complémentaires sont disponibles : scanner et IRM. Ils permettent, si nécessaire, de préciser en préopératoire les caractéristiques anatomiques de l'AAA et son environnement.

Anévrisme de l'aorte abdominale: suivi d'un patient présentant un AAA

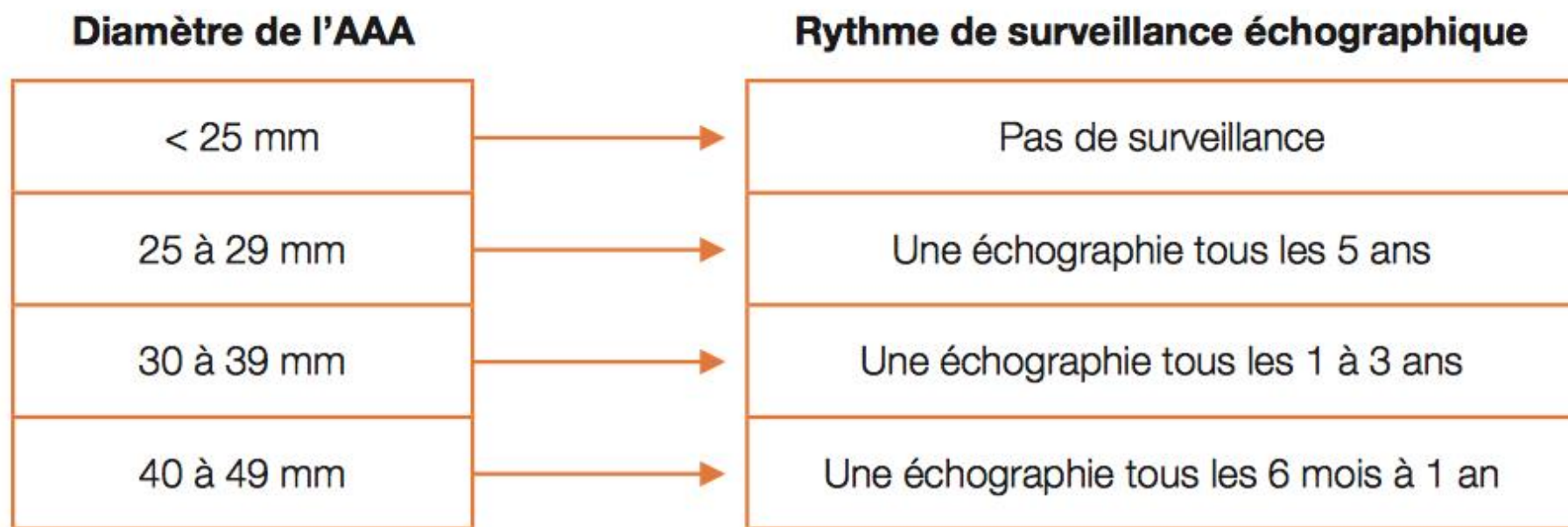
Diamètre anévrisimal compris entre 30 et 50 mm

- ➔ Surveillance par échographie-Doppler de la croissance du diamètre anévrisimal (rythme des examens en fonction du diamètre).

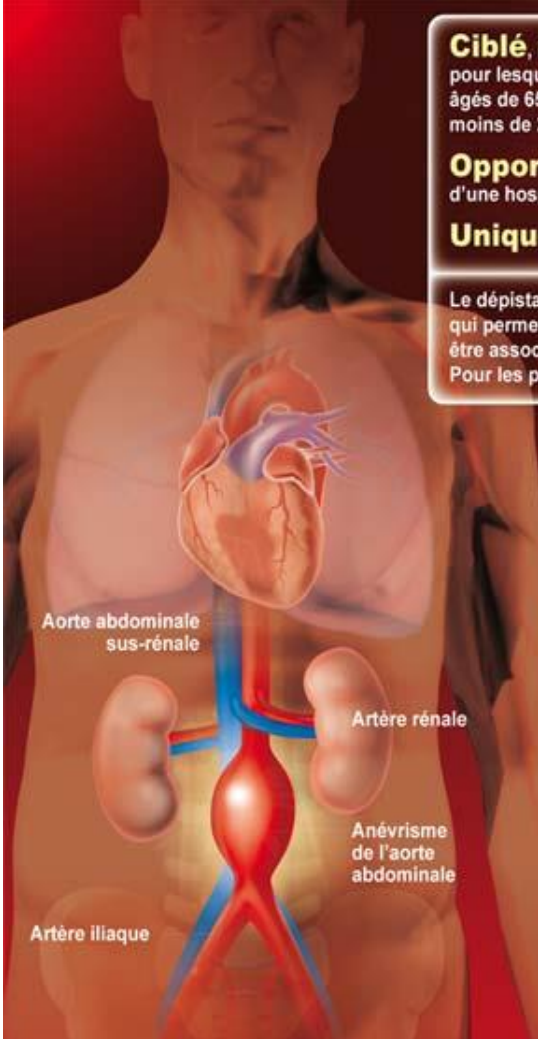
Diamètre anévrisimal $>$ 50 mm

- ➔ Avis spécialisé pour le traitement curatif (chirurgical ou endovasculaire) de l'AAA.

Surveillance échographique des AAA asymptomatiques et non rompus



Anévrisme de l'Aorte Abdominale: dépistage ciblé, opportuniste, unique



Ciblé, le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) s'adresse à deux sous-populations pour lesquelles la prévalence est beaucoup plus élevée que dans la population générale : hommes âgés de 65 à 75 ans, fumeurs (au moins une cigarette/jour) ou anciens fumeurs (arrêt du tabac depuis moins de 20 ans) et hommes âgés de 50 à 75 ans ayant des antécédents familiaux d'AAA.

Opportuniste (ou individuel), c'est un dépistage proposé par le médecin à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation, par exemple.

Unique, il est réalisé une seule fois dans la tranche d'âge considérée.







Le dépistage se fait par échographie-Doppler, un examen rapide, non invasif et performant qui permet également de rechercher des anévrismes iliaques, fémoraux ou poplités pouvant être associés à l'AAA.
Pour les personnes qui ont un AAA, la prise en charge comporte une surveillance échographique.

Un traitement curatif est préconisé quand le seuil d'intervention est atteint (si le diamètre de l'anévrisme est > 50 mm ou si sa croissance est > 10 mm/an ou si la symptomatologie fait craindre une fissuration).

Traitements par endoprothèse Traitements chirurgical

Endoprothèse Tube polyester bifurqué

Une prise en charge globale des patients est essentielle pour réduire les facteurs de risque et les comorbidités (arrêt du tabac, réduction de l'hypercholestérolémie, reprise d'une activité physique, diminution du surpoids, contrôle du diabète).

Infographie : Pascal Marseaud

Ischémie mésentérique aiguë

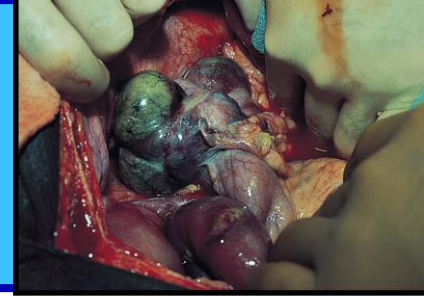


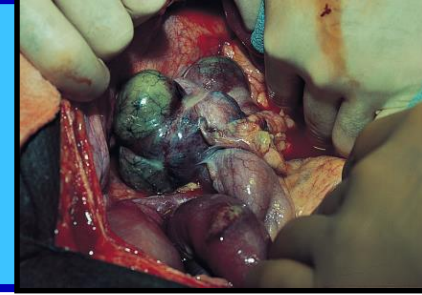
Tableau clinique

- ➔ 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.

Ischémie mésentérique aiguë



Biologie

- ➔ Peu spécifique, seuls les lactates ont une bonne sensibilité (90%), leur normalité pourrait exclure le diagnostic.

Imagerie

- ➔ Scanner avec injection temps artériel: montre des signes d'ischémie de la paroi plus ou moins associée à des signes d'occlusion artérielle, il fait le diagnostic différentiel avec les autres causes d'abdomen chirurgical : péritonite, occlusion, pancréatite.

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

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.

Pâleur et sueurs profuses

Tension artérielle : 168/80 mmHg

Fréquence cardiaque : 83/mn

Température : 36°1

EN 8

Bruits du cœur : Normaux et

Réguliers

Examen pulmonaire : Normal

Abdomen souple, dépressible,
sensible au niveau de l'épigastre

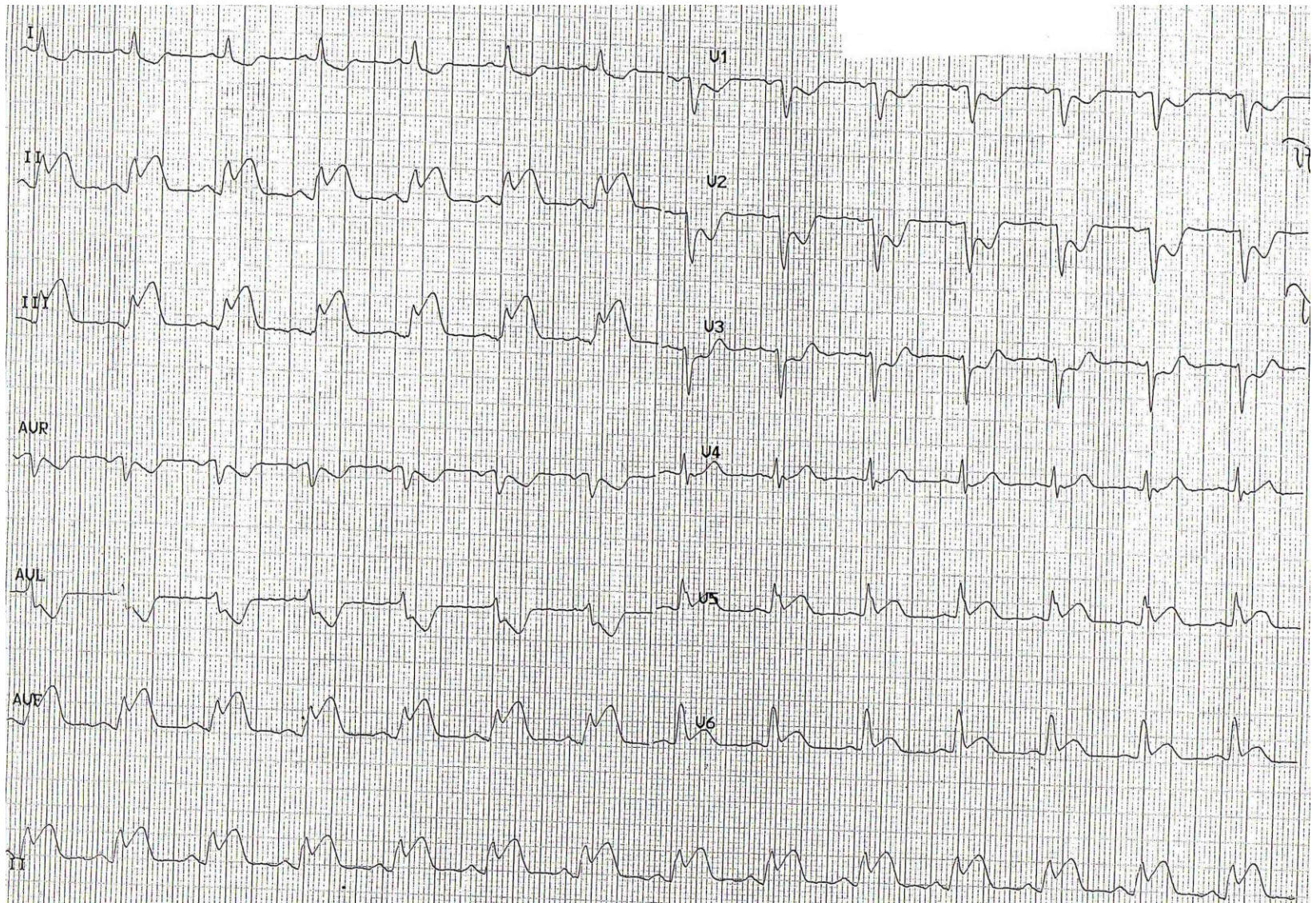
Antécédent

- 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



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

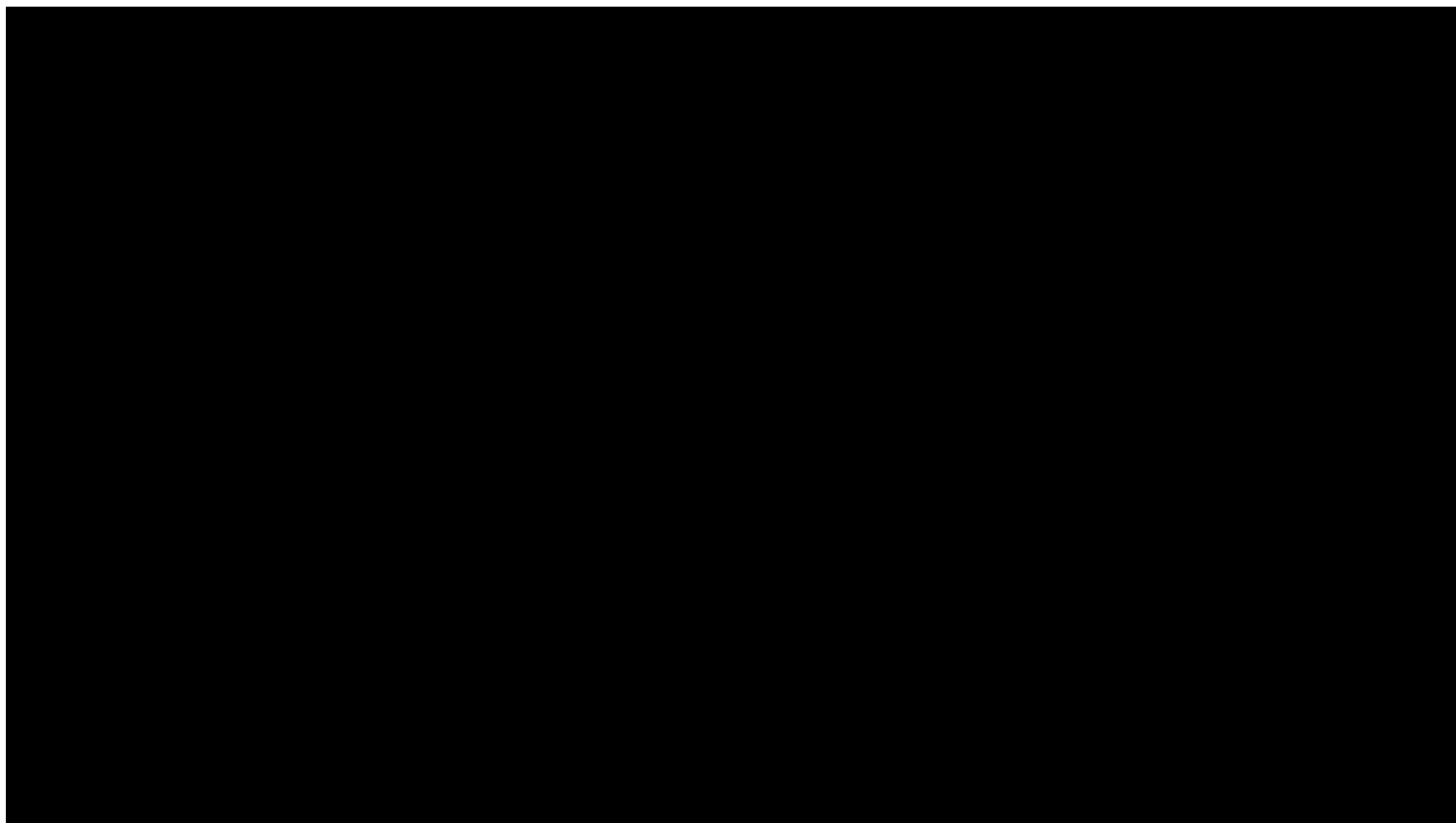
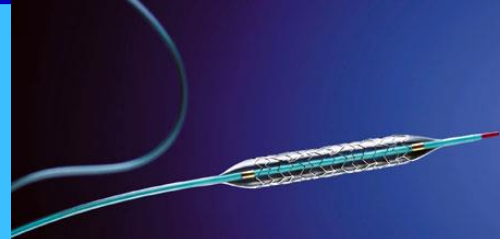
- Hypertension artérielle
- IDM stenté
- Insuffisance rénale sur néphroangiosclérose greffée avec fonction rénale post-greffe normale
- Appendicectomie
- Dyslipidémie

Traitement

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

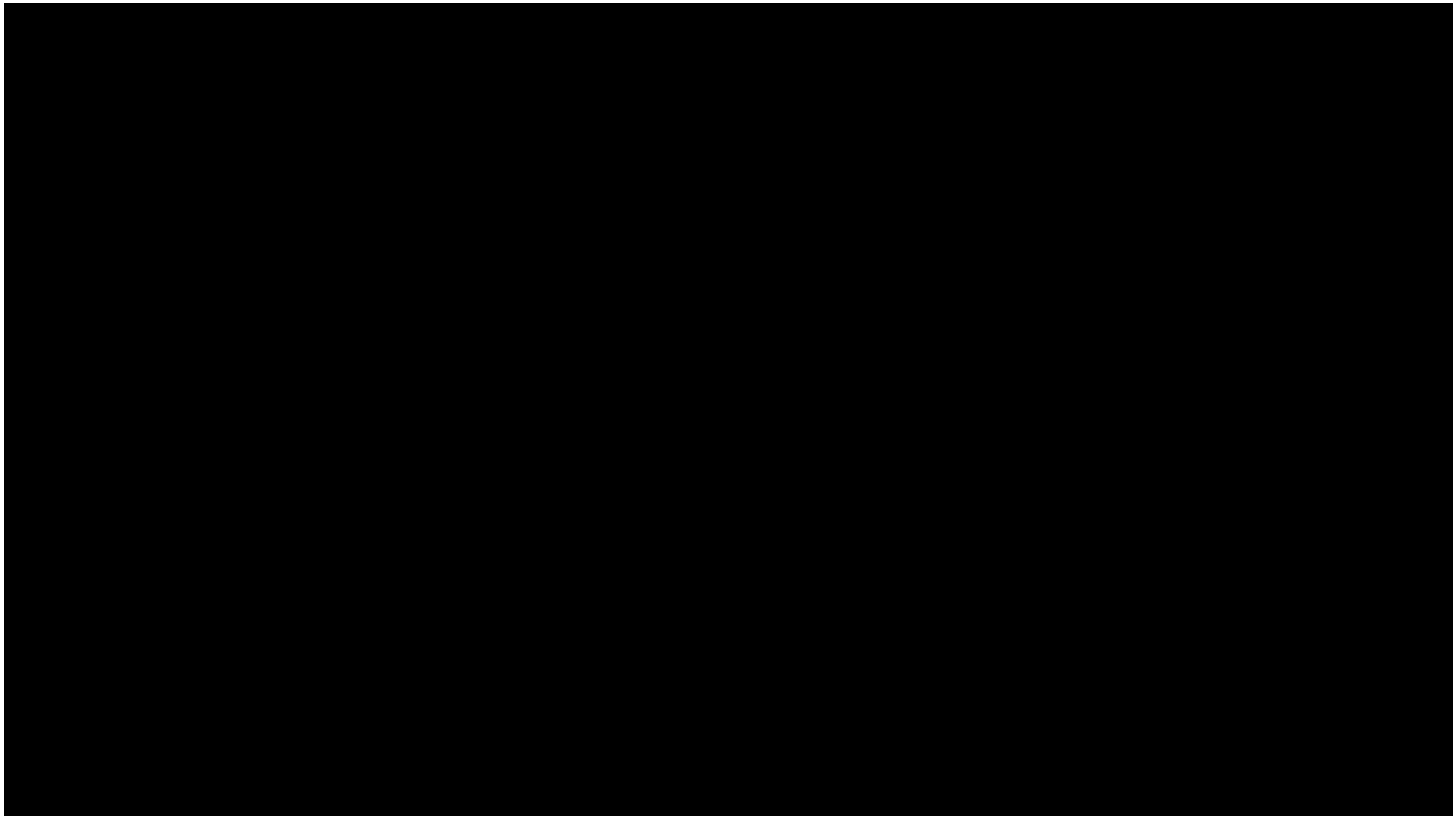
Cas clinique

1ère coronarographie



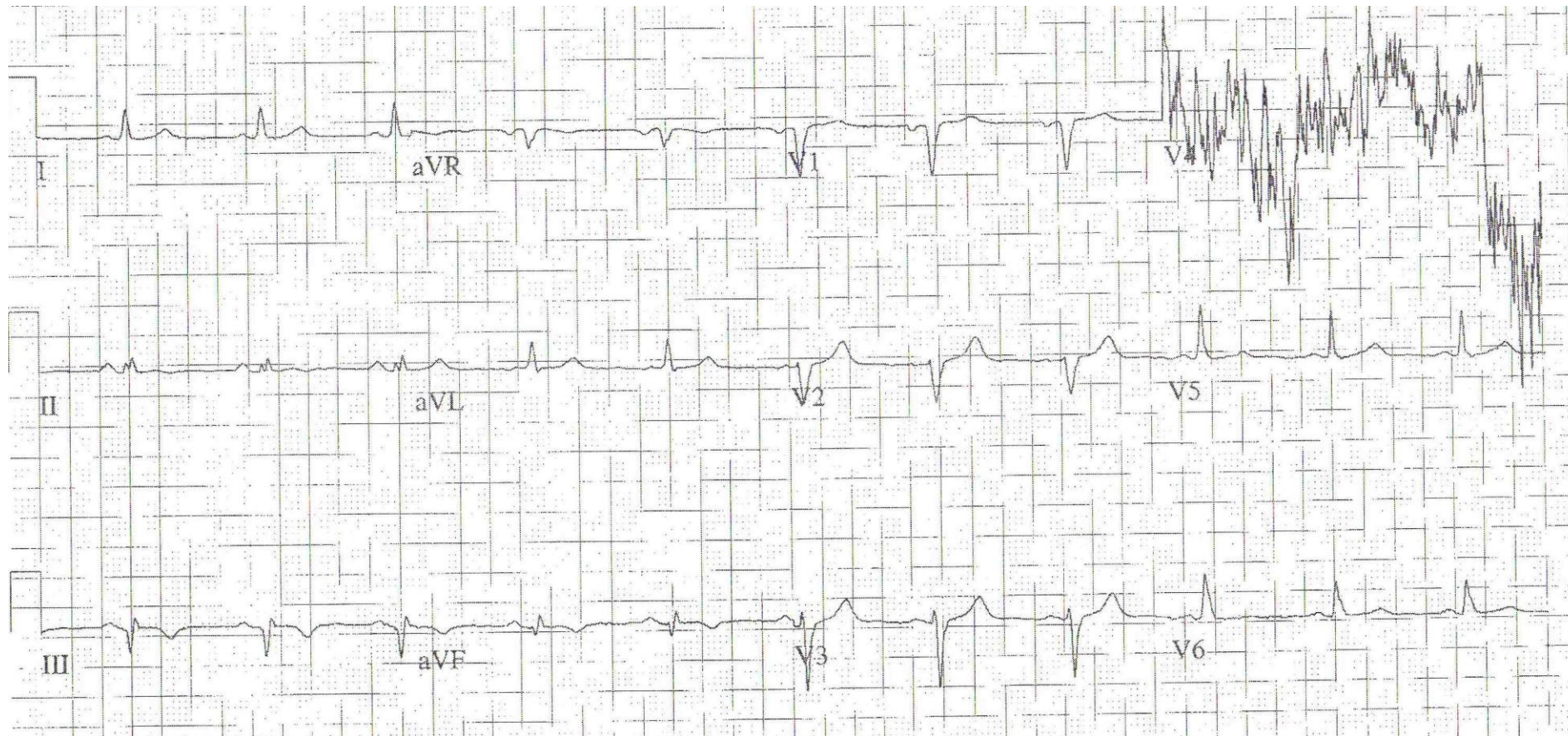
Cas clinique

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 abdominales
- ➡ 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 en urgence.

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

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.

Soif intense

Sècheresse des muqueuses

Tension artérielle : 160/100 mmHg

Fréquence cardiaque : 96 /mn

Température : 36°5

EN : 6

Saturation en oxygène : 98 % en air ambiant

Examen pulmonaire : frottement pleural base droite ?

Abdomen douloureux dans son ensemble avec contracture et défense diffuse

Antécédent

- Adénocarcinome bronchique traité par chimiothérapie (AVASTIN)
- Tabagisme
- Intoxication alcoolique
- Pancréatite aiguë d'origine biliaire en février 2018, 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 $40.2 \text{ mg/l} < 5.0$

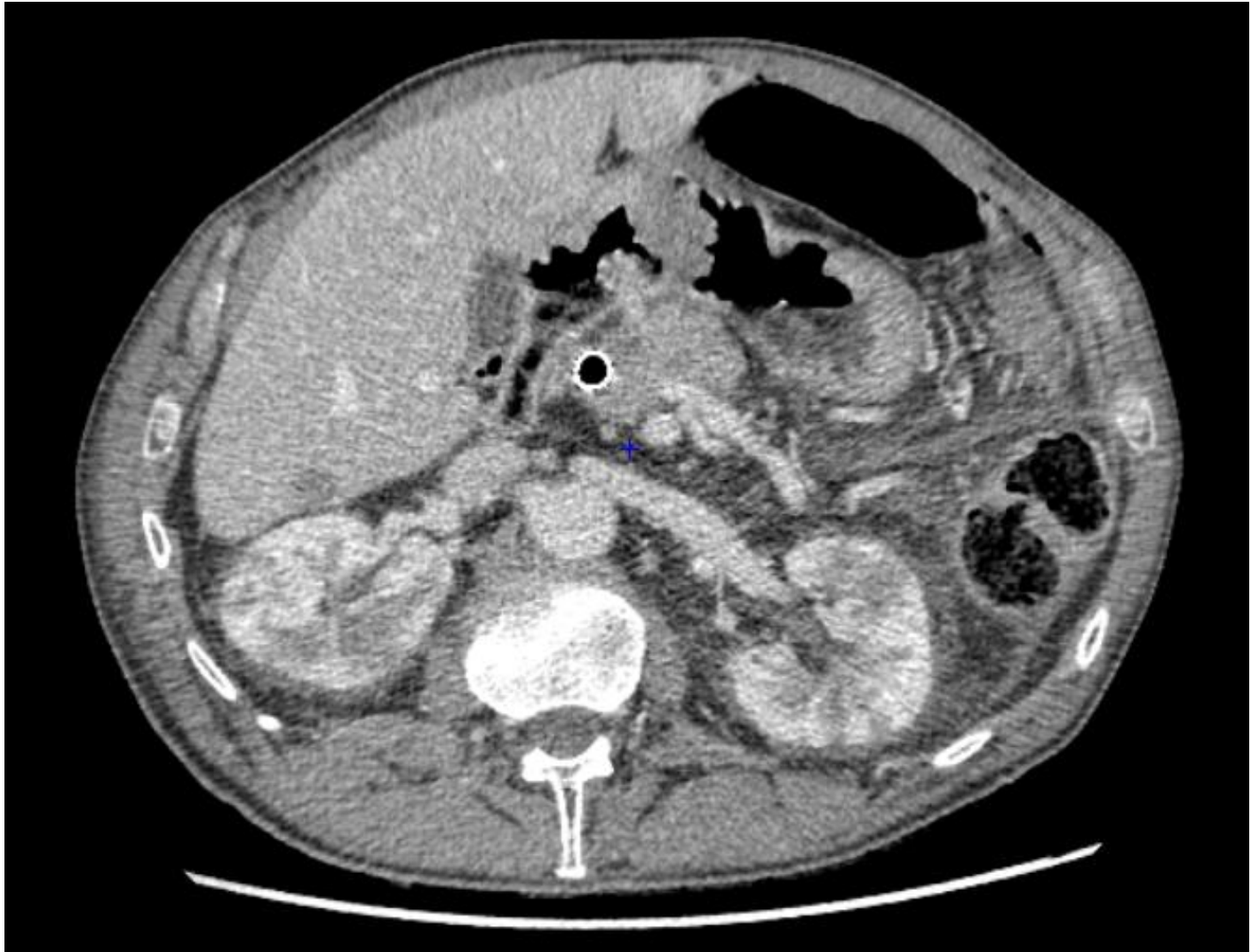
Antécédent

- Adénocarcinome bronchique traité par chimiothérapie (AVASTIN)
- Tabagisme
- Intoxication alcoolique
- Pancréatite aiguë d'origine biliaire en février 2018, traitée par la mise en place d'une prothèse biliaire

Traitement

- Dernière cure de chimiothérapie il y a 15 jours

Cas clinique



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,
infarctissement

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: infarctissement,
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

Cas clinique

Un patient âgé de 17 vous consulte pour une douleur épigastrique évoluant depuis 4 jours.

Installation progressive de la douleur, depuis permanente, entrecoupée de paroxysmes, pas d'irradiation de la douleur. Vomissements quotidiens depuis, avec pyrosis.

Douleur à type de crampe. Pas de toux. Pas de diarrhée

Traitement par IPP et GAVISCON inefficace.

TA: 120/70 mmHg

Fréquence cardiaque : 65 /mn

Température : 37°2

EN : 7

Saturation en oxygène : 99 % en air ambiant

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

Antécédent

- Asthme bronchique

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Un patient âgé de 17 vous consulte pour une douleur épigastrique évoluant depuis 4 jours.

Installation progressive de la douleur, depuis permanente, entrecoupée de paroxysmes, pas d'irradiation de la douleur. Vomissements quotidiens depuis, avec pyrosis.

Douleur à type de crampe. Pas de toux. Pas de diarrhée

Traitement par IPP et GAVISCON inefficace.

Echographie abdominale normale
Bilan biologique normal, bilan hépatique normal.

FOGD : gastrite à prédominance fundique, pas d'ulcère évolutif

Antécédent

- Asthme bronchique

Traitement

- Aucun

Le reflux gastro-oesophagien



- ➔ Les douleurs peptiques sur reflux sont ressenties dans l'épigastre supérieur, avec irradiation rétrosternale.
- ➔ Décrites comme des brûlures et associées à une régurgitation.
- ➔ Symptomatologie généralement plus marquée après le repas du soir.
- ➔ Elle se superpose énormément à celle de la maladie ulcéreuse.
- ➔ Son diagnostic différentiel englobe la maladie coronaire.
- ➔ Pas d'indication d'imagerie.

Maladie ulcéreuse



- ➔ Les douleurs sont ressenties comme brûlures ou perforations dans l'épigastre et nettement accentuées ou diminuées par la prise de nourriture.
- ➔ La perception de la douleur dans l'hypochondre droit ou gauche et son irradiation dans le dos sont possibles chez une minorité de patients.
- ➔ La maladie ulcéreuse est souvent asymptomatique.
- ➔ Recherche de prise d'AINS.
- ➔ Bilan biologique à la recherche d'une anémie.
- ➔ Pas d'indication d'imagerie.

Cancer de l'estomac



- ➔ Se manifeste par des épigastralgies, des nausées et des vomissements répétés.
- ➔ Des symptômes d'alarme tels que une altération de l'état général (anorexie, asthénie, amaigrissement), une hémorragie gastro-intestinale, une dysphagie, généralement semi-récente, chronique et progressive.
- ➔ Des vomissements récidivants imposent une gastroscopie.
- ➔ Imagerie par scanner dans le cadre d'un bilan d'extension.

Cas clinique

Une patiente âgée de 62 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë. Les symptômes ont débuté il y a 3 jours en pleine nuit réveillant la patiente par une douleur de l'hypochondre droit, puis douleur migrant au niveau de l'épigastre et enfin douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Nausées depuis 3 jours. Gaz présents. Tendance à la constipation.

Absence d'ictère

Douleur hypochondre gauche

TA: 140/70 mmHg

Fréquence cardiaque : 65 /mn

Température : 36°8

EN : 4

Saturation en oxygène : 98 % en air ambiant

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

Antécédent

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

Traitement

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

Cas clinique

Une patiente âgée de 62 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë. Les symptômes ont débuté il y a 3 jours en pleine nuit réveillant la patiente par une douleur de l'hypochondre droit, puis douleur migrant au niveau de l'épigastre et enfin douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Nausées depuis 3 jours. Gaz présents. Tendance à la constipation.

Absence d'ictère
Douleur hypochondre gauche
Abdomen souple, dépressible,
sensible au niveau
de l'épigastre mais sans défense.
Bilan hépatique normal
Fonction rénale normale
Lipasémie normale
Hémogramme normal
Troponine normale

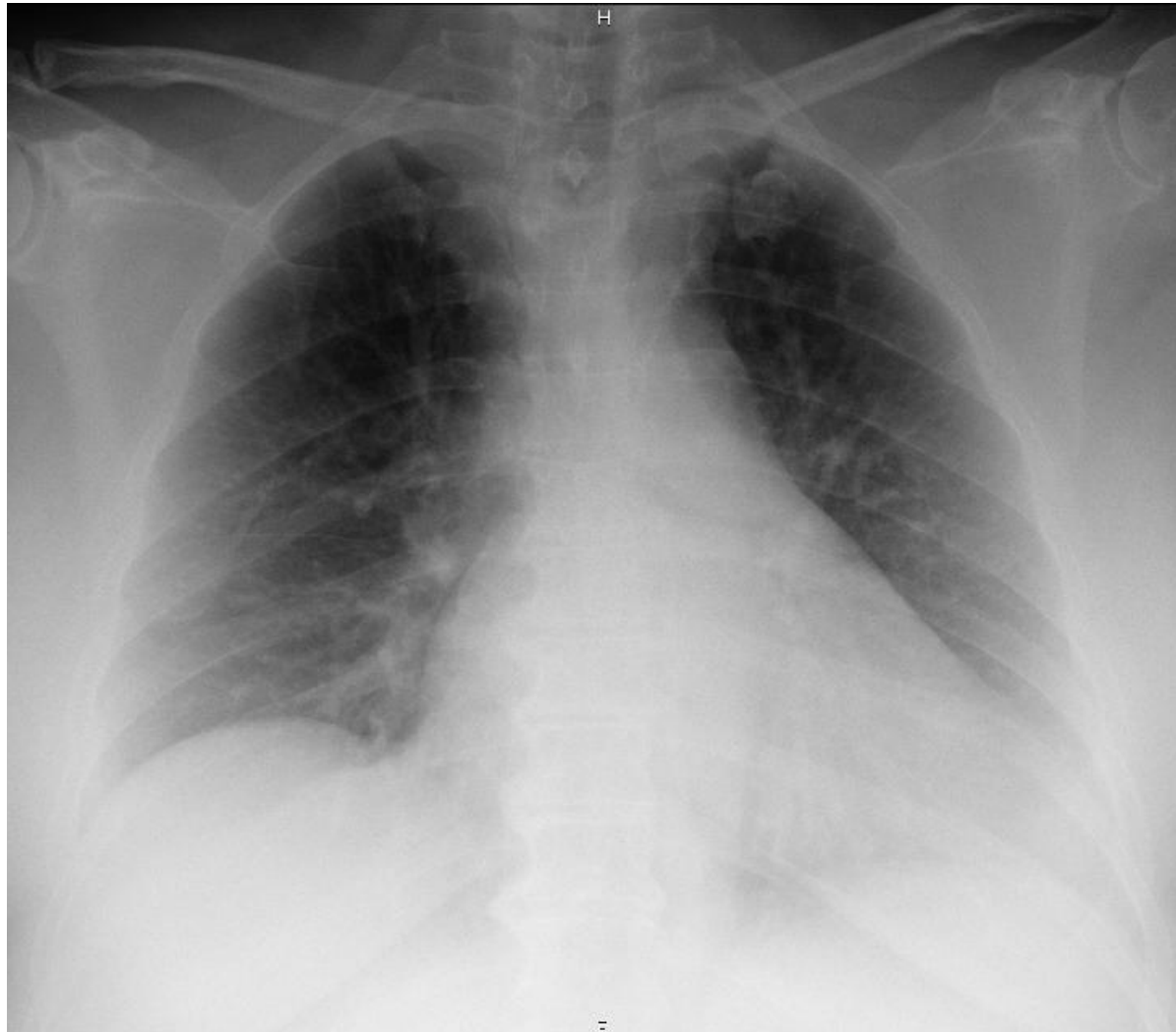
Antécédent

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

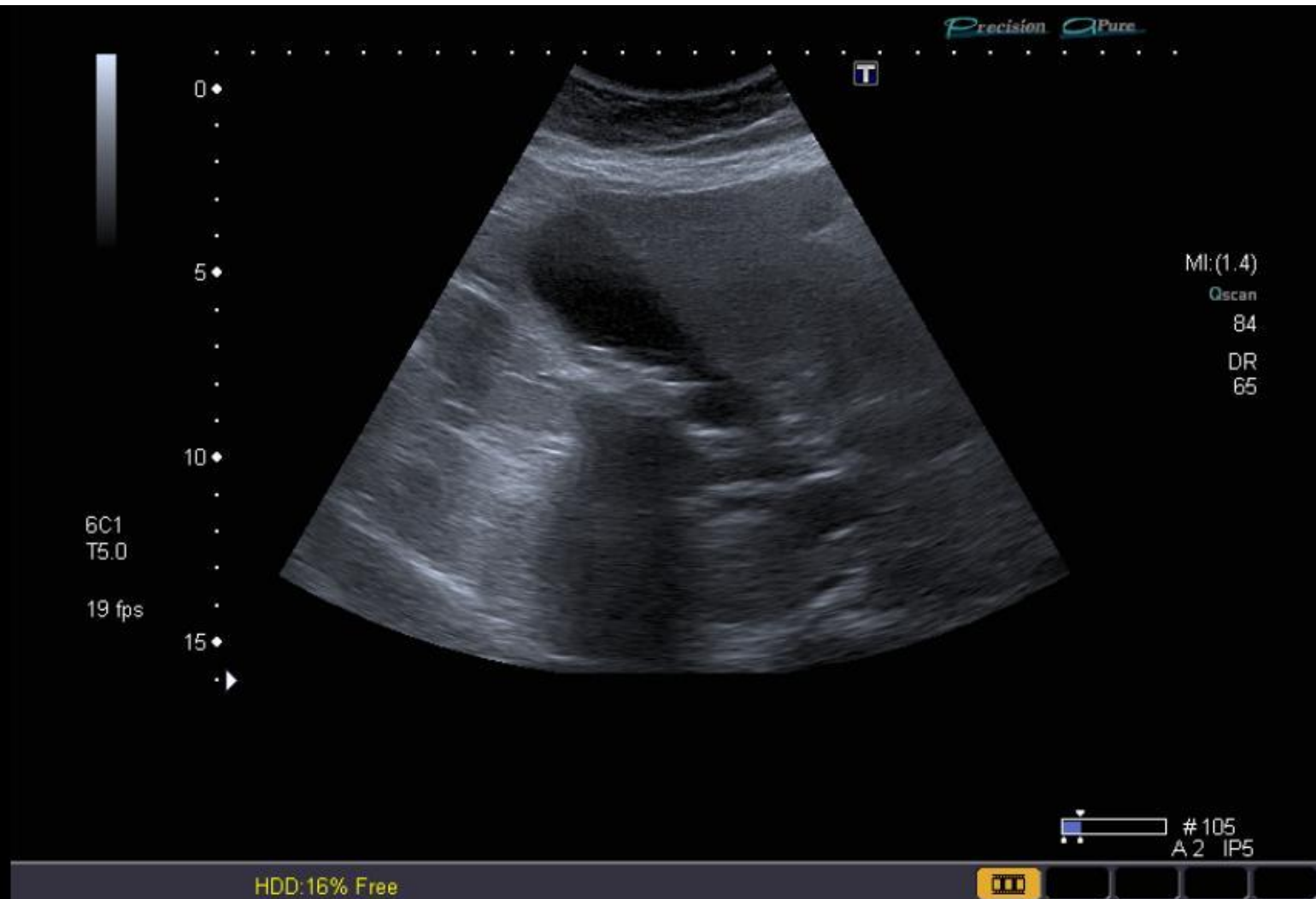
Traitement

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

Cas clinique



Cas clinique



Colique hépatique: épidémiologie

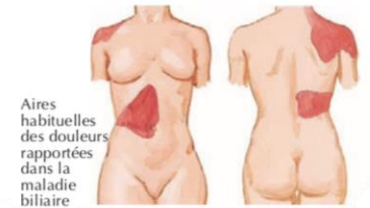


- ➔ La fréquence de la lithiase vésiculaire dans les pays occidentaux est d'environ 20 %. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 60 % après 80 ans.
- ➔ Près de 80 % des sujets ayant un calcul vésiculaire n'ont jamais aucun symptôme. Réciproquement, un calcul vésiculaire se complique dans 20 % des cas.
- ➔ 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.

Colique hépatique



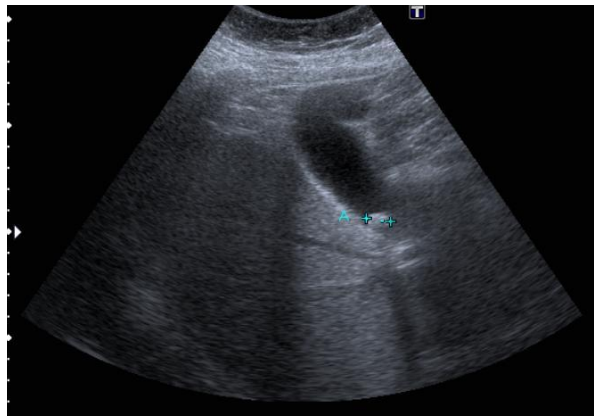
- ➔ Le principal signe clinique est la douleur biliaire: elle se caractérise par une douleur d'apparition brutale de l'hypochondre droit ou de l'épigastre (dans près 50 % des cas), avec une irradiation qui peut être en hémicceinture droite ou en bretelle.
- ➔ Cette douleur apparaît souvent en postprandiale ou de façon nocturne, elle est persistante plusieurs heures et est souvent associée à des nausées et des vomissements.
- ➔ L'examen clinique retrouve une douleur qui bloque l'inspiration profonde (signe de Murphy), et une défense localisée dans l'hypochondre droit. Cette douleur peut être absente chez les personnes âgées.



Colique hépatique

Stratégie d'imagerie

- ➔ L'échographie : examen de première intention.
- ➔ Sensibilité 94%, spécificité 78% , VPP >90%.
- ➔ Objective la lithiase, douleur provoquée par la pression de la sonde. Permet aussi l'exploration des voies biliaires intra et extra-hépatiques (Dilatation ? Lithiase ?).



Colique hépatique : indication de la cholécystectomie

En cas de lithiase vésiculaire asymptomatique la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

- ➔ La lithiase sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithiase vésiculaire.

En cas de lithiase vésiculaire symptomatique la cholécystectomie est indiquée

- ➔ Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie.

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 une fièvre et des frissons associés à des douleurs de l'hypochondre droit qui se prolongent au-delà de 24 heures.
- ➔ Il n'y a généralement pas d'ictère puisque la voie biliaire principale n'est généralement pas concernée.
- ➔ L'examen clinique révèle une douleur et parfois une défense de l'hypochondre droit et de la fièvre.

Cholécystite



Signes biologiques

- ➔ Signes biologiques d'inflammation et d'infection sont une élévation de la CRP ou/et une polynucléose neutrophile.

Stratégie d'imagerie

- ➔ L'échographie : examen de première intention.
- ➔ Epaisseur de la paroi vésiculaire > 3 mm lithiase, douleur provoquée par la pression de la sonde. Permet aussi l'exploration des voies biliaires intra et extra- hépatiques (Dilatation ? Lithiase ?).

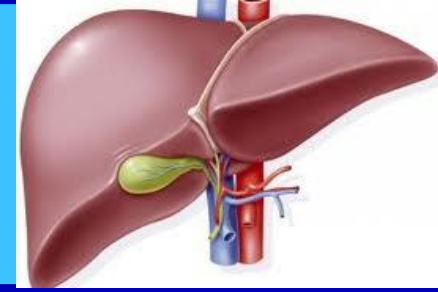


Cholécystite: indication de la cholécystectomie

En cas de cholécystite aiguë, sans défaillance viscérale, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

➔ Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution.

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.
- ➔ Le syndrome infectieux peut être sévère avec septicémie 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.

Cas clinique

Un patient âgé de 67 ans vous consulte 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.

Douleur épigastrique avec légère
défense

Tension artérielle : 150/70 mmHg

Fréquence cardiaque : 86 /mn

Température : 37°7

EN : 8

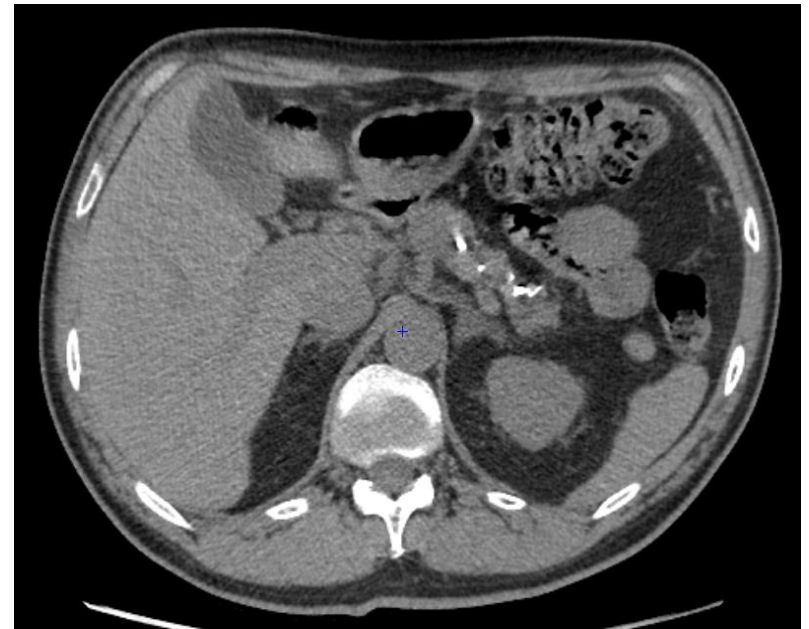
Antécédent

- Intoxication alcoolique chronique
- Appendicectomie

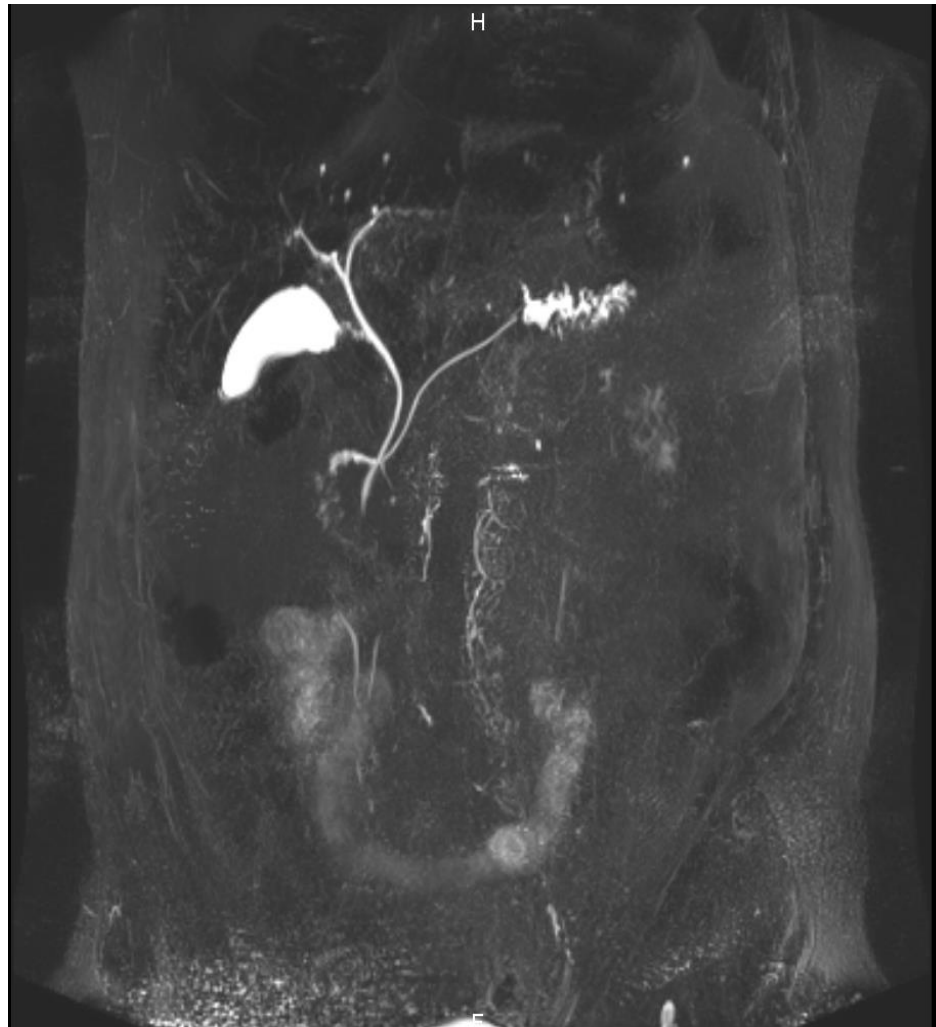
Traitement

- Aucun

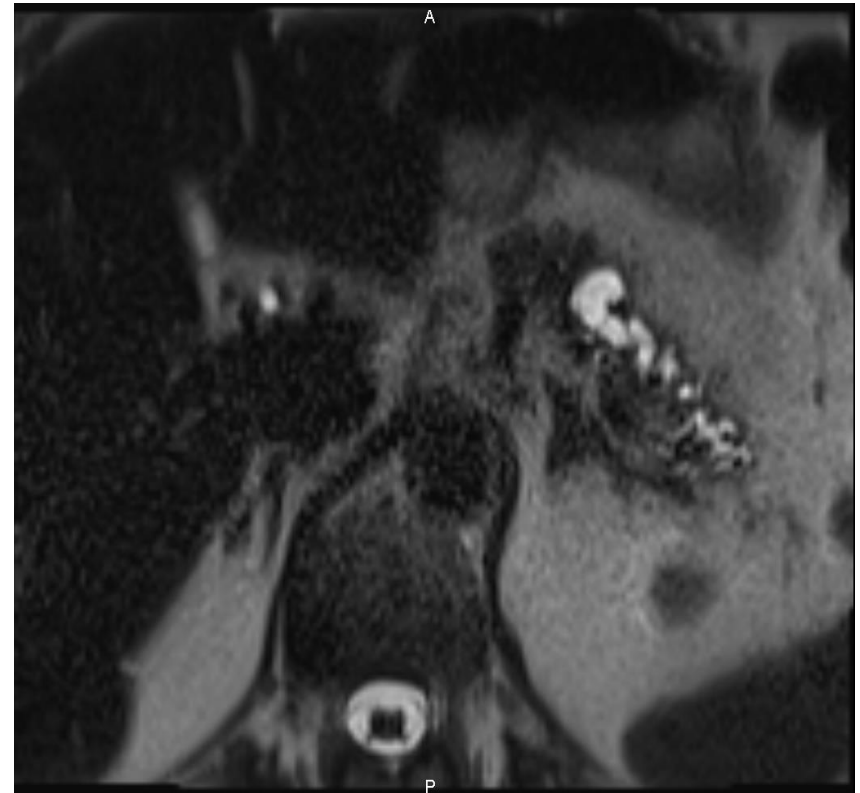
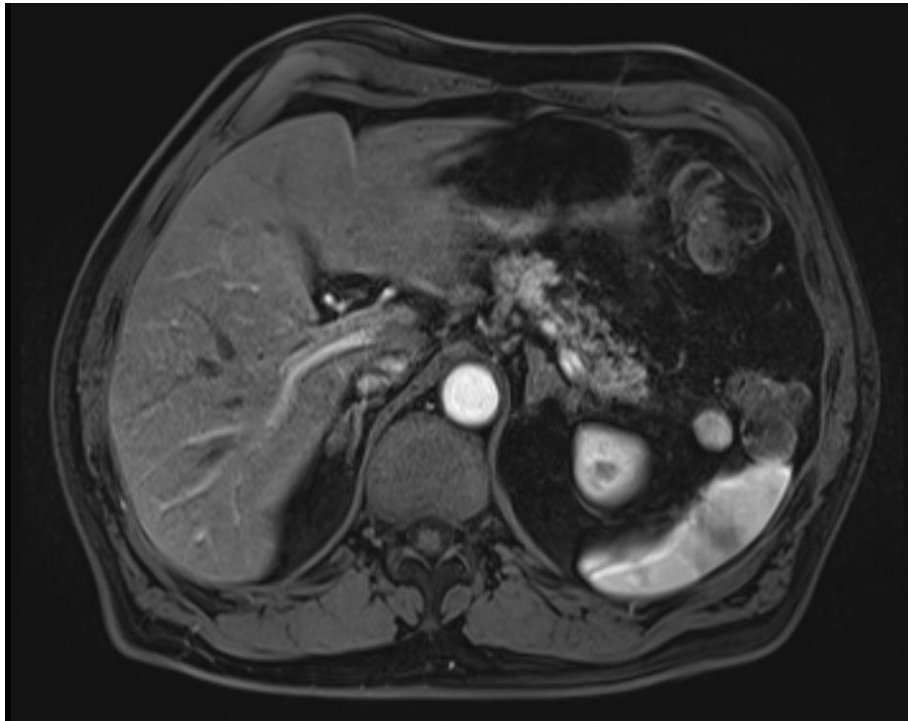
Cas clinique: scanner pancréatique



Cas clinique: pancréato-IRM



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



- ➔ PA relève d'étiologies multiples, les deux causes les plus fréquentes sont la lithiase biliaire (45 %) et l'intoxication alcoolique (35 %).
- ➔ Dans la forme typique de la maladie, le symptôme le plus fréquent (95 % des cas) est la douleur abdominale. Elle débute au niveau du creux épigastrique, irradie vers les deux hypochondres, elle est violente et transfixiante. Elle s'installe typiquement de façon rapide et progressive, atteint son maximum en quelques heures et s'estompe au bout de quelques jours
- ➔ Signes associés : nausées et vomissements, iléus réflexe.
- ➔ Dosage de la lipase: un taux de 3N est considéré comme valeur seuil significative.



Aires habituelles
des douleurs
pancréatiques rapportée



Pancréatite aiguë



Imagerie

- ➔ Une échographie abdominale est impérative et urgente pour mettre en évidence une lithiase vésiculaire avant qu'elle ne soit éventuellement induite par le jeûne.
- ➔ En cas de doute diagnostique, l'examen de référence est le scanner, il permet un diagnostic différentiel chez des malades ayant des signes atypiques d'occlusion ou de perforation intestinales.



Bilan biologique à réaliser



La chronologie des prélèvements sanguins est essentielle car la plupart des anomalies sont fugaces.

➔ Enzymes hépatiques :

- une élévation transitoire des transaminases dans les 48 premières heures a une valeur prédictive positive de 85 % pour le diagnostic de migration lithiasique mais n'a plus aucune valeur diagnostique au-delà de ce délai.

➔ Triglycérides:

- une pour l'hypertriglycéridémie qui peut se normaliser (ou en tout cas passer au-dessous du seuil pancréato-toxique de 8g/L) en quelques heures.

➔ Calcémie.

PA: investigations à mettre en œuvre au-delà pour le bilan causal

Après un premier bilan négatif, les examens nécessaires au bilan causal

➡ Pancréato-IRM:

- Essentielle pour chercher une anomalie canalaire, en particulier un obstacle tumoral (tumeur intra-canaulaire papillaire et mucineuse constituant une cause prédominante de PA non alcoolique non biliaire après 50 ans).

➡ Echoendoscopie:

- Permet un diagnostic dans 32 à 88 % des cas, notamment pour mettre en évidence du sludge biliaire ou des microcalculs non vus en échographie.

Cancer du pancréas



- ➔ Se manifeste par des douleurs épigastriques ou des hypochondres.
- ➔ Les douleurs peuvent être intenses, à irradiation dorsale associée à une altération de l'état général majeure due à une anorexie.
- ➔ Peut se révéler par un ictère cholestatique, d'apparition progressive, sans fièvre, ni douleurs.
- ➔ Le scanner permet de confirmer le diagnostic et d'établir le bilan d'extension locale et à distance.

Cas clinique

Une patient âgée de 34 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë. Elle se plaint d'une douleur épigastrique depuis la veille sans nausées, à type de pesanteur, transfixiante dans le dos, sans toux.

TA: 109/78 mmHg bras droit

FC: 81 / mn

Température: 37°8

Abdomen souple, dépressible,
sensible au

niveau de l'épigastre sans défense

Antécédent

- G1P1
- Splénectomie post-traumatique

Traitement

- Contraception orale

Cas clinique

Numération

Globules blancs	*	12.0 x10 ⁹ /l	4-10
Globules rouges		4.71 x10 ¹² /l	3.8-5.2
Hémoglobine		13.7 g/dl	11.5-16
Taux d'hématocrite		40.8 %	35-46
VGM		86.7 fl	81-99
TCMH		29.0 pg	27-33
CCMH		33.5 g/dl	31-36
Indice de distribution des GR		14.4 %	11-16
Plaquettes		340 x10 ⁹ /l	150-450

(Hémocytomètre, COULTER LH750 et/ou 500)

Formule Leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles		64.8 %	
	*	7.78 x10 ⁹ /l	2-7.5
Polynucléaires éosinophiles		1.0 %	
		0.12 x10 ⁹ /l	0.04-0.8
Polynucléaires basophiles		0.5 %	
		0.06 x10 ⁹ /l	0.-0.2
Lymphocytes		22.8 %	
		2.74 x10 ⁹ /l	1.5-4
Monocytes		10.9 %	
	*	1.31 x10 ⁹ /l	0.2-1

Cas clinique

Enzymes

Lipase sérique (Méthode enzymatique Beckman)	*	21.0 UI/l	22-51
ASAT (GOT)		12.0 UI/l	<31
ALAT (GPT) (Méthode enzymatique Beckman)		13.0 UI/l	<34
Gamma glutamyl transférase (Méthode enzymatique Beckman)	*	<5 UI/l	7-64
		limite inférieure de sensibilité de la technique	
Phosphatases alcalines (PAL) (Méthode enzymatique Beckman)		65.0 UI/l	42-98

Bilirubine

Bilirubine totale (Méthode colorimétrique Beckman)		12.0 µmol/l	5.1-20.5
Bilirubine libre (Méthode colorimétrique Beckman)		10.5 µmol/l	1-19
Bilirubine conjuguée (Méthode colorimétrique Beckman)		1.5 µmol/l	1-8.7

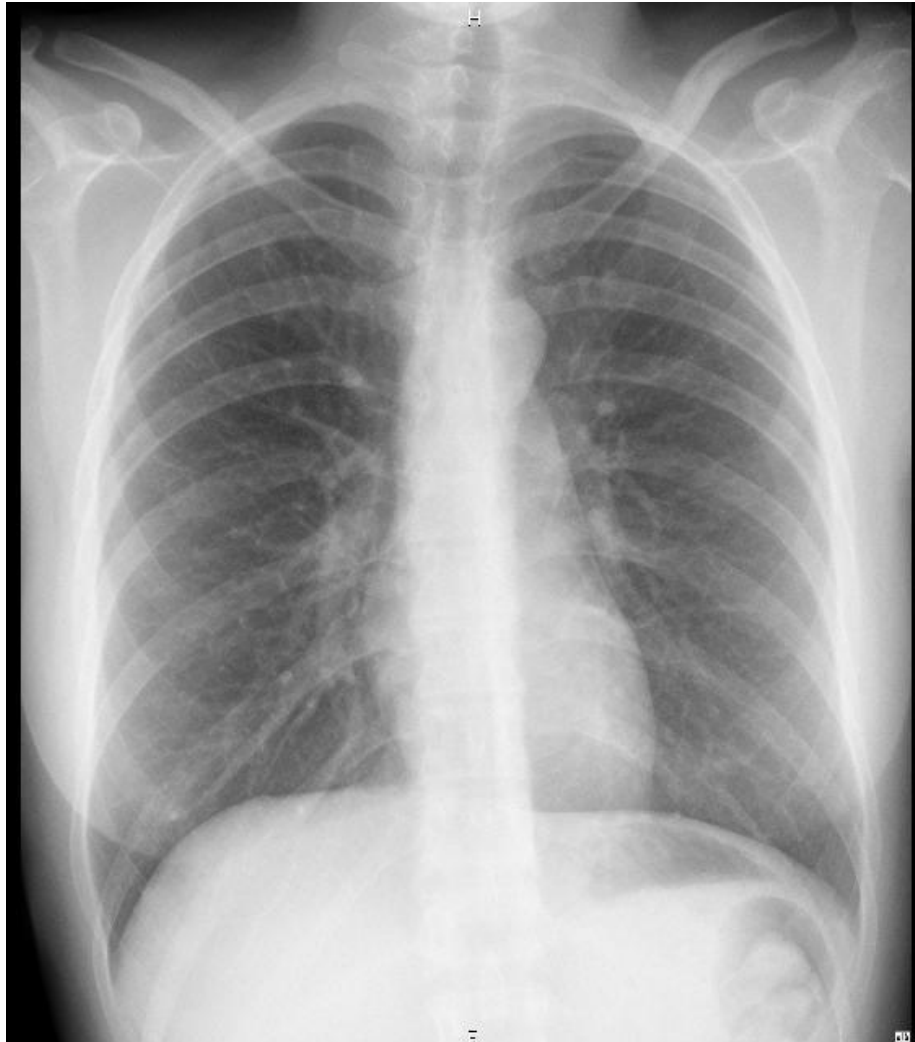
Chimie Divers

Calcémie (ISE indirecte Beckman)		2.37 mmol/l	2.2-2.6
Lactacidémie (Méthode enzymatique Beckman)		1.2 mmol/l	0.5-2.2
HCG totale (Chimiluminescence Beckman Access)		<0.5 UI/l	

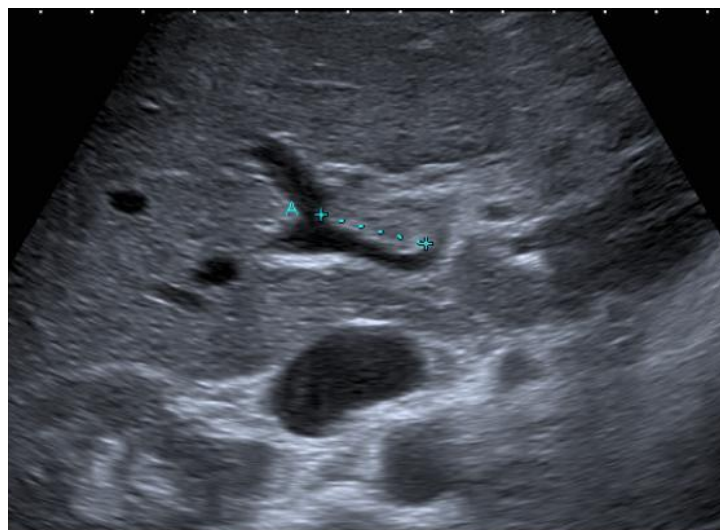
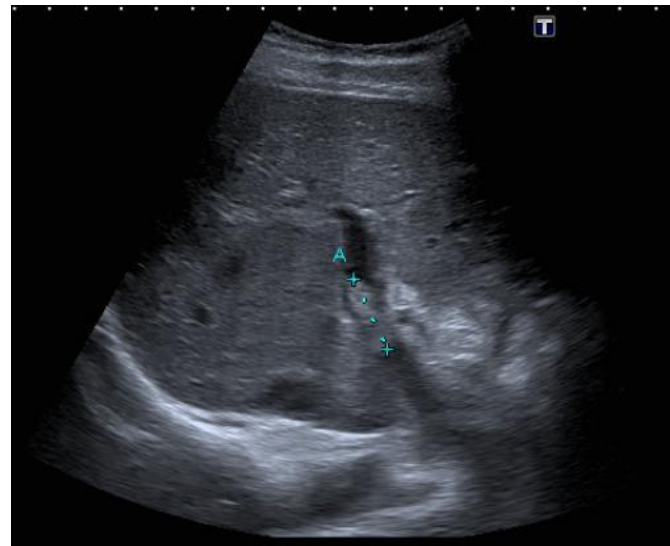
Résultat négatif si taux < 3 UI/l

limite inférieure de sensibilité de la technique

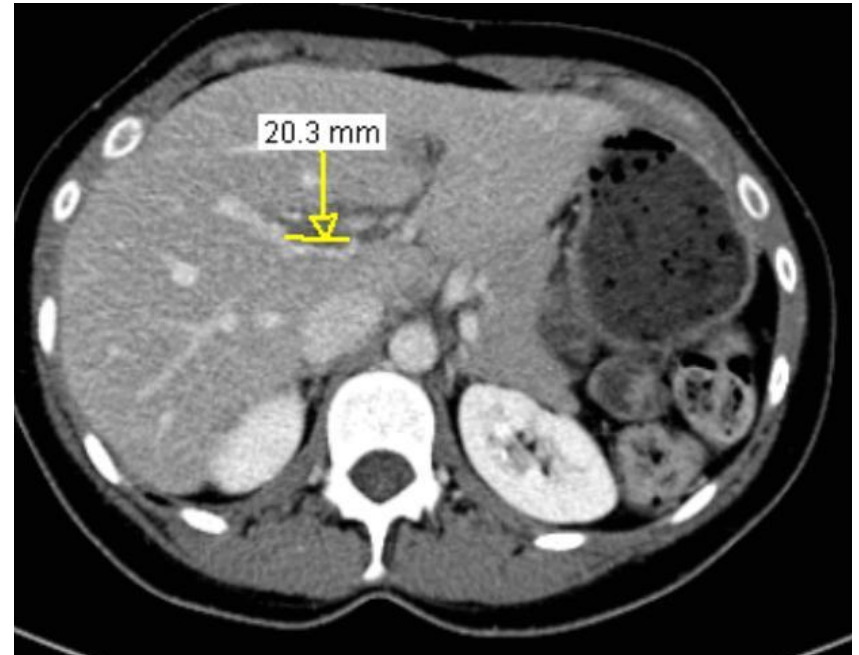
Cas clinique



Cas clinique: thrombose veine porte



Cas clinique: thrombose veine porte



Thrombose veine porte



- ➔ Correspond à l'obstruction du tronc de la veine porte par un caillot sanguin. Il peut s'étendre dans les branches intrahépatiques ou dans la veine splénique et/ou les veines mésentériques.
- ➔ Les principales causes locales sont la cirrhose, les tumeurs malignes du carrefour biliodigestif, les maladies inflammatoires abdominales, les traumatismes de l'axe veineux porte et le ralentissement du flux veineux porte.
- ➔ Les causes systémiques comprennent les thrombophilies congénitales et acquises ainsi que les maladies myéloprolifératives.
- ➔ Les manifestations sont habituellement des douleurs abdominales, le plus souvent à irradiation postérieure, continues sur plusieurs jours, très intenses. Une fièvre peut être présente, même en l'absence d'infection. L'examen physique est normal, l'abdomen est souple, contrastant avec l'intensité de la douleur.

Thrombose veine porte

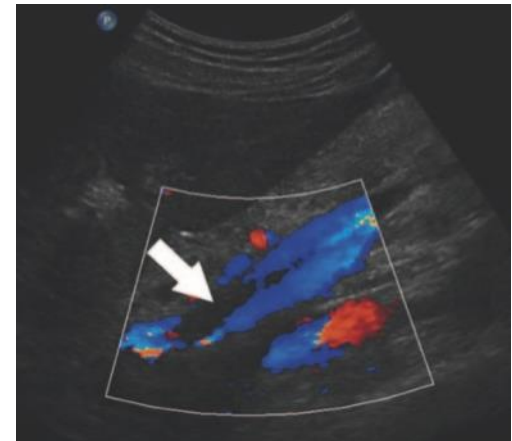


Signes biologiques

- ➔ Parfois augmentation des transaminases mais le plus souvent le bilan hépatique est normal

Stratégie d'imagerie

- ➔ **L'échographie** : examen de première intention. Spécificité de l'ordre de 90 à 100%.
- ➔ Visualisation du thrombus et absence de perméabilité de la veine en mode doppler.
- ➔ Le scanner permet aussi la localisation et l'extension du thrombus porte. Il a l'avantage de permettre une exploration globale de l'abdomen et de pouvoir identifier les causes locales de thrombose, et les éventuelles ses complications comme l'ischémie digestive.



Pathologie pleuro-pulmonaire



- ➔ Une pneumopathie basale ou un pneumothorax peuvent se présenter par des douleurs de l'hypochondre, de la partie latérale de l'abdomen et dans les lombes, associées ou non à une fièvre ou à des signes respiratoires.
- ➔ L'embolie pulmonaire peut se limiter à un tableau de douleurs abdominales isolées, allant jusqu'à un tableau d'abdomen chirurgical. Cette présentation est en rapport avec un épanchement de la plèvre diaphragmatique et ou à la congestion hépatique liée à l'insuffisance ventriculaire droite.



Les douleurs localisées en
fosse iliaque

Cas clinique

Un patient âgé de 23 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë.
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

Abdomen: douleur fosse iliaque droite avec défense

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 (Hémocytomètre,COULTER DXH800)		210 x10 ⁹ /l	150-450

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

Un patient âgé de 23 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë.
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.

Abdomen: douleur fosse iliaque droite avec défense

Au total:
appendicite au stade péritonéal

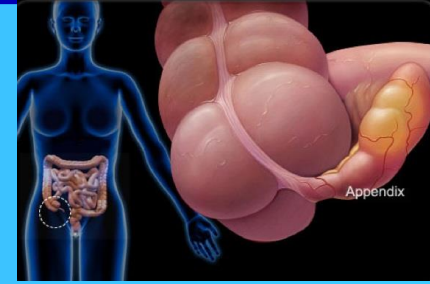
Antécédent

- 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, par un obstacle :
 - 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

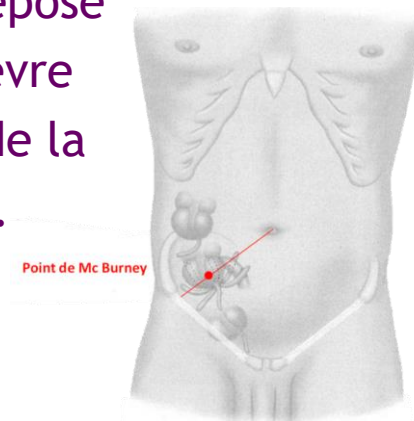
- ➔ **Appendicite pelvienne** : qui peut simuler une salpingite aiguë. Les douleurs, localisées à la région hypogastrique droite.
- ➔ **Appendicite sous-hépatique**: qui peut simuler une cholécystite aiguë : douleurs de l'hypochondre droit, fièvre et défense.
- ➔ **Appendicite rétro-caecale** : l'appendice 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-coéliquale** : 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).



Appendicite aiguë: imagerie

- ➔ L'imagerie est utilisée pour augmenter la précision diagnostique d'appendicite quand le tableau clinique n'est pas concluant.
- ➔ L'échographie: sa performance diagnostique est variable d'un patient à l'autre et d'un opérateur à l'autre. Son intérêt diagnostique est modérée, elle est plus utile pour confirmer le diagnostic d'appendicite que pour l'exclure.
- ➔ Le scanner: il montre une bonne performance diagnostique aussi bien pour confirmer le diagnostic d'appendicite que pour l'infirmier.

Appendicite aiguë: quelle imagerie ?

- ➔ L'échographie n'a de valeur que positive, une échographie appendiculaire jugée normale n'élimine pas le diagnostic d'appendicite.
- ➔ Le scanner est plus précis quelle que soit sa modalité de réalisation (avec ou sans produit de contraste), il présente néanmoins un plus grand risque d'irradiation.

Appendicite aiguë: probabilité clinique d'appendicite

La probabilité clinique d'appendicite est forte chez l'homme jeune si il existe l'association:

- ➡ d'une défense en fosse iliaque droite.
 - ➡ d'une hyperleucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L.
 - ➡ d'une CRP supérieure à 8 mg/L .
- ➡ La probabilité est faible en l'absence d'une défense en fosse iliaque droite, d'une hyperleucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L et d'une CRP supérieure à 8 mg/L.

Appendicite aiguë: conduite à tenir

En présence d'une probabilité faible:

- ➔ absence concomitante d'une défense en fosse iliaque droite, d'une hyperleucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L et d'une CRP supérieure à 8 mg/L.
- ➔ Dans cette situation une surveillance doit être proposée, adaptée au contexte médical, familial et social, par exemple pour les personnes nomades ou sans domicile fixe, les personnes inquiètes, etc..., il est plus prudent de les garder en observation pour éviter une aggravation éventuelle du tableau.

Appendicite aiguë: conduite à tenir

En cas de doute diagnostique et patient présentant une probabilité intermédiaire, intérêt de l'imagerie:

- ➔ Chez la femme jeune: échographie en première intention afin d'éviter l'irradiation et pour exclure une pathologie gynécologique. Si l'échographie n'est pas contributive, il faut faire un scanner. En cas de doute persistant, il faudrait s'orienter vers un avis gynécologique et/ou discuter une laparoscopie exploratrice.
- ➔ Chez le sujet âgé: scanner en première intention, permet d'éliminer un diagnostic différentiel colique.
- ➔ Chez le sujet obèse, la décision de réaliser le scanner ou l'échographie en première intention reste à la discrétion du radiologue, mais performance diagnostique limitée de l'échographie dans cette situation. Si l'échographie réalisée en première intention n'est pas contributive, il faudrait réaliser un scanner.

Appendicite aiguë: conclusions

- ➔ Il convient aujourd'hui de considérer, devant une douleur abdominale aiguë, les éléments de la triade suivante « **une défense en fosse iliaque droite, une leucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L et une CRP supérieure à 8 mg/L** » pour définir trois niveaux de probabilité diagnostique (faible, intermédiaire et forte).
- ➔ Lorsque l'imagerie est nécessaire, l'échographie est l'examen à considérer en première intention, chez le sujet masculin jeune et chez la femme. Elle possède une valeur diagnostique importante en cas de visualisation de l'appendicite. Chez le sujet âgé, l'utilisation du scanner est préconisée.
- ➔ Le délai de réalisation d'un scanner est de 4h en cas de signes cliniques de gravité (masse à la palpation, empatement...) ou de terrain fragile (corticothérapie, diabète) et dans un délai de 24h en l'absence de signes cliniques de gravité.

Cas clinique

Patiente âgée de 34 ans vous consulte pour des douleurs abdominales.
Douleur de la fosse iliaque gauche depuis 4 jours, d'installation progressive, irradiant dans la cuisse et le flanc gauche, permanente entrecoupée de paroxysmes.
Avortement spontané 2 mois auparavant, depuis aménorrhée β HCG négatives
Dernières selles il y a 2 jours.
Gaz présents
Pas de contraception.
Pas de leucorrhée.
Pas de signes urinaires.
Pas de vomissements.
Quelques nausées depuis 5 jours.

Antécédent

- Thalassémie
- Reflux gastro-oesophagien
- Cure chirurgicale hernie ombilicale

Traitement

- Aucun

Cas clinique n°10

Tension artérielle : 108/78 mmHg

Fréquence cardiaque : 94 /mn

Température :

EN : 7

Bandelette urinaire : Leucocytes : 0 Nitrites : 0 Hématies : traces

Fréquence respiratoire : 94/min

Saturation en oxygène : 100 % en air ambiant

Bruits du cœur : Normaux et réguliers

Examen pulmonaire : Normal

Abdomen souple, dépressible, sensible en fosse iliaque gauche sans défense.

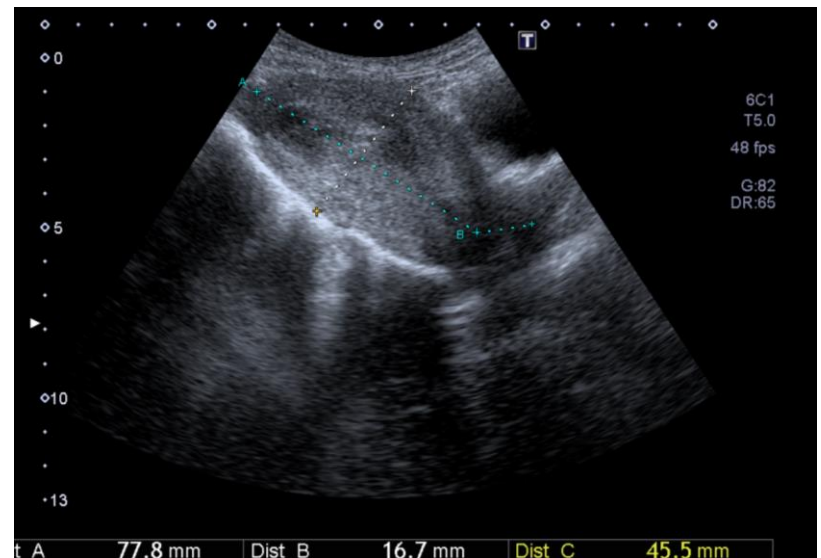
Souffle abdominal non perçu

Cas clinique

Bêta HCG urinaires positifs

Bêta HCG sang à 900

Grossesse extra-utérine



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.
- ➔ 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 d'annexe



- ➔ Bien que rare, c'est la 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 d'annexe: conduite à tenir

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

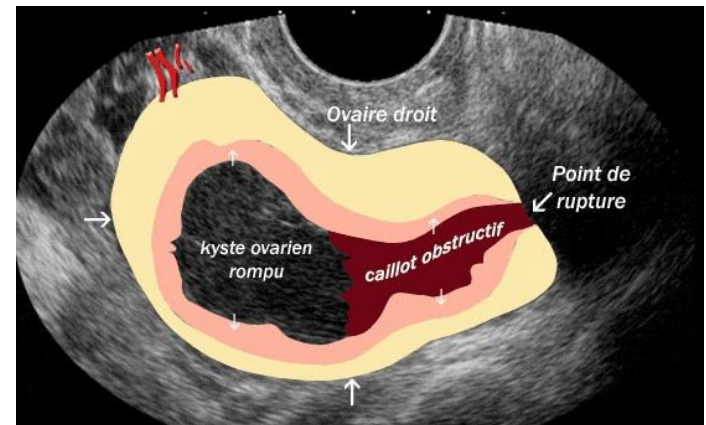
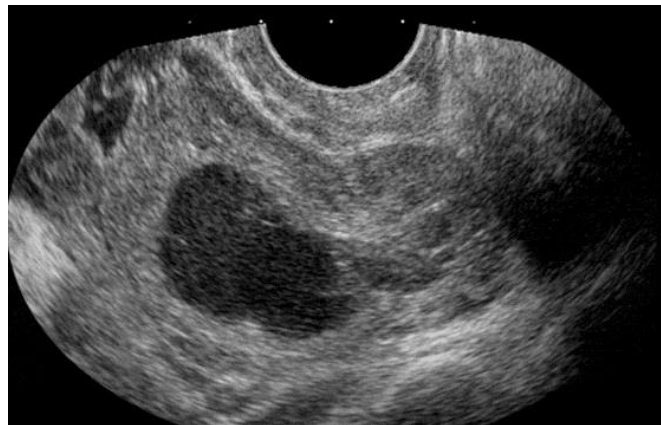
Imagerie

- ➔ L'échographie: l'ovaire est augmenté de volume et hétérogène (présence de plages liquidiennes de nécrose). Il est douloureux lors du passage de la sonde. On y visualise le kyste ovarien dont le contenu est également hétérogène.

Rupture de kyste de l'ovaire



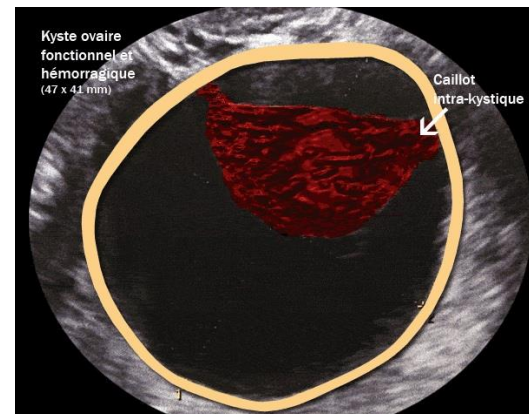
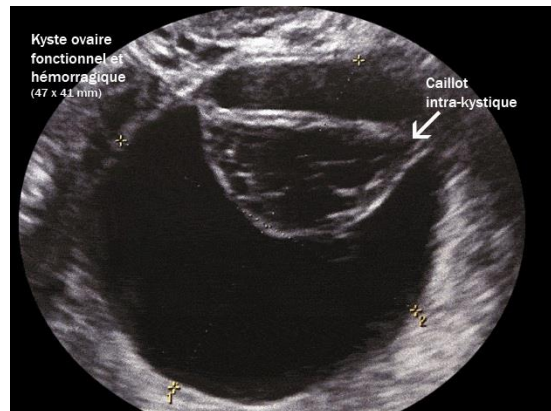
- ➔ Peut donner un tableau clinique d'abdomen chirurgical en raison du caractère brutal de la survenue de l'épanchement péritonéal.
- ➔ L'examen physique retrouve une défense unilatérale pelvienne.
- ➔ L'échographie permet de quantifier l'épanchement péritonéal et éventuellement de visualiser une image hypotonique, hétérogène, ovarienne correspondant aux vestiges folliculaires ou lutéaux du kyste.



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.



Cas clinique

Une patiente de 33 ans vous consulte 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.

TA: 106/60 mmHg bras droit

Fréquence cardiaque: 61 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Température: 36°9

Abdomen souple, dépressible, indolore

EN à 5

Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Cas clinique

Une patiente de 33 ans vous consulte 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.

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

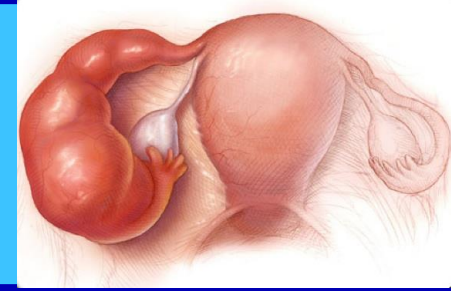
Antécédent

- Tabagisme
- Infection sexuellement transmissible
- IVG
- G4P3

Traitement

- ADEPAL

Infections génitales hautes



- ➔ Infections utéro-annexielles: salpingite et endométrite.
- ➔ Infections supra-cervicales dont le mode de contamination se fait par voie ascendante.
- ➔ Distinguer formes compliquées et formes non compliquées.

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.
- ➡ Démarrage de l'activité sexuelle.
- ➡ Le tabagisme.
- ➡ Nouveau partenaire.
- ➡ Partenaires multiples.
- ➡ 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:
 - Du col utérine (endocervicite): infection sexuellement transmissible.
 - De l'utérus (endométrite): agent causal geste invasif, ex: pose d'un stérilet.

Infections génitales hautes: bactériologie

➔ Deux grande type de germes:

○ Germes responsables d'IST:

- Chlamydiae trachomatis « Silence Killer » (infection paucisymptomatique).
- Neisseiria gonorrhoeae.
- Mycoplasma genitalium.

○ Germes commensaux ➔ responsables d'endométrites:

- Echerichia Coli.
- Streptocococcus agalactiae.
- Anaérobies.

➔ Souvent polymicrobien.

Infections génitales hautes: formes cliniques

- ➔ Forme classique rare: femme jeune, comportement sexuel à risque, douleurs pelviennes évoluant depuis 2-3 jours, associées à des leucorrhées, des métrorragies et un fébricule.
- ➔ 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: aide au diagnostic

Critères majeurs proposés (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH)
<ul style="list-style-type: none">— Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autres pathologies)— ET :<ul style="list-style-type: none">• douleur annexielle provoquée• et/ou douleur à la mobilisation utérine
Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'une IGH)
Interrogatoire : <ul style="list-style-type: none">— antécédent d'IST— contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente— métrorragies— syndrome rectal (ténesme, épreinte) Examen clinique : <ul style="list-style-type: none">— T > 38 °C— leucorrhées purulentes Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none">— élévation de la CRP— présence de <i>Chlamydia trachomatis</i>, gonocoque ou <i>Mycoplasma genitalium</i> à l'examen bactériologique— histologie :<ul style="list-style-type: none">• endométrite à la biopsie endométriale• salpingite à la biopsie fimbriale— présence de signes échographiques spécifiques :<ul style="list-style-type: none">• épaissement pariétal tubaire > 5 mm• OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets)• OU masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec de fins échos Absence d'autres pathologies (GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire, pathologie fonctionnelle...)

Infections génitales hautes: conduite à tenir

- ➔ NFS + CRP (grade B) mais l'absence d'anomalies n'infirmes pas/n'exclut pas le diagnostic d'IGH non compliquée.
- ➔ Echographie examen de 1^{ère} intention: permet d'évoquer le diagnostic (signes spécifiques), d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie (grade B).
- ➔ En cas de doute diagnostique, et dans les formes mineures: biopsie d'endomètre, cet examen histologique a de bonnes sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'IGH (grade B).
- ➔ Si doute diagnostique clinique et échographique: scanner abdominopelvien (grade C), permet de préciser les anomalies et de faire certains diagnostics différentiels. L'IRM peut être discutée en seconde intention (grade C).
- ➔ En cas d'IGH non compliquée, la coelioscopie diagnostique (grade C) n'est pas recommandée en première intention.

Infections génitales hautes: microbiologie

- ➔ Prélèvement vaginal avec examen direct pour la recherche de leucocytes altérés (comptage) et d'autres anomalies (trichomonase, vaginose) et pour la réalisation de TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques): recherche de *Chlamydiae trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* (grade B).
- ➔ Prélèvement d'endocol, après désinfection de l'exocol, avec analyse bactériologique (grade A).
- ➔ La sérologie *Chlamydia trachomatis* n'a pas d'intérêt pour le diagnostic d'une IGH en phase aiguë ni pour la surveillance de l'évolution de la maladie.

Infections génitales hautes: complications

- ➔ Abscès tubo-ovariens: Infection mal traitée, risque de péritonite ou de pelvipéritonite.
- ➔ Pelvipéritonite: tableau terminal d'une IGH non traitée, douleur pelvienne généralisée et défense pelvienne bilatérale.

Infections génitales hautes: traitement forme non compliquée

- ➔ Association Ofloxacine 400 mg x 2/j + Métronidazole 500 mg x 2/j pendant 14 jours (grade B).
- ➔ La recherche de gonocoque doit être systématique (grade B).
- ➔ Une injection IM complémentaire de ceftriaxone 500 mg doit être associée secondairement en cas de découverte de gonocoque, ou d'emblée en fonction du contexte (haute prévalence, facteurs de risque, suivi aléatoire...) (grade A).
- ➔ En cas d'IGH survenant sur DIU, il est recommandé de retirer le DIU et de l'analyser en bactériologie (grade B).

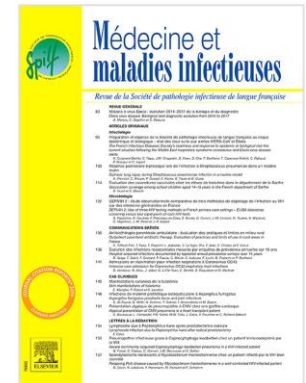
Infections génitales hautes: protocole d'antibiothérapie forme non compliquée

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées	Remarques	
Traitement proposé en première intention	Ofloxacine	400 mg x 2/jour per os	14 jours		
	+ Métronidazole +/- Ceftriaxone	500 mg x 2/jour per os (500 mg, 1 injection IM unique)	14 jours		
Alternatives possibles	Ceftriaxone	500 mg IM	dose unique		
	+ Azithromycine	1 g par semaine	14 jours		Hors AMM Protocole à l'efficacité limitée sur les anaérobies
	Moxifloxacine	400 mg/jour	14 jours		Coût plus élevé que l'ofloxacine Précautions si troubles hépatiques connus
	Ceftriaxone	500 mg, 1 injection IM	dose unique		
	+ Métronidazole	500 mg x 2/jour per os	14 jours		
	+ Doxycycline	100 mg x 2/jour per os	14 jours		

En cas d'IGH liée à une IST, il faut recommander un dépistage des autres IST chez le partenaire et lui proposer systématiquement un traitement en fonction du germe en cause (azithromycine pour *C. trachomatis*, ceftriaxone pour *N. gonorrhoeae*) (grade B).

Infections génitales hautes: durée de l'antibiothérapie en 2018

➔ Propositions 2017 de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes.



Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises.

- **Dose unique:** urétrite et cervicite (ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1 g per os)
- **10 jours:** Infections génitales hautes non compliquées (alternative : ceftriaxone 500 mg IM dose unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7 jours d'intervalle)
- **14 jours :** Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite)

Complications des fibromes utérins



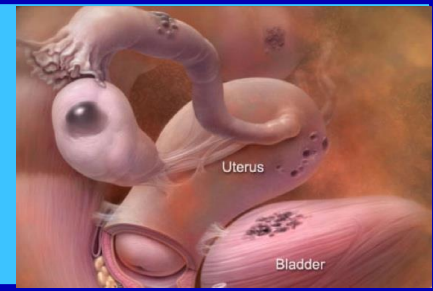
- ➔ Nécrobiose de fibrome : gros fibrome mou, douloureux +/- métrorragies brunâtres, fièvre à 38 °C.
- ➔ Torsion de fibrome : tableau proche de la torsion d'annexe. Diagnostic peropératoire.
- ➔ Accouchement par le col d'un fibrome sous-muqueux: coliques expulsives + métrorragies. Fibrome dans le vagin.

Douleurs cycliques de la femme



- ➔ Douleurs d'ovulation ou inter-mentruelles: fréquentes 5 à 10 % des femmes, caractère ponctuel inter-menstruel = ovulation (rupture d'un follicule mur), discrètes ou diffuses, métrorragies, mastodynies.
- ➔ Douleurs pré-menstruelles: 2 à 15 % des patientes.
Physiopathologie : hyper oestrogénie relative ou absolue.
Précèdent les règles d'une semaine, disparaissent un jour avant leur apparition.
Manifestations congestives: mastodynies, congestion abdomino-pelvienne, rétention aqueuse, manifestations neurosensorielles : nervosité, agitation, irritabilité, céphalées..

Endométriose



- ➔ Y penser devant des douleurs qui surviennent essentiellement pendant les règles ou seulement dans des situations particulières, par exemple après un rapport sexuel, lors des mictions ou des défécations.
- ➔ Les douleurs n'ont pas un territoire spécifique.
- ➔ Les symptômes varient suivant le type d'atteinte et suivant le retentissement sur les divers organes et les complications telles que adhérences et cicatrices provoquent des douleurs indépendantes du cycle.
- ➔ Le tableau clinique de l'endométriose est très polymorphe.

Cas clinique

Un patient âgé de 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.

TA: 146/93 mmHg

FC: 70 / mn

EN: 5

Température: 37°1

Abdomen souple, dépressible,
sensible fosse iliaque gauche et
hypogastre, pas de défense.

Antécédent

- Tabagisme
- Entorse de cheville

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Un patient âgé de 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.

Abdomen souple, dépressible,
sensible fosse iliaque gauche et
hypogastre, pas de défense.

Leucocytes 6200

PCR 20

Fibrinogène 4 g/L

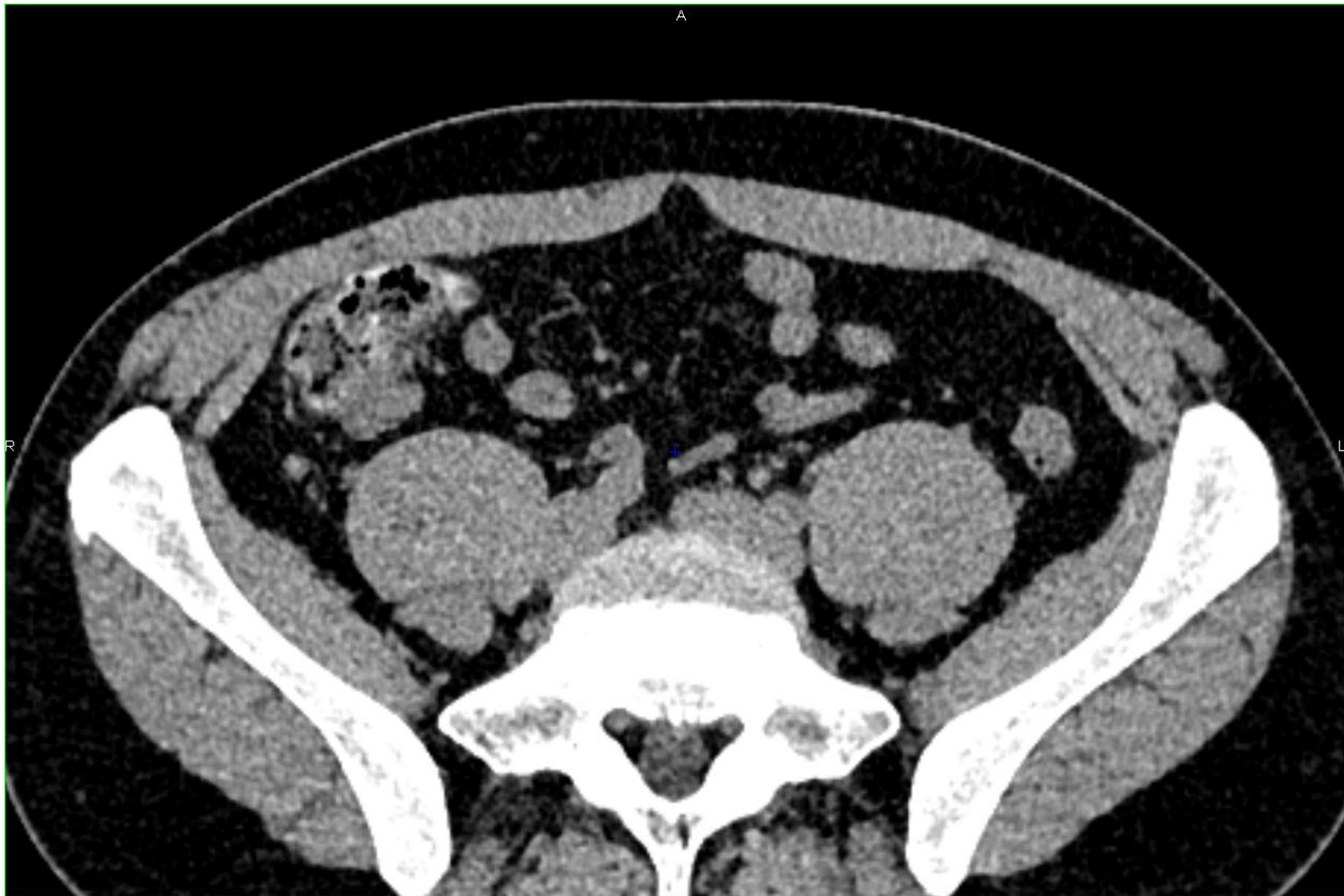
Antécédent

- Tabagisme
- Entorse de cheville

Traitement

- Aucun

Cas clinique



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: 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.

Diverticulite sigmoïdienne non compliquée: définition

Diverticulite simple ou non compliquée quand:

➔ Il n'existe pas de comorbidité ou de signes de signes de gravité: notamment pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg, fréquence respiratoire ≥ 22 /mn ou confusion), d'immunodépression*, de score ASA >3 ** ou de grossesse.

*Immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale

** Classification ASA. 1 : patient normal, 2 : patient avec anomalie systémique modérée, 3 : patient avec anomalie systémique sévère, 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante, 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention, 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Diverticulite sigmoïdienne non compliquée: traitement

- ➔ Traitement uniquement symptomatique ambulatoire en l'absence de contexte social défavorable.
- ➔ Pas d'antibiotique.
- ➔ Si le traitement symptomatique n'est pas efficace, une antibiothérapie par voie orale sera prescrite associant amoxicilline et acide clavulanique ou, en cas d'allergie, fluoroquinolone et métronidazole pendant une durée prévisionnelle de 7 à 10 jours.
- ➔ Pas de restrictions alimentaires.

Diverticulite sigmoïdienne compliquée: classification de Hinchey

Stade 1	Phlegmon ou abcès péricolique
Stade 2	Abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal (péritonite localisée)
Stade 3	Péritonite généralisée purulente
Stade 4	Péritonite fécale

Diverticulite sigmoïdienne compliquée

- ➔ Prise en charge hospitalière.
- ➔ Antibiothérapie, initialement IV ⇒ en l'absence de contre-indication aux bêta-lactamines : association pénicilline A-inhibiteur de bêta-lactamase, ou association d'une C3G (type céfotaxime ou ceftriaxone) à un nitro-imidazolé, .
- ➔ Si allergie aux bêta-lactamines, une association fluoroquinolone-nitro-imidazolé ou une association aminoside et (nitro-imidazolé ou lincosamide).
- ➔ Lors du relais oral, on peut utiliser soit une pénicilline A-inhibiteur de bêta-lactamase, soit l'association fluoroquinolone et nitro-imidazolé.

Diverticulite sigmoïdienne: traitement chirurgical

Sigmoïdectomie élective après poussée de diverticulite aiguë recommandée si:

- ➔ Symptômes persistants et de poussées fréquentes impactant la qualité de vie du patient (symptômes et qualité de vie sont au premier plan).

Diverticulite sigmoïdienne: prévention ?

Aucun geste de prévention n'a été mis en évidence pour éviter les crises.

- ➔ Régime alimentaire, prise de probiotiques, prescription de rifaximine ou de mésalamine ne peuvent être recommandés, faute de preuves.

Cas clinique

Homme 32 ans Patient vous consulte pour une douleur abdominale apparue après un déménagement.

Douleur de la fosse iliaque droite, intense

Siège FID, douleur intense sans irradiations, apyrexie, pas de nausées pas de vomissements, transit normal, pas de symptômes uro-génitaux

Douleur en FID, pas de défense, TR N

Biologie : NFS, CRP, Iono sang urée creat N SEP

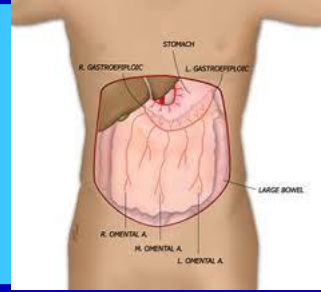
Antécédent

- Obésité : IMC 30
- Tabagisme

Traitement

- Aucun

Torsion d'un appendice épiploïque: appendagite aiguë



- ➔ Cause rare de douleur abdominale aiguë.
- ➔ Douleur aiguë très localisée, intense, pseudo-chirurgicale, Torsion d'une frange graisseuse épiploïque ➔ ischémie ➔ thrombose
- ➔ Diagnostic différentiel : appendicite, diverticulite aiguë selon la topographie.
- ➔ Mais : apyrexie, absence d'hyperleucocytose et de syndrome inflammatoire.
- ➔ Le scanner abdominal retrouve une image graisseuse hypodense avec un discret halo inflammatoire.
- ➔ L'évolution est rapidement favorable spontanément ou avec un traitement antalgique et AINS.

Cas clinique

Un patient âgé de 53 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë.
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
Abdomen souple, dépressible,
sensible au niveau
du flanc droit.

Antécédent

- Diverticulite sigmoïdienne

Traitement

- Aucun

Cas clinique n°6

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 n°6

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

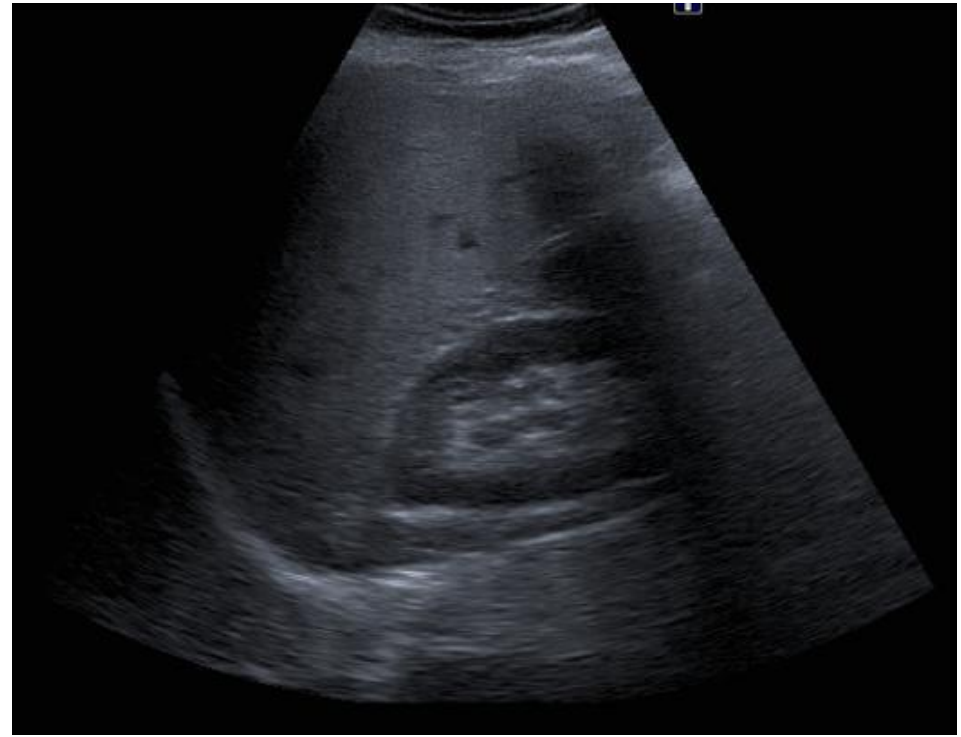
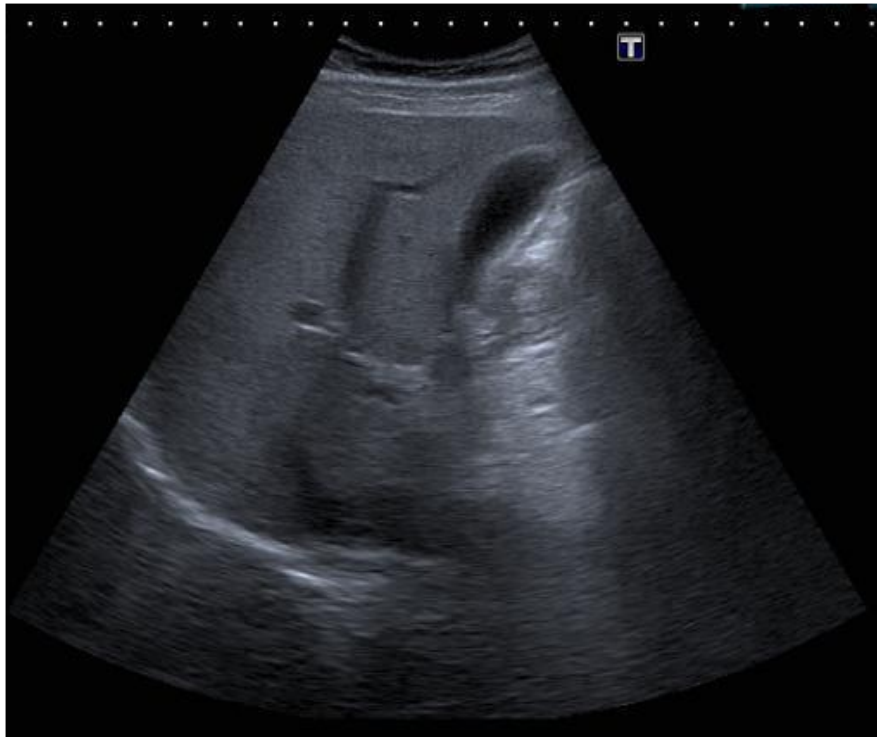
Bilirubine

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 pathologie fréquente, en augmentation. La prévalence a ainsi triplé en 40 ans.
- ➔ Elle est aussi récidivante (plus de 60 % de récurrences observées lors du suivi à 10 ans de patients après un premier épisode de lithiase urinaire).
- ➔ Le pic de prévalence est observé dans la tranche 40-60 ans.
- ➔ L'oxalate de calcium est le composant principal de la majorité des calculs représentant 71,8 % chez l'adulte entre 15 et 80 ans.

Colique néphrétique: en chiffres

- ➔ 1 % des urgences hospitalières sont consécutives à une crise de colique néphrétique.
- ➔ 10% des Français souffrent, ont souffert ou souffriront un jour de lithiase urinaire.
- ➔ 2 hommes concernés pour une femme.
- ➔ 40 ans c'est l'âge moyen des patients souffrant de lithiase. Il y a 30 ans, la maladie survenait surtout au décours de la cinquantaine.

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),
- aliments riches en oxalate (chocolat, fruits secs, épinards, oseille, rhubarbe, thé),
- purines (abats, charcuterie,...),
- sucres rapides (fructose) ;

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

On retrouve une histoire familiale dans près de 40 % des cas.

La cystinurie est la maladie génétique la plus souvent rencontrée dans ce contexte.

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-ammoniacomagnésiens.

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 favorise la formation des calculs d'acide urique, de cystine et d'oxalate de calcium.

Un pH alcalin favorise la lithiase infectieuse et phospho-calcique.

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: 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.

Colique néphrétique: compliquée

Elle est caractérisée soit par le terrain

➡ Grossesse, insuffisance 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: bandelette urinaire

- ➔ Elle permet une détection rapide d'infection urinaire.
- ➔ Intéressante dans la prise en charge au long cours pour la mesure du pH urinaire et donc le suivi des objectifs thérapeutiques.
- ➔ Positive si on détecte une leucocyturie et/ou des nitrites.
- ➔ Négative si on ne détecte ni leucocyturie ni nitrites, faux-négatifs très faible (3 %) mais possible pour le test des nitrites en cas de :
 - bactériurie faible (dilution des urines, séjour des urines dans la vessie < 4 heures, compte de bactéries trop faible) ;
 - régime restreint en nitrates, pH urinaire acide ou traitement diurétique ;
 - infection causée par certaines bactéries non productives de nitrites comme les infections à streptocoques, entérocoques, Acinetobacter spp. ou S. saprophyticus.

Attention, en cas de CN fébrile, une BU peut être négative parce que les urines infectées sont justement « bloquées » par l'obstacle urétéral.

Colique néphrétique: imagerie

Deux stratégies d'imageries sont recommandées:

- ➔ Association ASP et échographie.
- ➔ Réalisation d'un scanner spiralé non injecté.

Colique néphrétique: association ASP + échographie

ASP:

- ➔ Sensibilité et spécificité médiocres pour mettre en évidence un calcul (respectivement 40 à 58 % et 60 à 77 %).
- ➔ Doit être couplé à un autre examen d'imagerie

Echographie réno-vésicale:

- ➔ Opérateur dépendant.
- ➔ Détecte mieux les calculs situés à la jonction pyélo-urétérale et urétéro-vésicale.
- ➔ Confirme le diagnostic clinique de CN : dilatation des cavités pyélocalicielles et/ou de l'uretère. Mais toute obstruction ne se traduit pas immédiatement par une dilatation qui peut apparaître quelques heures après.

Colique néphrétique: scanner hélicoïdal non injecté

- ➔ TOUS les calculs sont visibles au scanner.
- ➔ Le scanner sans injection présente une très grande sensibilité (96 %) et spécificité (98 %) pour le diagnostic de lithiase urinaire et détecte des calculs millimétriques.
- ➔ Objective signes indirects peuvent aider au diagnostic : dilatation des cavités pyélocalicielles, infiltration de la graisse périrénale ou péri-urétérale, épaissement de la paroi urétérale en regard du calcul.
- ➔ Permet de mesurer la densité Hounsfield (UH) des calculs et ainsi d'orienter vers une composition particulière du calcul.

Composition des calculs urinaires en fonction de la densité UH au scanner

Type	Nom cristallin	Densité UH
Phosphate de calcium	Carbapatite	1 550-1 950
	Hydroxyapatite	
Oxalate de calcium Monohydraté	Whewellite	1 200-1 700
Oxalate de calcium Dihydraté	Weddellite	1 000-1 450
Phosphate ammoniaco-magnésien	Struvite	550-950
Cystine	650-850	650-850
Acide urique		350-650

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 médical

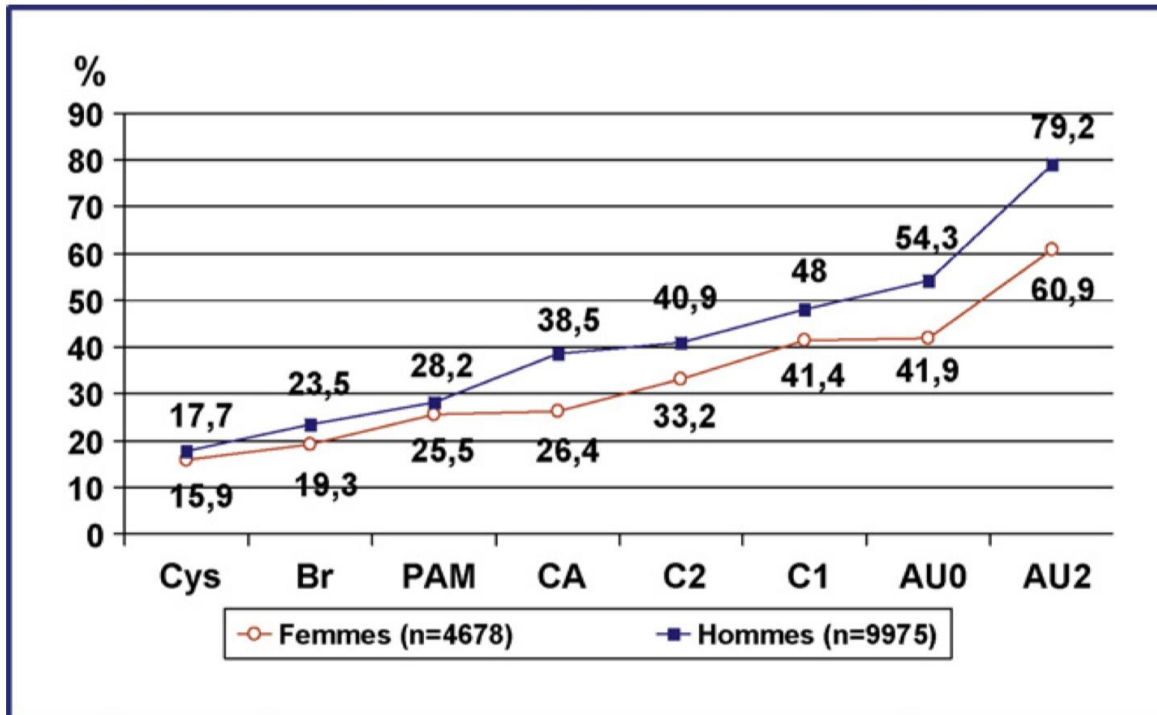
L'évolution naturelle des calculs réno-urétéraux se fait vers l'expulsion spontanée, qui peut prendre plusieurs jours à plusieurs semaines.

- ➔ Calculs de 4 mm de l'uretère pelvien ont une probabilité très élevée d'expulsion spontanée : 90 %.(1)
- ➔ Ceux de 5mm ou plus: 47%.
- ➔ Les calculs de plus de 8 mm ont en revanche très peu de chances de l'être.

(1) Champy C, Traxer O, Mozer P. Lithiase urinaire. Item 262 - UE 8. Dans: Collège français des Urologues. Référentiel du Collège français des urologues. Paris: AFU; 2014.

Colique néphrétique: traitement médical

La capacité d'un calcul à s'expulser spontanément dépend de sa nature



Composition dominante des calculs selon le sexe des patients.

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

Proportion des calculs expulsés spontanément selon le sexe des patients et la nature des calculs. Cys: cystine; Br: brushite; PAM: struvite; CA: carbapatite; C2: weddellite; C1: whewellite ; AU0 : acide urique anhydre ; AU2 : acide urique dihydraté.

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.

Colique néphrétique: bilan métabolique de première intention

Il comprend :

- ➔ Un bilan sanguin : créatininémie, calcémie, glycémie à jeun, uricémie.
- ➔ Un bilan sur urines de 24 h : créatinine, volume total, calcium, sodium, urée, urates
- ➔ Un bilan sur urines du matin (à jeun) : pH, densité, BU, cristallurie

Il doit être réalisé à plus d'un mois d'un épisode aigu ou d'un geste urologique.

Colique néphrétique: surveillance

- ➔ Le bilan au long cours de la lithiase urinaire repose sur un bilan métabolique exhaustif et l'analyse spectrophotométrique du (des) calcul(s).
- ➔ Les règles hygiéno-diététiques, et principalement une diurèse de plus de 2 L/j, sont essentielles afin d'éviter la récurrence lithiasique.

Colique néphrétique: mesures diététiques générales

Applicables à tous les patients atteints de maladie lithiasique urinaire

- ➔ Diurèse > 2 000 mL = premier objectif à atteindre et à maintenir au long cours : évaluée sur le volume des urines de 24 h ou sur les urines du réveil avec mesure de la densité (objectif < 1 015) ;
- ➔ boissons à répartir tout au long de la journée ;



Colique néphrétique: alimentation équilibrée/réajustement alimentaire

➔ Diminution de la quantité de protéines animales:

- Plus la consommation de protéines animales (viande, poisson, œuf..) est élevée, plus l'excrétion urinaire du calcium augmente. En pratique 150 grammes quotidiens suffisent dans le cadre d'un régime équilibré.

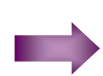
➔ Eviter autant que faire se peut, l'oxalate alimentaire:

- Une partie de l'oxalate est endogène, une autre partie est alimentaire. Le cacao et donc le chocolat noir sont parmi les aliments les plus riches en oxalate. Présent mais dans des quantités moindres, dans le thé, les épinards, les blettes, l'oseille, le brocoli, les cacahuètes, les amandes, noix et noisettes, la rhubarbe, le poivre, la betterave, la patate douce, certaines baies rouges....

➔ Limiter le sel alimentaire:

- Le sel favorise l'excrétion de calcium dans les urines et donc la formation de cristaux d'oxalate de calcium. 6 à 7 g par jour suffisent (ne jamais resaler un plat !). Prudence également avec les charcuteries qui apportent bien souvent, outre des protéines animales, de fortes quantités de sel.

Colique néphrétique: alimentation équilibrée/réajustement alimentaire



Diminution de l'alcool et les sucres rapides:

- La consommation de sucres rapides est ainsi associée à un risque accru de lithiase. A noter également que les plats préparés sont souvent riches en fructose industriel, un sucre qui non seulement se métabolise au niveau hépatique en acide urique et en triglycérides mais augmente par ailleurs la résistance à l'insuline.



Augmenter la consommation de végétaux riches en potassium:

- Le potassium réduit l'excrétion de calcium dans les urines et aide ainsi à prévenir les calculs. Banane, pomme de terre, avocat, concombre, tomate, abricot, poivron, pruneau, persil sont riches en potassium. Les jus d'agrumes (citron, orange, pamplemousse) apportent beaucoup de citrate de potassium. L'eau de Vichy est également une bonne source de ce minéral.

Colique néphrétique: mesures diététiques particulières

Elles sont à adapter en fonction de l'étiologie des calculs :

- ➔ Calculs uriques : alcalinisation des urines (eau de Vichy). Objectif = pH 6,5-7, régime pauvre en fructose et en purines ;
- ➔ calculs phospho-ammoniac-magnésien (PAM) : suppression des boissons alcalines, acidifications des urines (acide phosphorique) ;
- ➔ calculs de cystine : alcalinisation des urines (le pH urinaire doit être > 7,5), boissons abondantes (diurèse > 3 L/j).

Colique néphrétique: indications prise en charge spécialisée

- ➔ Maladie lithiasique active avec bilan de première intention négatif.
- ➔ Néphrocalcinose ou insuffisance rénale.
- ➔ Hypercalcémie.
- ➔ Ostéoporose ou fractures pathologiques.
- ➔ Persistance d'une hypercalciurie sous régime sodé < 8 g/j.

Cas clinique

Patient âgé de 58 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë.
Douleur abdominale d'installation progressive la veille au soir de sa consultation, sans nausées, ni vomissement, douleur para-ombilicale droite, pas de troubles du transit, gaz présents, depuis douleur permanente entrecoupée de paroxysme.

Tension artérielle : 161/94 mmHg

Fréquence cardiaque : 80 /mn

Température : 36°

EN : 6

Souffle vasculaire abdominal non perçu

Pouls périphériques tous perçus.

Abdomen souple, dépressible, sensible mais sans défense au niveau du flanc droit, pas de douleur à la décompression.

Antécédent

- Gastrite avec présence d'helicobacter pylori en décembre 2012
- Otospongiose

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Patient âgé de 58 ans vous consulte pour une douleur abdominale aiguë.
Douleur abdominale d'installation progressive la veille au soir de sa consultation, sans nausées, ni vomissement, douleur para-ombilicale droite, pas de troubles du transit, gaz présents, depuis douleur permanente entrecoupée de paroxysme.

Pas de syndrome inflammatoire
biologique
Cholestase hépatique
Lipase normale

Antécédent

- Gastrite avec présence d'hélicobacter pylori en décembre 2012
- Otospongiose

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Echographie Foie de taille et morphologie normales, de contours réguliers, d'échostructure hyper-échogène, atténuante, traduisant une stéatose diffuse
Perméabilité normale des veines sus-hépatiques et du tronc porte, circulant dans le sens physiologique

La vésicule biliaire apparaît un peu distendue, elle mesure 109 x 36 mm, de contenu strictement liquidien, sans épaissement des parois ni épanchement péri-vésiculaire

Absence de dilatation des VB intra et extra-hépatiques

Pancréas et rate sans anomalie visible

Les reins sont de taille et échostructure normales

On observe toutefois une très fine lame d'épanchement liquidien péri-rénal droit

Pas de dilatation des cavités urétéro-pyéocalicielles, et absence de calcul intra-rénal visible

Vessie pleine, de contenu transsonore et parois régulières

Pas de calcul intra ou rétro-vésical

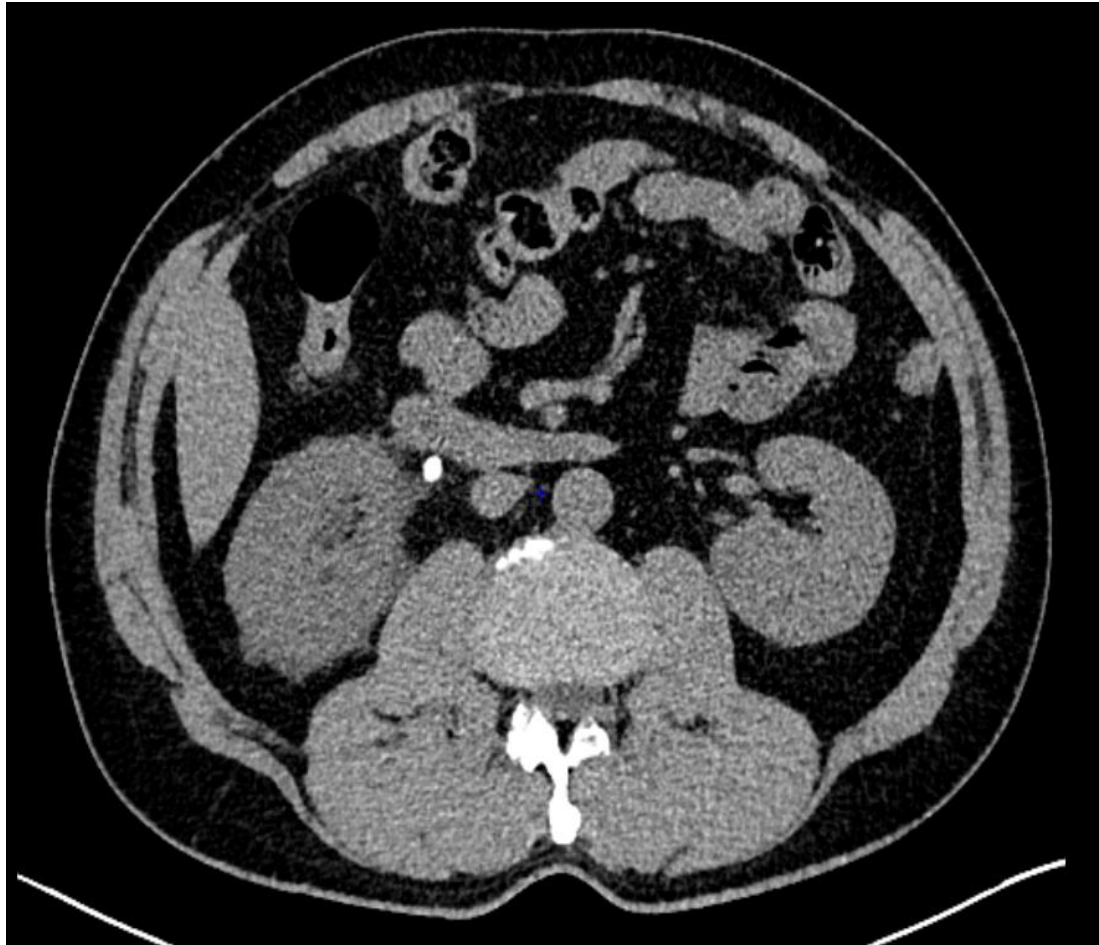
Pas de dilatation des uretères pelviens

Conclusion

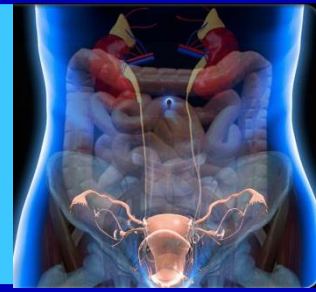
Distension de la vésicule biliaire, sans lithiase ni signe inflammatoire au contact

Fine lame d'épanchement liquidien péri-rénal droit : aspect à confronter à l'ECBU

Cas clinique n°7

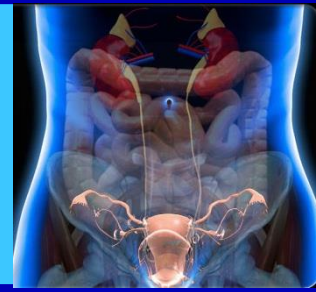


Pyélonéphrite



- ➔ 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, empatement 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: examens complémentaires



Biologie

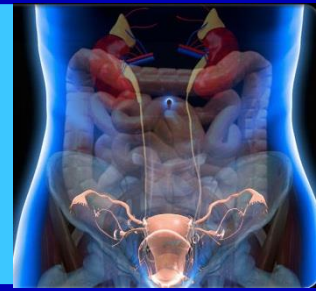
➔ FNS, protéine C réactive, fonction rénale, ECBU avec antibiogramme.

Examens d'imagerie:

➔ **PNA simple:** Echographie rénale et vésicale à réaliser dans les 24h. Permet d'éliminer une malformation sous jacente (hydronéphrose par exemple), une lithiase ou une complication (pyonéphrose, abcès, par exemple) et permet de vérifier qu'il n'existe pas d'obstacle ou de dilatation sur les voies urinaires qui imposeraient un drainage chirurgical en urgence.

➔ **PNA compliquée:** scanner en première intention, examen le plus sensible pour affirmer un diagnostic de PNA et détecter une complication.

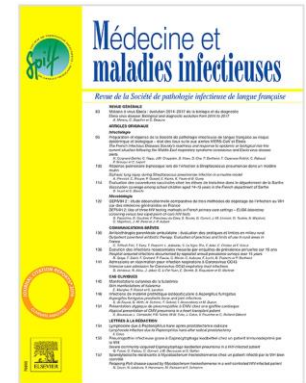
Pyélonéphrite: traitement



➔ Propositions 2017 de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes.

Infections urinaires

- **1 jour** (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)
- **3 jours**: cystite aiguë sur sonde urinaire
- **5 jours**:
 - cystite aiguë simple (pivmécillinam ou nitrofurantoïne)
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- **7 jours**:
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
 - pyélonéphrite aiguë (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
- **10 jours**: pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable.
- **14 jours**: infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone) communautaire ou associée aux soins



Douleur de la paroi abdominale

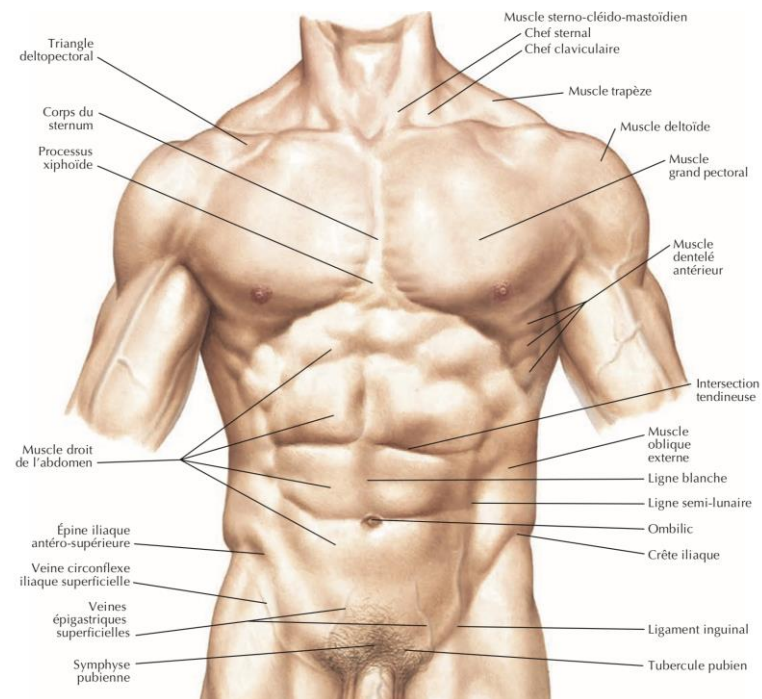


- ➔ Une composante pariétale pourrait exister dans 10 à 15 % des douleurs abdominales.
- ➔ Causes: pathologie musculaire abdominale, atteinte des nerfs de la paroi abdominale ou projection d'une douleur d'origine rachidienne ou costale.
- ➔ Identifier l'origine non viscérale d'une douleur évite la réalisation 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

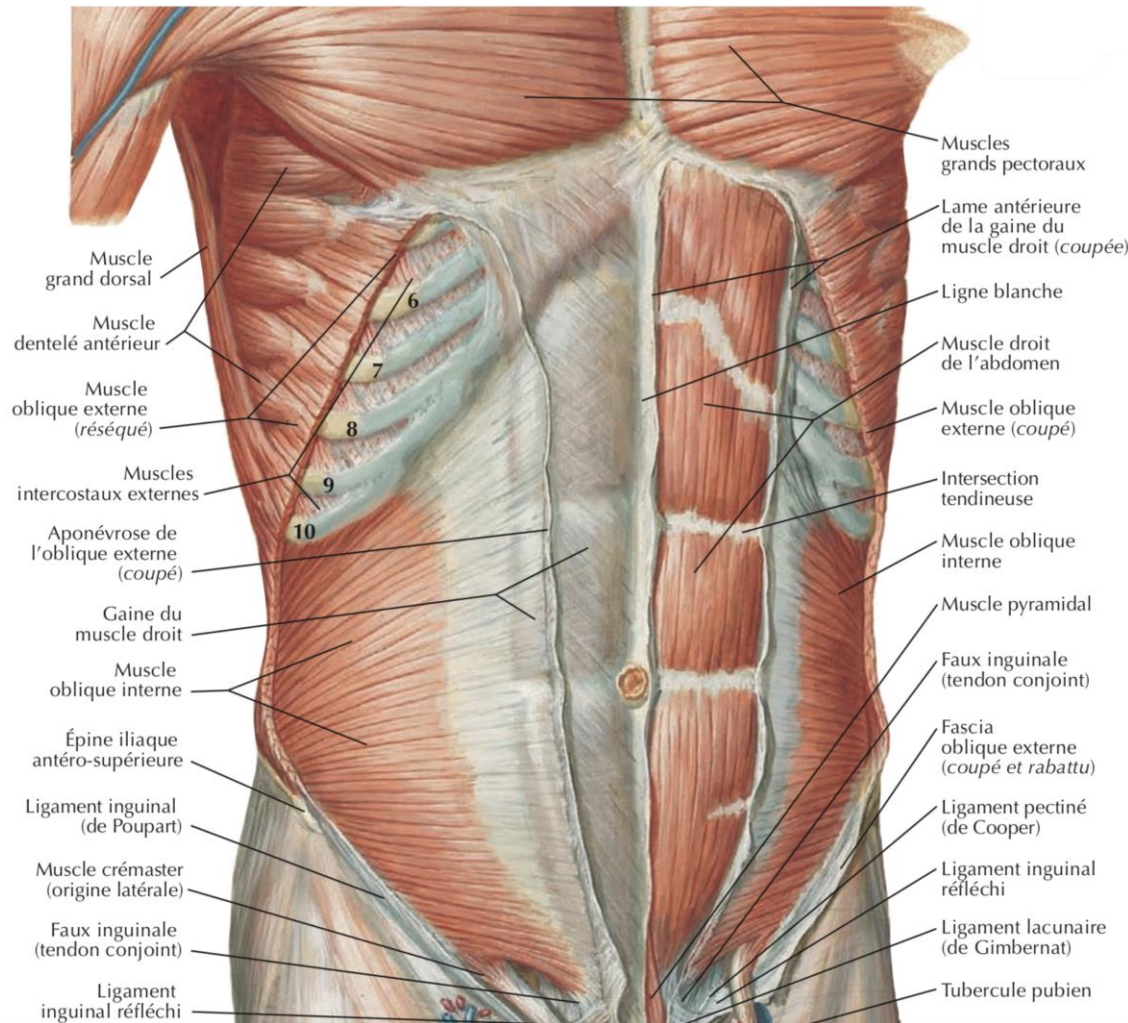


- ➔ Conflit concernant la branche antérieure des nerfs cutanés abdominaux
- ➔ Ce conflit a lieu avant tout au niveau des zones aponévrotiques, le bord externe des muscles droits de l'abdomen (90 % des cas) ou la ligne blanche entre les droits (10 %).



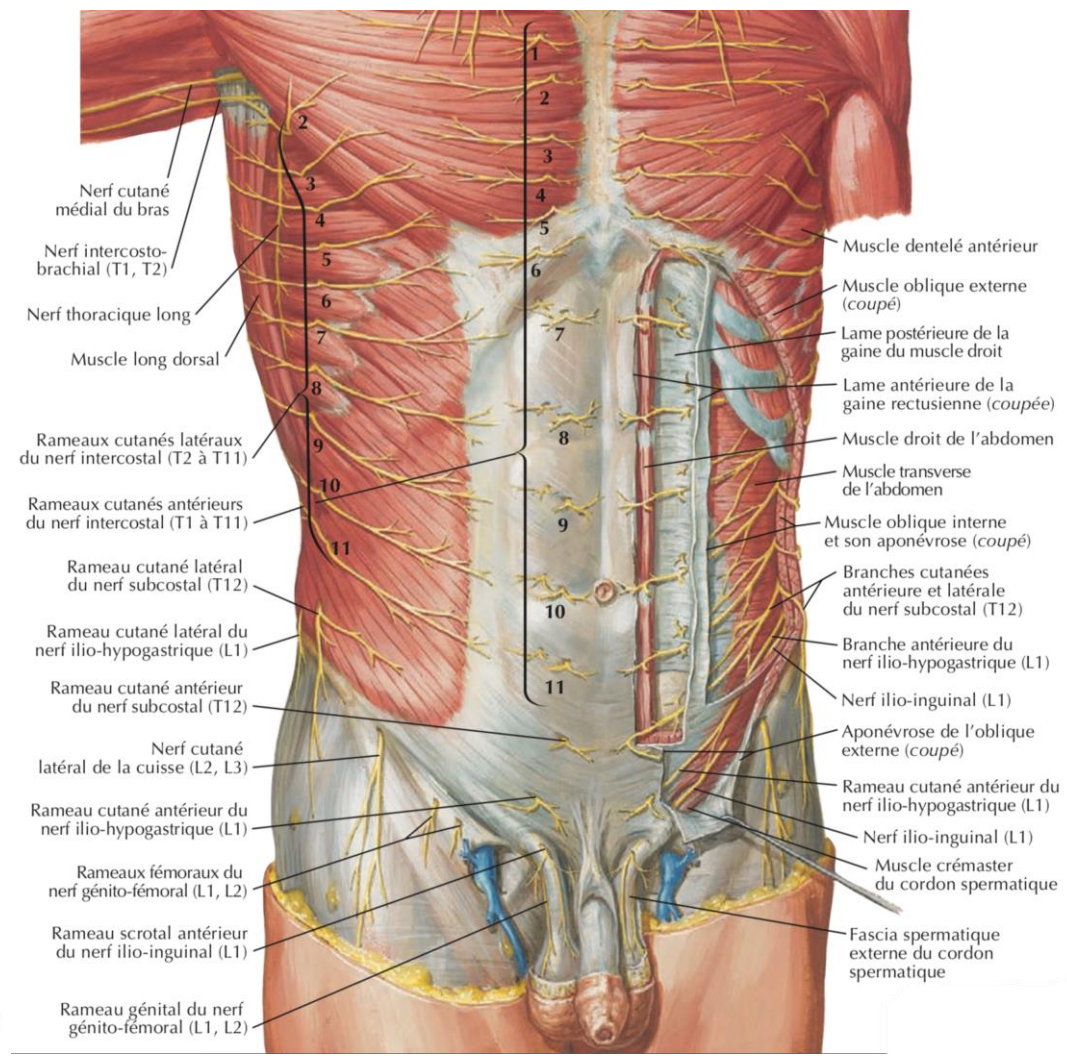
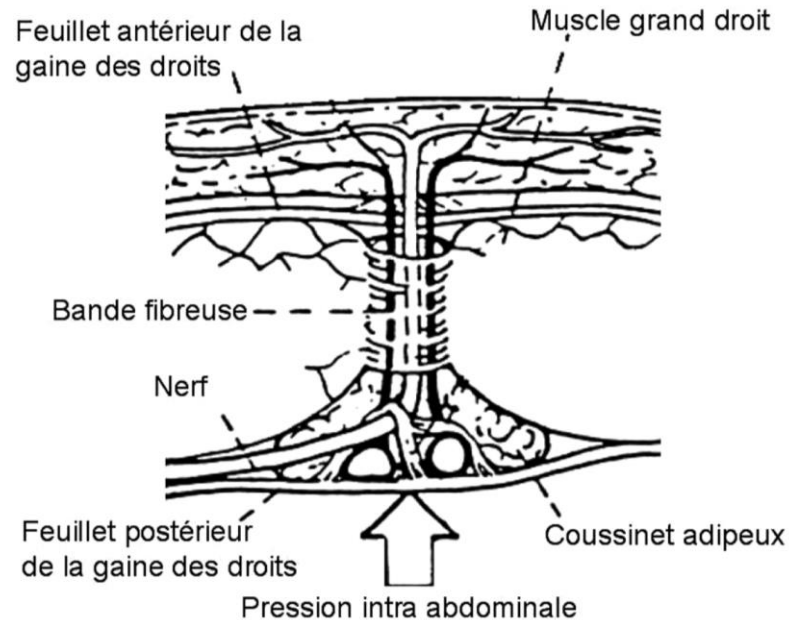
Douleur de la paroi abdominale: atteinte des nerfs cutanés abdominaux

- ❑ 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 grand droit, le rameau nerveux cutané abdominal (T7 à T12) traverse une gaine fibreuse où il peut être traumatisé.



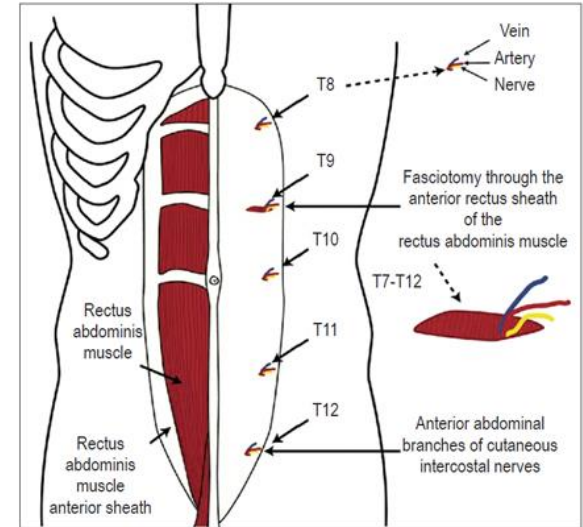
Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: sémiologie

- ➔ 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 Carnett:

- ① Avec le patient dans la position de décubitus dorsal, appuyez sur différents points sont le long du bord externe des muscles droits antérieurs 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 On demande ensuite au patient de s'asseoir lentement, ce qui contractera les muscles abdominaux. Lorsque les muscles abdominaux se contracte, la douleur reste inchangée ou son intensité augmente.
- ⑥ Deuxième partie du signe de Carnett qui indique que la douleur provient du nerf cutané antérieur
- ⑦ Si la douleur disparaît lorsque le patient est assis, elle est considérée étant 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.

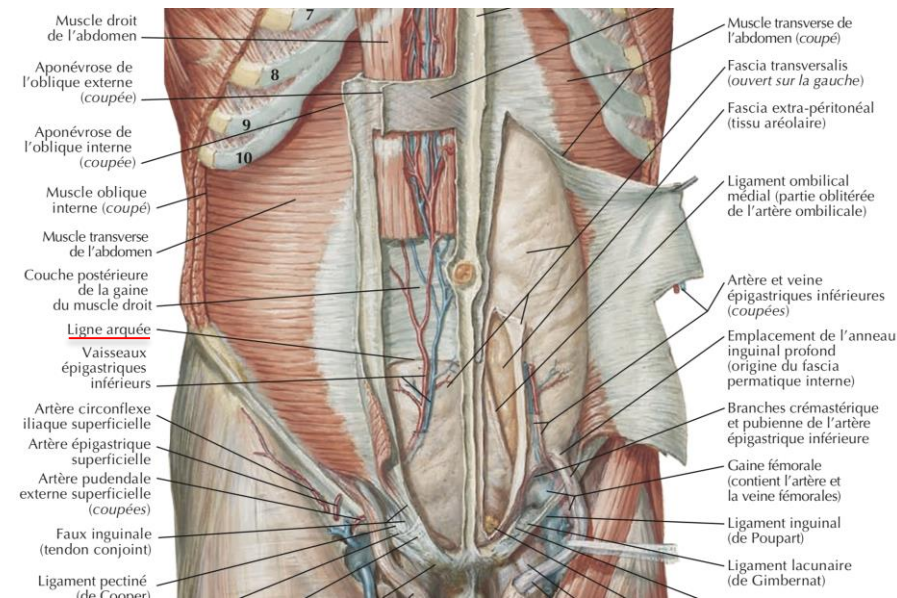
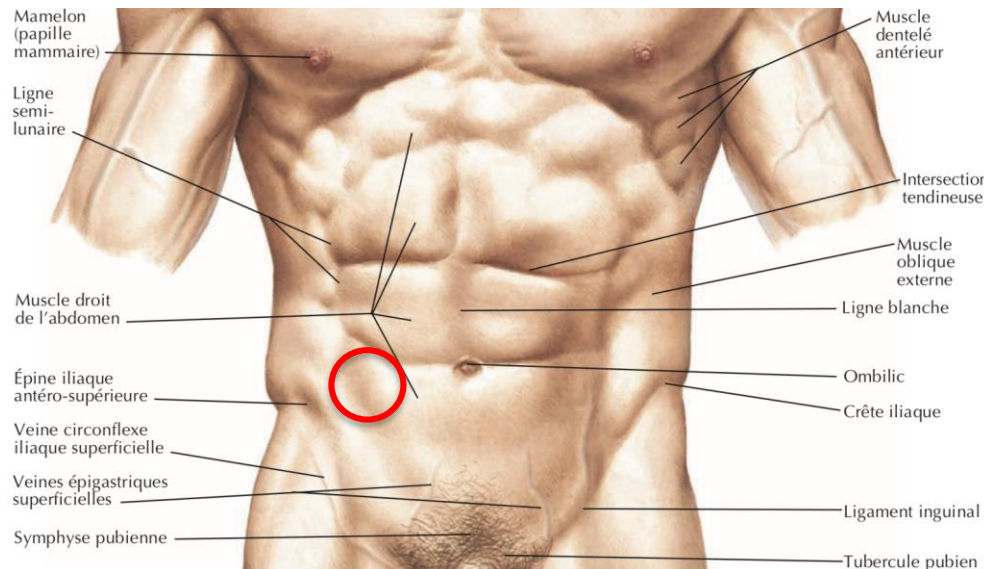


Atteinte des nerfs cutanés abdominaux: traitement

- ➔ 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.

Douleur de la paroi abdominale: hernie pariétale

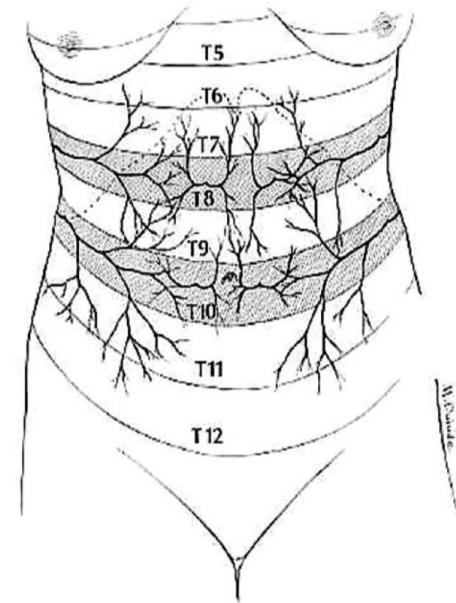
- ➔ Les hernies pariétales sont également une cause de douleur.
- ➔ Les hernies de Spiegel se développent à travers la ligne semi-lunaire, au bord externe du muscle grand droit, souvent au-dessous de ligament dit arqué qui se situe en général à mi-distance entre l'ombilic et le pubis.
- ➔ Examen difficile,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



Douleur de la paroi abdominale: douleurs ostéo-articulaires projetées

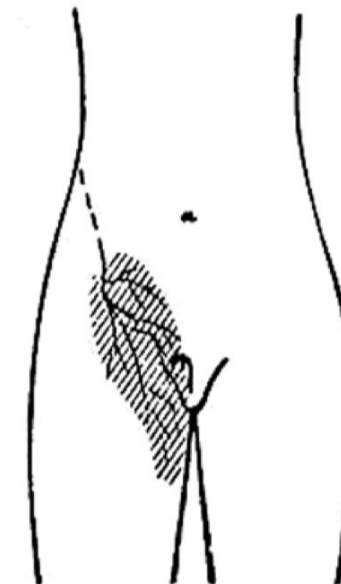
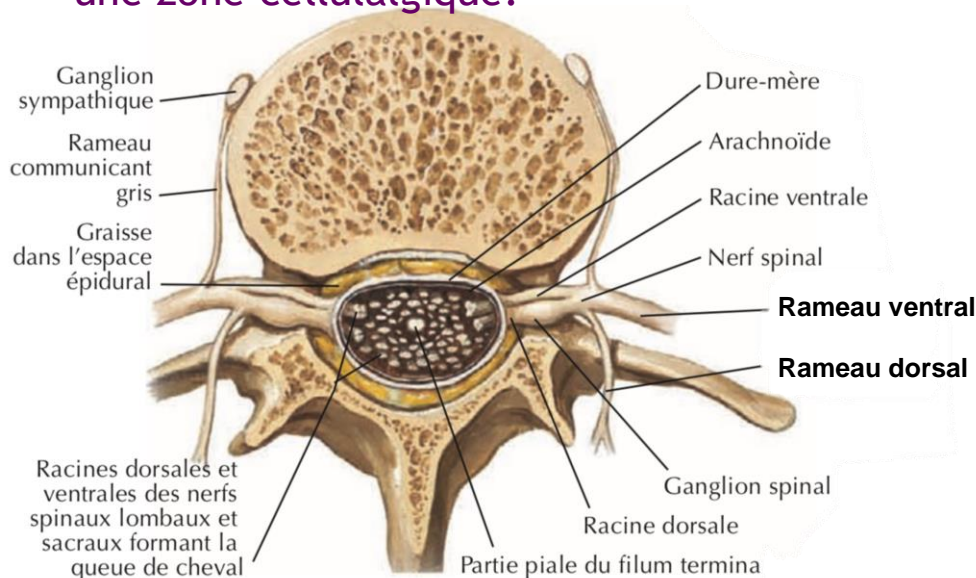


- ➔ Une douleur épigastrique doit faire rechercher une atteinte au niveau de T6, une douleur péri-ombilicale une atteinte au niveau T10 et une douleur des fosses iliaques ou sus-pubienne, une atteinte de niveau T12-L1.
- ➔ Une douleur projetée peut être due à tous les types d'atteinte osseuse ou ostéo-articulaires.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



Douleurs ostéo-articulaires projetées

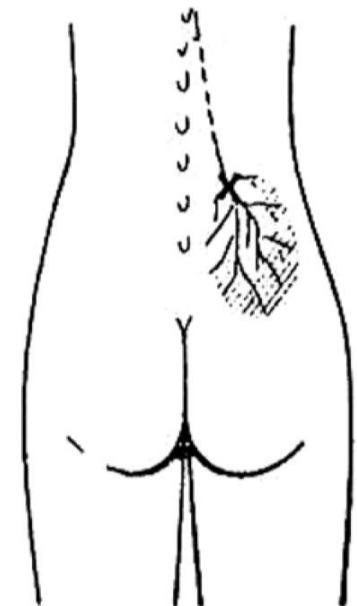
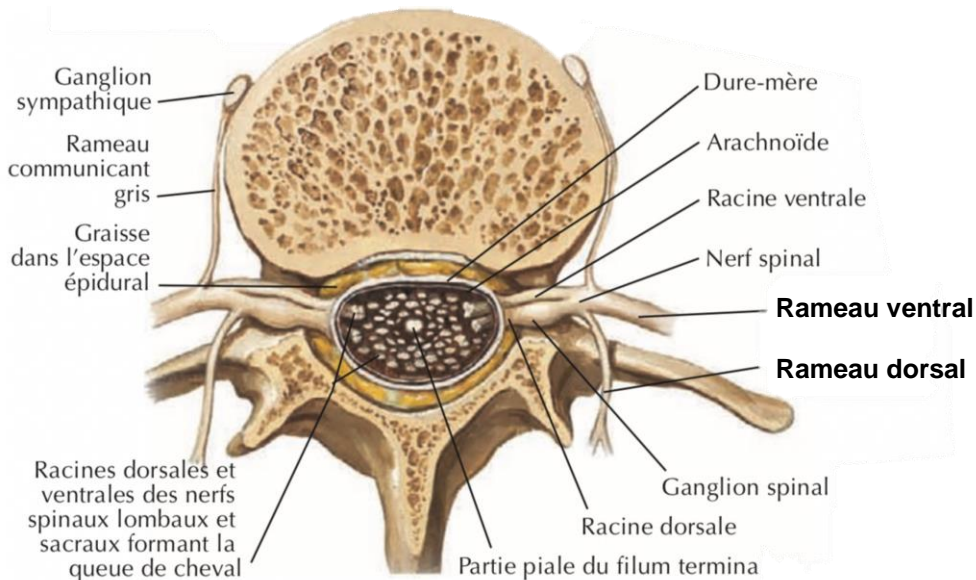
- ➔ La symptomatologie peut être favorisée par: recrudescence d'activité professionnelle ou physique, sources de décompensation d'un conflit intervertébral mineur jusque-là muet.
- ➔ L'atteinte de la branche ventrale déclenche une gêne ou une véritable douleur, le plus souvent unilatérale, de topographie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



Projection douloureuse en cas d'atteinte du rameau ventral du nerf spinal T12 – 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

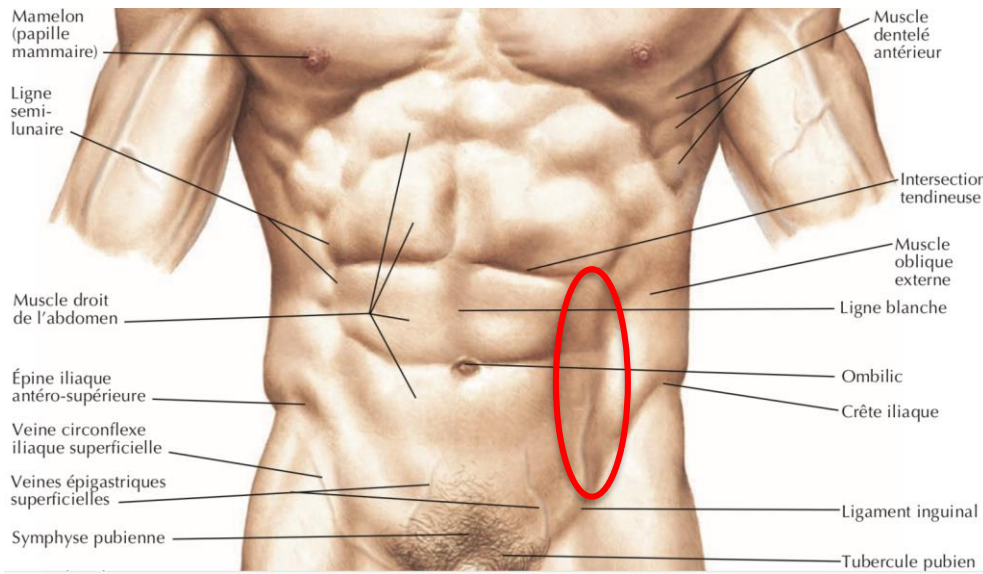
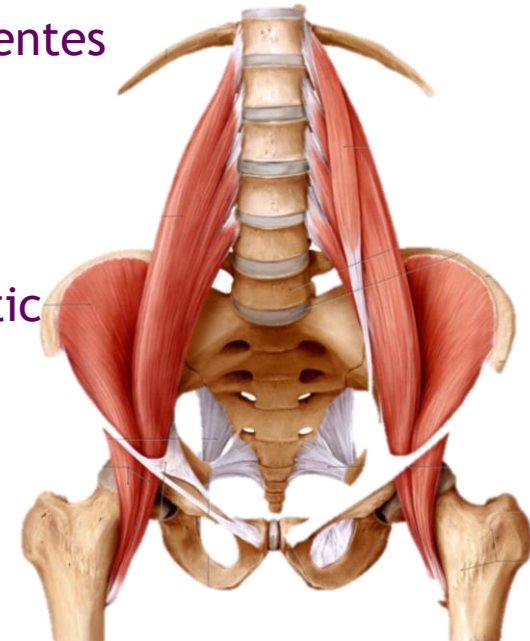
- ➔ Les différents muscles de la paroi abdominale peuvent être douloureux.
- ➔ La douleur est favorisée par les mouvements qui mettent en jeu ces différents muscles.
- ➔ Les problèmes musculo-squelettiques surviennent à la suite de microtraumatismes ou de tensions répétés, d'attitudes vicieuses et sont 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 "points gâchettes douloureux".
- ➔ 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 pincéroulé pour écarter une cellulalgie.
- ➔ Des "cordons myalgiques" ou "points-gâchette" peuvent être douloureux de façon spontanée ou seulement lors de la palpation. La douleur peut se projeter à distance du "point gâchette".

Douleurs d'origine musculaire: douleur du muscle psoas

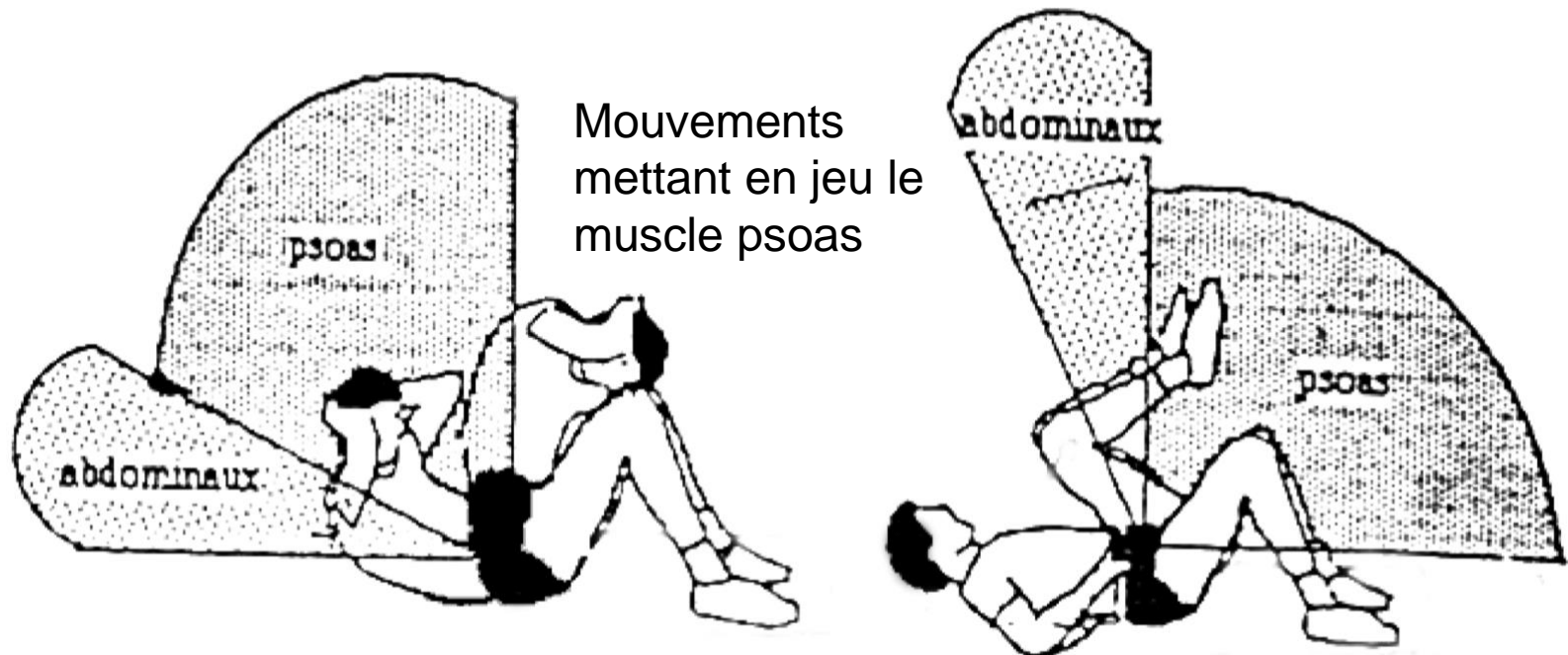
- ➔ la douleur due au muscle psoas est l'une des plus fréquentes et des plus trompeuses.
- ➔ La palpation de la fosse iliaque fait évoquer le diagnostic en identifiant un muscle psoas contracté et douloureux



Le “point gâchette” est localisé en dehors du muscle grand droit de l'abdomen.

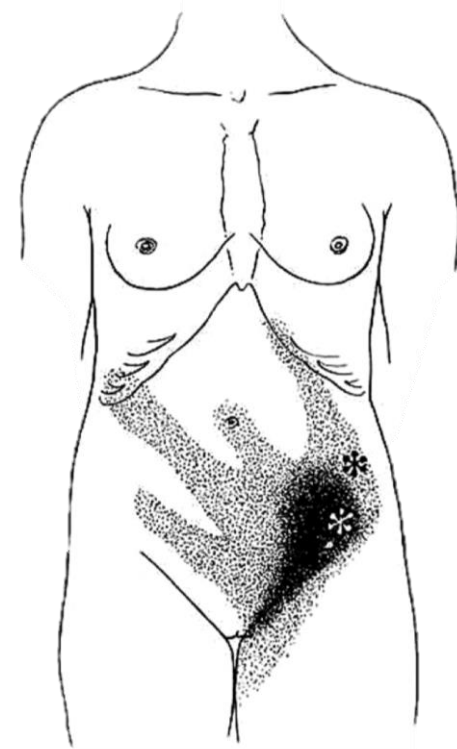
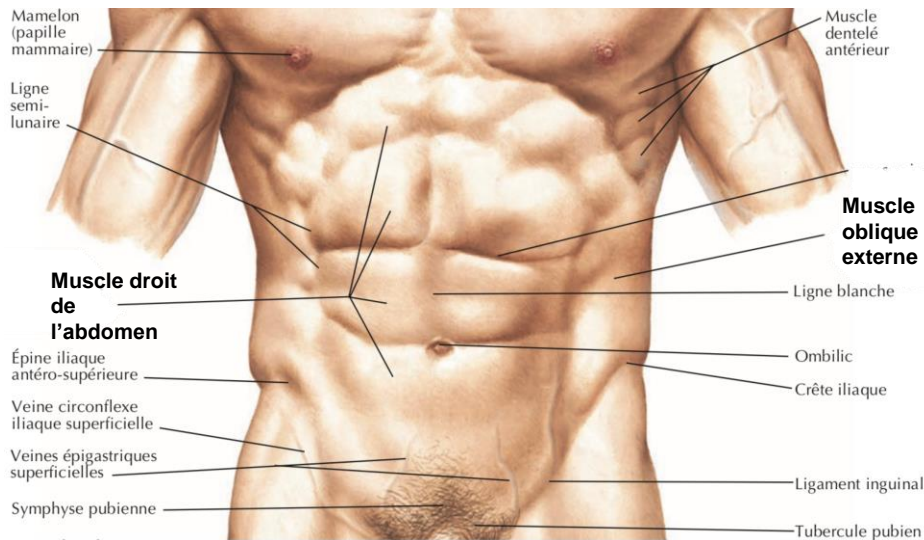
Douleurs d'origine musculaire: douleur du muscle psoas

- ➔ 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



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

- ➔ Les “points douloureux gâchettes” 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.



- ➔ Les points douloureux diaphragmatiques peuvent être décelés par un doigt palpant sous l'auvent costal, notamment lors de l'inspiration profonde.

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 palpation, 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

Un patient âgé de 58 ans vous consulte pour une douleur abdominale. Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre droit depuis 3 jours, douleur irradiant au niveau de l'épigastre, en médio-thoracique et au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Douleur permanente depuis 3 jours avec EN à 5, Spasfon inefficace. Ce matin en buvant son café aggravation brutale de la douleur, celle-ci est intense EN à 10. Notion d'un épisode de vomissement la veille.

Tension artérielle : 140/80 mmHg

Fréquence cardiaque : 57 /mn

Saturation en oxygène : 97 % en air

Ambiant

Examen pulmonaire : silence auscultatoire base pulmonaire

Défense et 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

Cas clinique

Un patient âgé de 58 ans vous consulte pour une douleur abdominale. Il se plaint d'une douleur de l'hypochondre droit depuis 3 jours, douleur irradiant au niveau de l'épigastre, en médio-thoracique et au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Douleur permanente depuis 3 jours avec EN à 5, Spasfon inefficace. Ce matin en buvant son café aggravation brutale de la douleur, celle-ci est intense EN à 10. Notion d'un épisode de vomissement la veille.

Examen pulmonaire : silence auscultatoire base pulmonaire

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

Leucocytes 11 800

DDimère 0.55

Troponine 0.01

BNP 16

Fonction rénale normale

Fonction hépatique normale

Antécédent

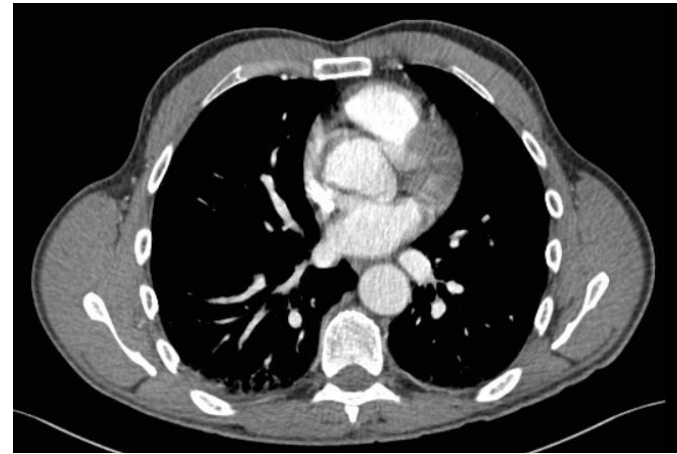
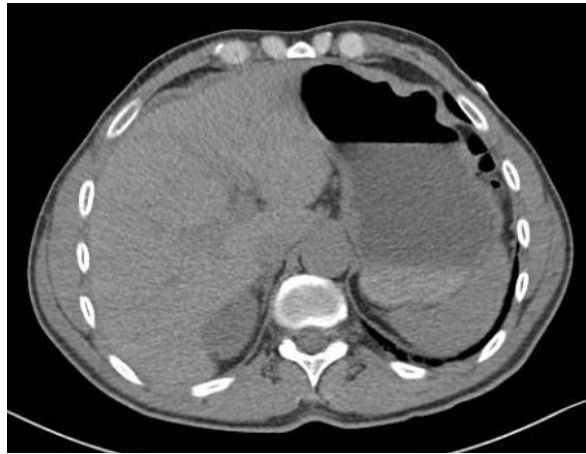
- Tabagisme actif
- Infarctus du myocarde chez son père
- Hypercholestérolémie non traitée
- Hypothyroïdie
- Appendicectomie

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 rechercher la cause.



Cas clinique

Patient âgé de 92 ans présente des vomissements et de douleurs abdominales. Début des symptômes 6 jours auparavant par des vomissements et des douleurs abdominales diffuses. Depuis 6 jours ne s'alimente plus et ne boit plus.

Dernières selles il y a 4 jours.

Pas de gaz depuis ?

Soif intense.

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.

Pli cutané

Sècheresse de muqueuse

Antécédent

- Fibrillation atrial
- Cholécystectomie

Traitement

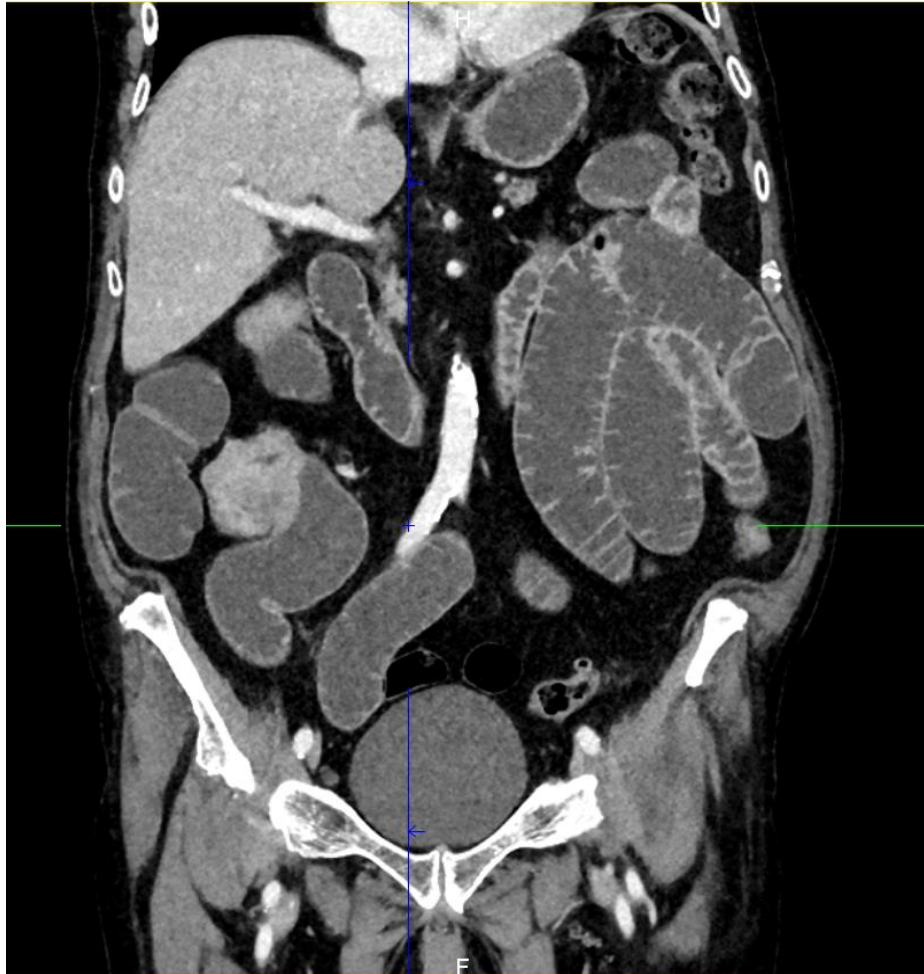
- Préviscan

Cas clinique: scanner abdomino-pelvien

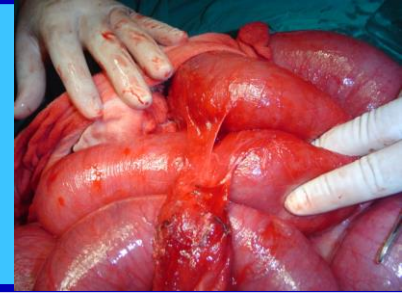


Occlusion du grêle sur volumineuse tumeur
du caecum

Cas clinique n°9



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.
- ➔ 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. Les touchers pelviens permettent parfois de retrouver la cause de l'occlusion (fécalome, cancer du rectum).
- ➔ La recherche d'une cicatrice abdominale est essentielle.

Occlusion intestinale du patient de plus de 65 ans

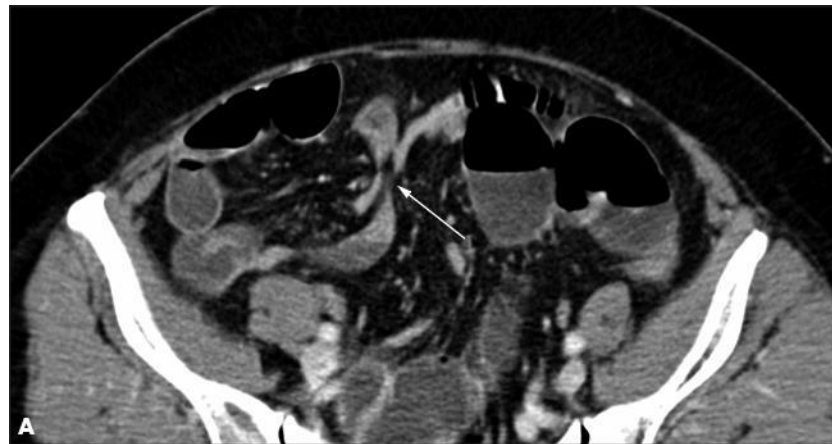
Dans 50% des cas le patient âgé

➔ 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 > 2,5cm d'une anse grêle), occlusion colique = dilatation > 8cm,
- 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

Un patiente âgée de 28 ans vous consulte pour des douleurs abdominales depuis 2-3 semaines, permanente.

Douleurs intermittentes depuis 4 mois, douleurs lors de la défécation.

Dernières menstruations il y a 15 jours

Pas de leucorrhée, quelques nausées, gaz présents,

Dernières selles il y a 5 -6 jours (selles de type 2 de Bristol)

Pas de signes urinaires

Grossesse extra-utérine il y a 6 mois, depuis présence de métrorragies.

Température: 37°2

TA: 130/87 mmHg

Fréquence cardiaque: 76 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Abdomen: douleur au niveau du flanc droit et fosse iliaque droite avec légère défense à la palpation profonde.

Antécédent

- Tabagisme
- Syndrome anxio-dépressif
- - Constipation chronique

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Globules blancs $5.9 \times 10^9/l$

Fibrinogène

Résultat : 3.41 g/l

Lipase sérique 26 U/l <60

ASAT (GOT) 22 UI/l 10-35

ALAT (GPT) 21 UI/l 10-35

Gamma glutamyl transférase 10 UI/l <40

Phosphatases alcalines (PAL) 54 UI/l 35-105

Protéine C-Réactive 0.6 mg/l <5.0

HCG totale urinaire Négatif

CYTOLOGIE + CRISTALLURIE

LEUCOCYTES 0.9 / μ l <10

HEMATIES 0.4 / μ l <10

Echo abdomino-pelvienne normale

Cas clinique

Scanner abdomino-pelvien:

Le foie, la rate, le pancréas, les surrénales et les reins, ne présentent pas d'anomalie.

Absence de lithiase vésiculaire individualisable.

Absence de signe d'appendicite.

Petit épanchement dans le Douglas d'allure physiologique.

Absence d'anomalie notable par ailleurs.

Cas clinique

IRM pelvienne :

Pas d'anomalie focale du myomètre.

L'endomètre est fin et régulier

L'ovaire gauche est le siège de formations folliculaires banales,

L'ovaire droit, plus haut situé au contact des vaisseaux iliaques, folliculaire.

Aspect IRM normal du col utérin.

Lame d'épanchement liquidien dans le cul-de-sac de Douglas

Conclusion:

Épaississement irrégulier de l'origine du ligament utéro-sacré gauche. sans inclusion hémorragique visible, à confronter à la clinique.

Absence d'argument IRM en faveur d'une d'endométriose ovarienne.

Le syndrome de l'intestin irritable (SII)

- ➔ Trouble fonctionnel récidivant dont les symptômes ne sont pas spécifiques.
- ➔ Sa prévalence est estimée à 10 % en France, Il survient le plus souvent entre 15 et 65 ans.
- ➔ Les signes d'orientation:
 - La chronicité des symptômes.
 - Le type de douleur : intermittente ou continue.
 - Les épisodes antérieurs de douleurs.
 - Soulagement de la douleur par la défécation ou le passage de gaz.
 - Absence de douleur nocturne.
 - Autres symptômes abdominaux : ballonnement, distension abdominale, borborygmes.
- ➔ L'examen clinique est pauvre avec une sensibilité diffuse à la palpation.

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.
- ➔ Les critères diagnostiques (critères de Rome IV), utilisés surtout dans les études ont été actualisés en Mai 2016 (la dernière classification de Rome III datant de 2006) :
 - Douleur avec des critères de fréquence : au moins 1 jour par semaine sur les 3 derniers mois,
 - et de durée : depuis au moins 6 mois
 - Le type de trouble du transit (en utilisant éventuellement l'échelle de Bristol.

Classification de ROME IV



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.
 - 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 ou 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.

- ➔ Poursuivre les investigations si:
 - âge > 50 ans.
 - Présence de sang dans les selles ou d'anémie
 - Symptômes nocturnes
 - Amaigrissement
 - Apparition/modification récente des symptômes.

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 AC anti-transglutaminases (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 (non remboursé) peut aider à discriminer entre maladie inflammatoire et SII (généralement normal en cas de SII, modérément élevé si colite microscopique ou maladie inflammatoire en rémission et plus élevé si MICI en poussée).

Le syndrome de l'intestin irritable: conclusion

- ➔ Caractéristiques des selles des patients: certains ont une tendance à la constipation, d'autres à la diarrhée ou alternance diarrhée-constipation.
- ➔ Absence de symptômes d'alarme.
- ➔ Diagnostic difficile lors d'un premier épisode.
- ➔ Examens complémentaires utiles dans le cadre d'un diagnostic différentiel (mais attention aux multiples investigations).

Cas clinique

Patient âgé de 31 présente depuis 48h un tableau douleur abdominale diffuse, sans fièvre avec selles glaireuses non diarrhéiques. Pas de notion de voyage.

Douleur fosse iliaque droite.

S'est auto-médiqué par Spasfon sans amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Notion de méléna.

TA: 130/80 mmHg

Fréquence cardiaque: 93 / mn

Bruits du coeur: normaux et réguliers

Température: 37°3

EN 4

Abdomen souple, dépressible mais sensible au niveau de l'hypogastre fosse iliaque droite et gauche, pas de défense, pas de contracture.

SaO2: 99 %

Antécédent

- Tabagisme actif
- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Patient âgé de 31 présente depuis 48h un tableau douleur abdominale diffuse, sans fièvre avec selles glaireuses non diarrhéiques. Pas de notion de voyage.

Douleur fosse iliaque droite.

Automédication par Spasfon sans amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Notion de méléna.

Leucocytes: 13000

Fibrinogène 4,7 g/L

PCR: 10,9 mg/L

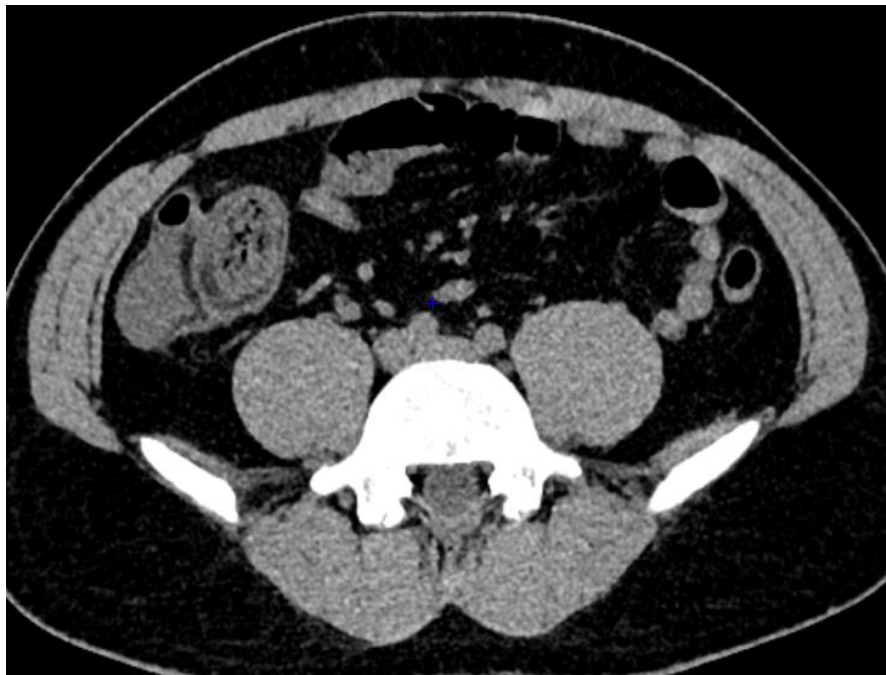
Antécédent

- Cure chirurgicale fissure anale

Traitement

- Aucun

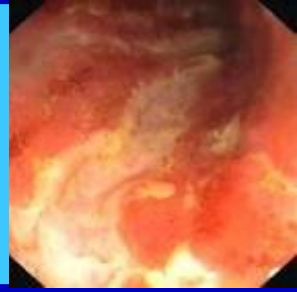
Cas clinique



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



- ➔ **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.
- ➔ Gastro-entérite virales ou bactériennes.
- ➔ Parasitoses.



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 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.

Acido-cétose alcoolique

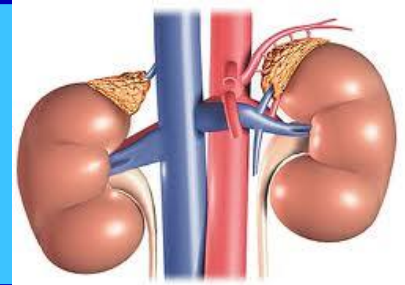


- ➔ Survient chez l'alcoolique chronique, dans un contexte de jeun prolongé, parfois lié à une intolérance alimentaire secondaire à une gastrite ou à une pancréatite aiguë, avec poursuite de la consommation alcoolique.
- ➔ Elle prédomine chez la femme.
- ➔ Se traduit cliniquement par des douleurs abdominales, 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 cétonurie avec une glycémie subnormale ou basse.

Hypercalcémie

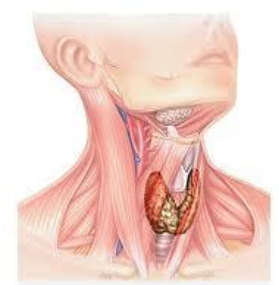
- ➔ Les symptômes sont relativement peu spécifiques.
- ➔ Les patients présentant une hypercalcémie aiguë peuvent se présenter avec des douleurs abdominales vagues, associées à une anorexie, des nausées, des vomissements et à une constipation.
- ➔ L'hyperparathyroïdie primaire et les localisations osseuses 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



- ➔ 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.
- ➔ Etiologie la plus fréquente: sevrage brutale d'une corticothérapie per os.
- ➔ Autres causes: nécrose hémorragique bilatérale des surrénales (postpartum), l'infarctus hypothalamo-hypophysaire ou la tuberculose surrénalienne.

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.



Douleurs abdominales et
pathologies de système

Porphyries hépatiques aiguës

- ➔ Maladies héréditaires autosomiques et dominantes, caractérisées par des troubles de la biosynthèse de l'hème liés à un déficit en porphobilinogène entraînant une accumulation et une excrétion accrue de porphyrines.
- ➔ Tableau: femme jeune, présentant des douleurs abdominales très intenses, diffuses, associées à des douleurs lombaires, des nausées et des vomissements et parfois une constipation.
- ➔ L'examen clinique retrouve un sujet irritable, anxieux, parfois confus.
- ➔ L'examen abdominal est normal avec souvent signes neurovégétatifs: tachycardie voire hypertension.
- ➔ La triade clinique classique associe douleurs abdominales, troubles psychiatrique, troubles neurologiques centraux et périphériques.
- ➔ Le diagnostic repose sur le dosage urinaire de l'acide delta-aminolévulinique (ALA) et de la porphobilinogène (PBG).

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.
- ➔ Lors des crises, l'examen clinique retrouve un abdomen sensible, météorisé, évoquant notamment une urgence chirurgicale devant la présence d'une défense ou d'une véritable contracture pariétale.
- ➔ La fièvre est quasi-constante.
- ➔ Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire.
- ➔ Le diagnostic doit être évoqué devant le contexte familial et ethnique du patient et la présentation clinique.
- ➔ Le traitement de la crise est essentiellement symptomatique, le traitement préventif repose sur l'administration de colchicine.

Conclusion

- ➔ 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.
- ➔ L'examen physique minutieux est fondamental dans la démarche diagnostic.
- ➔ Dans la majorité des cas, le diagnostic va être simple et permettra, devant des tableaux relativement typiques, d'envisager les principales urgences.
- ➔ La bandelette urinaire est un outil indispensable dans leur prise en charge.
- ➔ L'échographie peut être utilisée en première intention dans certaines circonstances, tout en gardant à l'esprit sa faible sensibilité, le recours au scanner est de plus en plus fréquent en première intention compte tenu de sa performance diagnostic élevée.

Cas clinique

Patient âgé de 62 ans Douleur fosse iliaque gauche d'installation brutale la veille 17 heures, 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 %

Antécédent

- Tabagisme actif
- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie

Traitement

- Aucun

Cas clinique

Patient âgé de 62 ans Douleur fosse iliaque gauche d'installation brutale le 5/04/2018 à 17 heures, depuis douleur permanente entrecoupée de paroxysmes (EN à 10)

Dernières selles il y a 2 jours

Derniers gaz il y a 3 jours

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 ++

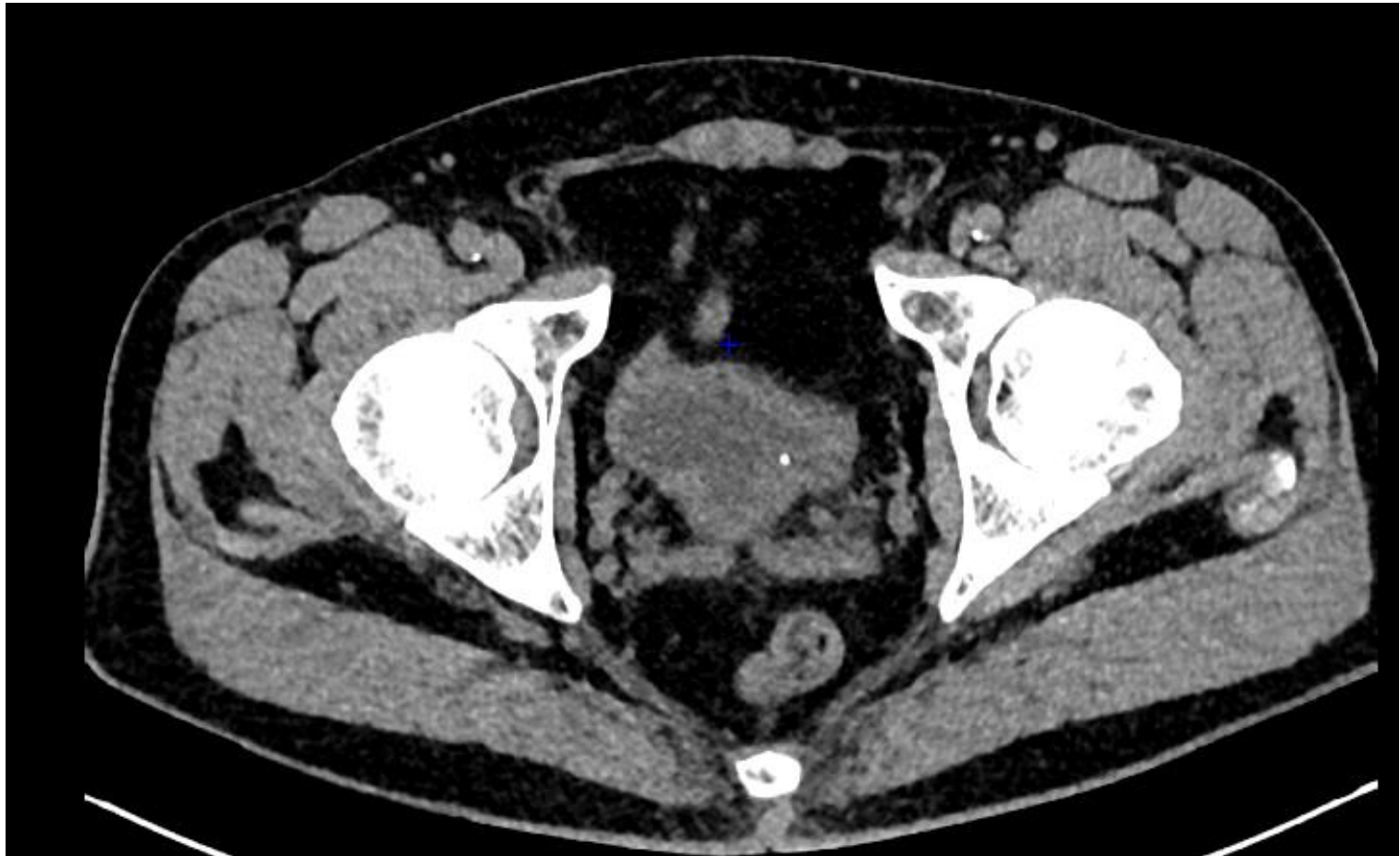
Antécédent

- Tabagisme actif
- Diabète de type 2
- Hypercholestérolémie

Traitement

- Metformine
- Gliclazide 60 mg
- Atorvastatine

Cas clinique



Cas clinique



Cas clinique

Patiente âgée de 56 ans vous consulte pour une douleur hypogastrique.

Installation brutale de la douleur le 4/04/2018 dans l'après midi.

Pas de signes urinaires.

Pas de nausées, ni de vomissements.

Pas de leucorrhées.

Pas de métrorragies.

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

Patiente âgée de 56 ans vous consulte pour une douleur hypogastrique.

Installation brutale de la douleur le 4/04/2018 dans l'après midi.

Pas de signes urinaires.

Pas de nausées, ni de vomissements.

Pas de leucorrhées.

Pas de métrorragies.

Bandelette urinaire : Leucocytes : 0

Nitrites : 0 Hématies : 0

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

Protéine C-Réactive 13.5 mg/l

Antécédent

- Tabagisme actif
- Cure chirurgicale cystocèle

Traitement

- Aucun

Cas clinique

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.