



HAL
open science

**Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte :
mise à jour d'un article de La Revue du Praticien
(Références Universitaires, formation à l'ECN item 267)**

François Boyer

► **To cite this version:**

François Boyer. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte : mise à jour d'un article de La Revue du Praticien (Références Universitaires, formation à l'ECN item 267). Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297514

HAL Id: hal-03297514

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297514>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2018

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Mr François Boyer

Né le 07/11/1986

Le 18 décembre 2018

DOULEURS ABDOMINALES ET LOMBAIRES AIGUES CHEZ L'ADULTE

Mise à jour d'un article de La Revue du Praticien
(Références Universitaires, formation à l'ECN item 267)

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Jean-Dominique de Korwin

Président du jury et Juge

Mr le Professeur François Paille

Juge

Mme le Professeur Manuela Perez

Juge

Mr le Docteur Pascal Bouché

Juge et directeur



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
1962

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard
FIEVE - Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN Gérard
HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE -
Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER -
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques
ROLAND
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul
VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3^e sous-section *(Biologie cellulaire)*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2° sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2° sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

SERMENT D'HIPOCRATE

«Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Remerciements

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de Korwin

Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier de médecine interne

Je vous remercie sincèrement pour votre bienveillance : toutes nos réunions ont été productives, vous m'avez accompagné dans mon projet de thèse me permettant de mener à bien mes études, et ainsi débiter ma carrière de médecin généraliste, tout en me consacrant à un sujet intéressant qui me sera toujours utile. Merci infiniment.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François Paille

**Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier Diabétologue et Nutritionniste,
Appareil Digestif et Médecine Interne**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury. Recevez toute ma gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Manuela Perez

Professeur universitaire et Praticien Hospitalier de Chirurgie Viscérale et Digestive

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, et pour votre précieuse relecture. Recevez toute ma gratitude.

A notre Maître, Directeur et Juge

Monsieur le Docteur Pascal Bouche

Docteur en médecine générale, Maître de Conférences associés

Merci de m'avoir reçu chez vous, vous être montré disponible et sensible à mon « cas désespéré ». Je vous remercie sincèrement.

A mon copilote,

Monsieur Ludovic Dome

Merci à l'homme de l'ombre, mon technicien personnel qui ne m'a jamais jugé malgré mes lacunes informatiques, et m'a appris la différence entre le bluetooth et le wifi. Tu seras mon premier teamviewer pour toujours. BLV bien fort.

Mes amis Clément, Maxime, JF, Mathieu

Et tous mes amis que je n'ai pas nommé. Merci pour nos discussions messenger toujours philosophiques, nos échanges toujours enrichissants, et la bienveillance mutuelle. Que les fractures vous épargnent, et le temps nous garde réunis.

Mes parents, mon frère et ma sœur

Vous qui êtes toujours présents quel que soit les événements et la distance qui nous séparent. Je vous aime. Je serai toujours là pour vous.

A ma belle-famille

Qui est cool et que j'ai de la chance d'avoir. A ma belle-mère qui assure, et m'a fait plus de repassage qu'elle ne m'a demandé d'ordonnances à l'œil.

A Marion

La meilleure co-interne que l'on puisse avoir. Le temps passé ensemble me manque.

Je réserve ces derniers mots pour **ma femme et ma fille**.

La vie sans vous m'apparaît sans saveur, et les moments passés tous les trois sont les plus beaux de ma vie. Je vous aime à la folie.

Contre toute attente, j'aurai passé ma thèse avant toi Judicaël, et avant même que tu ne gagnes au loto 😊

Table des matières

Introduction	15
Matériel et Méthodes	17
Objectif du travail.....	17
Contextualisation scientifique	17
Revue de la littérature.....	18
Pubmed/Medline	18
Haute Autorité de Santé (HAS).....	20
La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE).....	21
La Société française de médecine d'urgence (SFMU)	21
Google Scholar	22
Article	23
Discussion	60
Principales évolutions des recommandations	60
Appendicite aigue.....	60
Diverticulite.....	60
Colite aigue grave.....	61
Pyélonéphrite aigue	64
Un thème d'actualité	64
L'endométriose.....	64
Les patients migrants.....	65
Les cas complexes	66
Les pathologies extra-digestives.....	66
La femme enceinte	67
Psycho somatisation et pathologie psychiatrique	67
Médecin généraliste : une place à part	67
Zones d'ombres	68
Biologie	68
Imagerie.....	68
Perspectives d'évolutions	69
Un nouveau professionnel de recours.....	69
Le dossier médical partagé (DMP).....	69
L'échographie de contraste	70
Conclusion	71
Bibliographie	72

Introduction

Les douleurs abdominales et lombaires aiguës représentent 10% des admissions aux urgences, dont 10% relèvent d'un acte chirurgical. Le médecin généraliste comme l'urgentiste y sont confrontés quotidiennement. L'actualité nous rappelle sans cesse la problématique de l'accès aux soins, notamment l'afflux de patients aux services d'accueil des urgences. De nombreux patients se présentent au SAU pour des douleurs abdominales ou lombaires aiguës, et une partie significative d'entre eux pourrait être pris en charge en ambulatoire. Inversement, parmi les patients se présentant pour ce motif auprès de leur médecin traitant, un certain nombre implique statistiquement une prise en charge hospitalière et urgente.

De plus, 50% des douleurs abdominales et lombaires aiguës sont de diagnostics incertains. Cela implique fréquemment qu'un patient consulte aux urgences après avoir consulté son médecin généraliste et ce parfois le jour même, et réciproquement, ce qui en fait un symptôme incontournable.

Au sein d'une épidémie de gastro-entérites virales sans indication d'examen complémentaire, peut se cacher un syndrome coronarien aigu inférieur avec épigastralgie et sueurs, mettant en jeu le pronostic vital. Seul un examen clinique méthodologique permettra de ne pas méconnaître le second diagnostic gravissime, noyé parmi les nombreux cas bénins rencontrés dans la journée hivernale de l'urgentiste ou du médecin généraliste.

De la simple bandelette urinaire en cabinet de ville étayant rapidement une colique néphrétique ou une acido-cétose, au scanner hospitalier en urgence devant un abdomen chirurgical dans un contexte de diverticulite compliquée, savoir décider d'examen complémentaires ou non est un enjeu majeur, médical puis financier. Se contenter du premier examen, non invasif, peu coûteux, rapide, quand la clinique est concordante et rassurante, ou ne pas hésiter à irradier le patient si besoin est, pour ne pas méconnaître un diagnostic grave, requière des connaissances exhaustives et actualisées.

De la prévalence mixte libérale et hospitalière des douleurs abdominales et lombaires aiguës, résulte parfois une différence de prise en charge diagnostique, antalgique et thérapeutique. Ces dernières ne doivent cependant pas s'opposer mais s'intriquer, le relai coopératif entre généraliste et urgentiste devant être bilatéral, dicté par le diagnostic et ses éventuelles complications.

Digestive, rhumatologique, vasculaire, gynécologique, infectieuse ou encore psychosomatique, les douleurs abdominales ou lombaires aiguës se démarquent par leur transversalité. Cela, associé à leur fréquence, leur gravité potentielle et l'algorithme d'exploration complémentaire, justifient d'un item dédié pour la préparation à l'ECN des étudiants en médecine (item n°267).

C'est le sujet de l'article paru dans La Revue du Praticien, sous la direction du Pr de Korwin en 2009, dont la mise à jour a été demandée par la responsable éditoriale de la revue, Mme Anne-Hélène Rabreau.

Neuf années se sont écoulées depuis et les recommandations ont évolué. La mise à jour de cet article semble effectivement nécessaire. Le médecin généraliste et l'étudiant préparant l'ECN disposeront d'une source non exhaustive mais concrète sur les douleurs abdominales et lombaires aiguës, tenant compte des dernières recommandations en vigueur, permettant de discerner les examens complémentaires indiqués et d'orienter selon l'urgence médicale.

Matériel et Méthodes

Objectif du travail

L'objectif de cette thèse est la mise à jour d'un article à visée pédagogique, amené à être publié dans La Revue du Praticien, destiné aux étudiants préparant l'ECN.

L'article initial, dirigé par le Pr de Korwin, date de 2009 (mettre en référence et le pdf en annexe).

Contextualisation scientifique

Définitions :

- Douleur aigue

Elle évolue depuis quelques jours, n'existait pas avant, et amène le patient à consulter. On peut la définir en l'opposant à une douleur chronique, qui se répète au moins trois fois, et perdure depuis classiquement plus de trois mois. La première étape devant une douleur abdominale ou lombaire, et d'en discerner le caractère aigu ou non, par l'interrogatoire, cela permettant déjà une orientation vers une cause potentiellement chirurgicale dans le premier cas, fonctionnelle le plus souvent dans le second cas.

- Douleur abdominale

On peut la répartir en neuf quadrants égaux. Cette approche anatomique permet d'orienter le diagnostic :

- L'hypochondre droit est associé au foie, la vésicule, et les voies biliaires (dont la douleur irradie volontiers vers la scapula homolatérale, mais seulement 1/3 des lithiases biliaires y siègent). La douleur peut refléter une atteinte pleuropulmonaire
- L'épigastre à l'estomac (gastrite, ulcère perforé), au pancréas (pancréatite accompagnée d'une douleur transfixiante au dos). Une épigastralgie peut aussi être le signe d'un syndrome coronarien inférieur en particulier, d'une péricardite
- L'hypochondre gauche à la rate (traumatisme, infection à EBV), à l'angle colique gauche (diverticulite), la queue du pancréas (néoplasie)
- Le flanc droit et gauche aux colons ascendants et descendants, aux reins (coliques néphrétiques, pyélonéphrites), l'appendice
- La région ombilicale au grêle (gastro-entérite aigue, adénolymphite mésentérique), hernie ombilicale
- Les fosses iliaques à l'appendice (à droite), aux orifices herniaires, aux douleurs génitales projetées, au colon gauche (diverticulite, colite aigue), aux annexes (torsion d'ovaire, salpingite), mais aussi les hématomes du psoas

- La région sus-pubienne à la vessie, l'utérus, la prostate (cystite, rétention aigue d'urine)

- Douleur lombaire

Il s'agit des douleurs basses et postérieures, dominées par les causes rhumatologiques, et rénales infectieuses. Néanmoins une lombalgie peut témoigner d'un anévrisme aortique.

Revue de la littérature

Afin de mettre à jour l'article initial, nous avons effectué une revue de la littérature en trois temps en utilisant les bases de données.

Une première via PubMed et le MeSH pour avoir un aperçu des évolutions depuis 2009 en identifiant les études du plus haut niveau de preuve possible.

Une deuxième revue de la littérature a consisté en une revue systématique des sources officielles émettrices de recommandations de haut grade tel que la HAS, la SNFGE ou encore la SFMU. Il s'agit du noyau dur de la thèse, représentant l'essentiel de la bibliographie ainsi que des apports concrets à l'article original.

Enfin une revue de la littérature *grise* a été faite pour étudier le lien plus spécifique entre douleurs abdominales et lombaires aiguës et la médecine générale. Des thèses notamment se sont révélées intéressantes quant aux sujets moins scientifiques, plus difficiles à cerner tels que les différences de prise en charge ambulatoires et hospitalières ou la prise en charge des patients migrants.

Pubmed/Medline

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

PubMed comprenant plus de 28 millions de références biomédicales, il en est le principal moteur de recherche de données bibliographiques. Il a été développé par le Centre américain pour les informations biotechnologiques (NCBI). PubMed est un moteur de recherche permettant un accès à la base de données bibliographique MEDLINE, rassemblant des citations et des résumés d'articles via un système d'équation de recherche, avec critères d'inclusion et d'exclusion.

Le MeSH (Medical Subject Headings) est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical, mis à jour chaque année par la National Library of Medicine.

Les mots-clefs suivants ont été déterminés :

- ACUTE PAIN
- ABDOMINAL PAIN
- LOMBAR PAIN
- LOW PAIN
- LOW BACK PAIN
- GUIDELINES

L'équation a été rédigée ainsi :

- (Acute pain AND (Abdominal pain OR Low pain OR Low Back pain OR Lombar pain)) NOT Child

185 résultats ont été trouvés.

Nous avons exclu les articles antérieurs à 2009, ce qui a ramené le nombre de résultats à 180.

Nous avons ensuite filtré les références suivantes :

- Guideline
- Meta-analysis
- Practice guideline
- Randomized Controlled Trial
- Review
- Systematics reviews

Cela a permis de réduire à 60 les références sélectionnées.

Le premier constat est que la majorité des articles ainsi filtrés aborde l'antalgie. Une sélection individuelle de chacun a abouti à la liste des articles ci-dessous :

- [Acute Pain Therapy in Appendectomy].
Freys SM.
- Outcomes of Patients With Acute Low Back Pain Stratified by the STarT Back Screening Tool: Secondary Analysis of a Randomized Trial.
Magel J, Fritz JM, Greene T, Kjaer P, Marcus RL, Brennan GP
- Acute Nontraumatic Back Pain: Risk Stratification, Emergency Department Management, and Review of Serious Pathologies.
Singleton J, Edlow JA.
- Initial approach to patients with acute lower back pain.
Joaquim AF.
- Acute Lumbar Back Pain.
Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M.
- Effects of intracutaneous injections of sterile water in patients with acute low back pain: a randomized, controlled, clinical trial.
Cui JZ, Geng ZS, Zhang YH, Feng JY, Zhu P, Zhang XB.
- Acute and Chronic Low Back Pain.
Patrick N, Emanski E, Knaub MA.
- Vertebroplasty for acute painful osteoporotic fractures (VAPOUR): study protocol for a randomized controlled trial.
Clark W, Bird P, Diamond T, Gonski P.

- Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis.
- Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain.
Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA; expert steering group
- Validation of the Short-form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2) in acute low back pain.
Dworkin RH, Turk DC, Trudeau JJ, Benson C, Biondi DM, Katz NP, Kim M.
- Managing Nontraumatic Acute Back Pain.
Edlow JA.
- Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief - a prospective, randomized, placebo controlled double blind study.
Oguzturk H, Ozgur D, Turtay MG, Kayaalp C, Yilmaz S, Dogan M, Pamukcu E.
- Randomized controlled trial of morphine in elderly patients with acute abdominal pain.
Güngör F, Kartal M, Bektaş F, Söyüncü S, Yiğit O, Mesci A.
- The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis.
da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa

LO

- Acute and chronic pain: where we are and where we have to go.
Allegri M, Clark MR, De Andrés J, Jensen TS

Haute Autorité de Santé (HAS)

<http://www.has-sante.fr/>

Le site de la HAS propose une interrogation de sa base de données et permet d'obtenir plusieurs types de documents :

- Actualités et information
- Avis et Evaluations
- Documents patients
- Recommandations et Guides
- Résultats de certification et Médecins accrédités

La démarche a consisté à examiner toutes les recommandations parues après 2008, et ce dans tous les modules, ayant un lien possible avec les douleurs abdominales ou lombaires aiguës. Cela a permis une approche transdisciplinaire de la question :

- HAS - Pyélonéphrite aiguë de la femme – 2016
- HAS - Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique – 2017
- HAS - prise en charge de l'endométriose - démarche diagnostique et traitement médical – 2017
- HAS - Principales indications et contre-indications de la radiographie de l'abdomen sans préparation – 2009

- HAS - Indications et non-indications des radiographies du bassin et du thorax en cas de traumatismes – 2009
- HAS - Diagnostic de l'infection à Helicobacter Pylori – 2017
- HAS - Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme – 2016
- HAS - Appendicectomie Eléments décisionnels pour une indication pertinente – 2012

La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE)

<https://www.snfge.org/>

La SNFGE est la société savante médicale des maladies et cancers de l'appareil digestif. Elle compte 2400 membres (médecins, chirurgiens, chercheurs, internes). Elle a entre autres pour mission d'établir ou participer à l'établissement de recommandations de prise en charge des malades dans tous les domaines concernés par la discipline.

Elle propose un moteur de recherche très instinctif, via la bibliothèque scientifique à destination des professionnels de santé, permettant une recherche personnalisée des recommandations désirées.

- SNFGE, CNFG - Constipation – 2018
- SNFGE - Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII) – 2016
- SNFGE - Prise en charge du reflux gastro-œsophagien – 2018
- SNFGE - Prise en charge de la nécrose infectée dans la pancréatite grave – 2015
- SNFGE - Prise en Charge de la Lithiase Biliaire
- SNFGE - Conduite à tenir lors d'un premier épisode de colite aiguë – 2014
- SFMU, SFAR - Prise en charge des traumatismes pelviens graves à la phase précoce (24 premières heures) – 2017
- Abrégé d'hépto-gastro-entérologie et chirurgie digestive - Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte - 2015

La Société française de médecine d'urgence (SFMU)

<http://www.sfmou.org/fr/>

La **SFMU** est une société scientifique francophone, qui possède une commission scientifique ayant entre autres pour objectif l'apport d'experts pour la réalisation de référentiels à l'initiative de la SFMU ou d'autres sociétés savantes.

Les publications de la SFMU comprennent:

- les livres édités dans la collection Références en médecine d'urgence. Collection SFMU
- la revue de la SFMU: les Annales Françaises de Médecine d'Urgence
- les recommandations initiées par la SFMU et celles auxquelles la SFMU est associée
- Les référentiels publiés sur le site web et pour certains aussi dans les AFMU

Le site a permis d'identifier les articles suivants :

- SFMU, SFAR - Prise en charge des traumatismes pelviens graves à la phase précoce (24 premières heures) – 2017
- SFMU - Procédure de prise en charge des appels pour suspicion de fièvre à virus Ebola – 2014
- Recommandations formalisées d'experts 2010: urgences obstétricales extrahospitalières
- Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999)
- Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé
- Les douleurs abdominales qui masquent une pathologie extra-digestive
- Les douleurs abdominales en situation d'urgence : celles qui peuvent tuer
- Deuxième niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé

Google Scholar

Google Scholar est un service de Google permettant la recherche d'articles scientifiques. Lancé fin 2004, il inventorie des articles approuvés ou non par des comités de lecture, des thèses de type universitaire, des citations ou encore des livres scientifiques. Ses résultats de tous horizons permettent entre autres d'explorer la *littérature grise*, intéressante pour aborder les aspects moins scientifiques de cette thèse tels que la différence de prise en charge en médecine générale et aux urgences des douleurs abdominales et lombaires aiguës ou la prise en charge des migrants

- Thèse Dr Arnaud Ferouelle, Université Toulouse III - Douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte : Etude de la discordance diagnostique entre service d'accueil des urgences et service d'aval et des facteurs l'influençant – 2017
- Thèse du Dr Emmanuel Morel-Maréchal, Faculté de Rouen - Prise en charge initiale des douleurs abdominales : différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitaliers – 2015
- Pilly. Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants
- La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge
- Exercer - Prise en charge des patients migrants en médecine générale – 2013
- ECN Référentiel de psychiatrie – 2015
- Dr Capdevielle, Faculté de médecine Montpellier Nîmes - Troubles psychosomatiques
- Centre Hospitalier AGEN - Evaluation de la prise en charge des douleurs abdominales ou lombaires en médecine d'urgence. Etude EpiABDO – 2016

Article

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte

François Boyer

79, rue de Metz, 57525 Talange, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy, 9 avenue de la Forêt de Haye, 54505 Vandoeuvre

Dr. Pascal Bouché

Maison médicale des tilleuls, 54110 Dombasle-sur-Meurthe

Pr. Manuela Perez

Service de Chirurgie Générale et Urgences, CHRU de Nancy-Hôpital Central, 29, avenue de Lattre de Tassigny, 54035 Nancy cedex

P^r Jean Dominique de Korwin

Département de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex

Correspondance :

P^r Jean Dominique de Korwin

Jean-dominique.dekorwin@univ-lorraine.fr

Objectifs

Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'adulte

Identifier les situations d'urgence et organiser leur prise en charge.

Epidémiologie

Les douleurs abdominales se distinguent par leur fréquence, puisqu'elles représentent 10% des admissions des urgences, ainsi que par leur gravité, 10% de ces admissions conduisant à un acte chirurgical. Il existe une importante incertitude diagnostique, 35 à 41% des patients sortant de l'hôpital sans diagnostic précis (1). Un âge supérieur à 50 ans ainsi que l'erreur diagnostique elle-même représentent d'importants facteurs de surmortalité (25). Il ne faut pas méconnaître les causes iatrogènes ni les causes extra-digestives, parfois graves, telles que l'infarctus myocardique inférieur.

Physiopathologie

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

Démarche Diagnostique

Toute douleur récente doit être examinée sans retard et de façon rigoureuse, la clinique guidant le choix rationnel des examens complémentaires avec un double but : apprécier le degré d'urgence pour une prise en charge graduée allant de l'exploration chirurgicale d'emblée ou la réanimation au traitement symptomatique ambulatoire ; identifier la cause, principalement digestive, uro-génitale, ou extra abdominale, pouvant nécessiter des avis et explorations spécialisés, en urgence ou dans un second temps.

La démarche clinique doit permettre de répondre à 3 questions : existe-t-il des signes de gravité vitale ? Faut-il retenir une indication chirurgicale ? Quel remède pour le soulagement de la douleur ?

Un tableau grave ou chirurgical nécessite l'hospitalisation immédiate dans un centre adapté en se dotant des moyens nécessaires au soulagement et au transport du patient. En l'absence de signe de gravité et/ou d'urgence chirurgicale, il faut toujours soulager le malade et s'interroger sur l'utilité d'une surveillance simple ou d'une hospitalisation, d'un traitement d'épreuve ou d'examens complémentaires.

Interrogatoire

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

- **Douleur** : unique ou répétée, mode de début, siège et irradiations, type et intensité (à coter), position antalgique...
- **Signes associés** : digestifs (transit, vomissements, hématomèse, méléna ou rectorragies), génito-urinaires (leucorrhées, méno-métrorragies, dysurie, brûlures mictionnelles, pollakiurie, hématurie), extra abdominaux (cardiovasculaires, pneumologiques, neurologiques et rhumatologiques)...
- **Circonstances de survenue** : activités, repas, voyages, traumatismes physiques ou psychologiques...
- **Antécédents personnels** : médicaux (maladies digestives, rénales, cardiovasculaires, métaboliques...), chirurgicaux (abdominaux...), gynéco-obstétriques (grossesses, contraception, dernières règles), médicamenteux (nature

et ancienneté : anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], anticoagulants...), habitudes (aliments, addictions), profession.

- **Antécédents familiaux** : digestifs, néoplasiques, héréditaires...

Examen physique

L'inspection apprécie le retentissement de la douleur, recherche des signes de gravité ou associés évocateurs : comportement du patient (agitation, prostration, frissons, cris...), position (antalgique...), téguments (faciès douloureux, pâleur, ictère, teint gris, marbrures...), abdomen (cicatrices, lésions cutanées, respiration, dilatation...). *On relève les constantes cliniques*, en recherchant des signes de choc éventuels: pression artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire, température (si fièvre $\geq 38,5$ °C : recherche d'infection d'emblée).

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

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

Examens complémentaires d'urgence de première intention :

Tableau 1. Examens complémentaires

	Examens complémentaires de première intention	Examens complémentaires contextuels
Biologie	Bandelette urinaire, glycémie capillaire (et veineuse)	ECBU
	Hémogramme	Calcémie ionisée, cortisolémie, TSH
	CRP	Troponines us, D-dimères
	Lipasémie	Paracétamolémie, digoxinémie
	ASAT, ALAT	Sérologies VHB, VHC, VHA, VIH
	PAL, bilirubinémie	Frottis sanguin, goutte épaisse
	Tests de coagulation : INR, TCA	
	Créatinine, DFG	Béta-hcg
Autre		ECG
Imagerie	Echographie abdomino-pelvienne	ASP (non systématique)
	Scanner abdomino-pelvien	IRM abdomino-pelvienne
		Radiographie Thoracique

1. Biologie

L'usage systématique de la *bandelette urinaire* se justifie par sa facilité de réalisation, son faible coût et son intérêt diagnostique : forte valeur prédictive négative chez la femme, et positive chez l'homme pour le diagnostic l'infection urinaire, le diagnostic d'acidocétose pour le diabète de type 1, mais pas pour l'acido-cétose alcoolique. Une hématurie isolée permettra d'argumenter pour une colique néphrétique selon la clinique. La normalité de *l'hémogramme* est un signe négatif, parfois faussement rassurant. L'hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile oriente principalement vers une origine infectieuse, mais une élévation modérée (<15 G/l) n'est pas spécifique (stress douloureux, tabagisme chronique...). Une anémie est interprétée en fonction du contexte et de ses caractéristiques (hémorragie aiguë ou distillante ferriprive...). Le couple *Protéine-C-Réactive (CRP)* > 50 mg/l et hyperleucocytose supérieure

à 15 G/l, offre une bonne valeur prédictive positive pour une douleur abdominale aiguë grave nécessitant des examens d'imagerie. Cependant, bien qu'augmentant plus précocement que la VS et le fibrinogène, une CRP inférieure à 50 mg/l, même après 48h d'évolution clinique, ne saurait éliminer une urgence et dispenser d'une imagerie diagnostique (en fonction du contexte clinique) (2). Penser aussi aux causes non-infectieuses d'hyperleucocytose : néoplasie, leucémie, corticothérapie, grossesse et post-partum, voire effort ou stress important, tabagisme. L'élévation de la *lipasémie* oriente vers une pancréatite aiguë. Les *transaminases* (ALAT) élevées orientent vers une hépatopathie ou une pancréatite liée à une lithiase biliaire. L'élévation des *phosphatases alcalines* et/ou de la *bilirubinémie* peut orienter vers une pathologie biliaire (cholécystite ou angiocholite). Les *tests de coagulation* (numération plaquettaire, INR, TCA) sont systématiques en cas de traitement anticoagulant. La *créatininémie* est utile avant l'imagerie avec injection d'iode, mais également pour rechercher un obstacle urinaire, une défaillance rénale, et enfin pour adapter des traitements médicamenteux le cas échéant.

2. Imagerie

L'échographie abdominale a l'inconvénient d'être opérateur dépendant. Ses principales indications sont la lithiase biliaire et ses complications, des douleurs abdominales chez les patients minces et surtout chez la femme pour rechercher une pathologie gynécologique en utilisant le cas échéant des sondes endocavitaires. Ainsi, l'échographie est utile pour - 1/ affirmer la lithiase biliaire et la cholécystite aiguë (figure 2) ou objectiver une dilatation de la voie biliaire principale (VBP) - 2/ rechercher une urétérohydronéphrose et des signes indirects en cas de colique néphrétique (figure 3 et 4) - 3/ débrouiller le diagnostic des douleurs abdomino-pelviennes chez la femme.

Le scanner abdomino-pelvien, voire thoraco-abdomino-pelvien, avec si possible injection de produit de contraste iodé (absence de contre-indication, notamment allergie à l'iode et d'insuffisance rénale sévère), s'est progressivement imposée comme moyen d'imagerie diagnostique de 1ère intention grâce à sa précision anatomique, sa rapidité de réalisation, son efficacité diagnostique dans la plupart des tableaux abdominaux urgents à l'exception de la pathologie aiguë annexielle gynécologique. C'est l'examen de choix dans les pancréatites aiguës (figure 5). L'irradiation et la néphrotoxicité des produits de contraste iodé limitent une application encore plus large chez l'insuffisant rénal, l'enfant, et la femme en âge de procréer, chez lesquels l'IRM abdomino-pelvienne est particulièrement indiquée.

Examens complémentaires d'urgences contextuels :

1. ECG

Le syndrome coronarien aigu, de par sa mortalité et sa présentation trompeuse, impose la réalisation systématique d'un électrocardiogramme chez un patient âgé, ou avec des facteurs de risques cardio-vasculaires.

2. Imagerie

Les clichés d'abdomen sans préparation (ASP) ne sont plus indiqués dans les douleurs abdominales aiguës inexplicables ou justifiant une hospitalisation (suspicion d'urgence chirurgicale), ou en cas de fièvre associée (suspicion d'abcès abdominal), ou de suspicion de perforation, d'appendicite ou de diverticulite sigmoïdienne (29). Dans ces cas, l'examen de choix est le scanner abdominopelvien et suivant les cas, l'échographie abdominopelvienne ou l'IRM abdominopelvienne chez la femme enceinte. Les clichés d'ASP restent indiqués : en cas de constipation chez la personne âgée ou en milieu psychiatrique (pas de technique alternative d'imagerie), d'exacerbation aiguë de maladie de Crohn, ou de suspicion de

colectasie au cours d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), ou en 2^{ème} intention au cours d'une pyélonéphrite après visualisation d'une dilatation des cavités pyélocalicielles à l'échographie (figure 1), ou en cas d'ingestion de corps étranger. L'ASP ne doit pas retarder la réalisation d'examens d'imagerie plus utiles au diagnostic étiologique. *La radiographie Thoracique* n'est pas systématique, mais peut se révéler utile en présence de signes respiratoires pour rechercher une cause pleurale ou pulmonaire.

Le cas particulier de la personne âgée

La présentation de la douleur abdominale peut différer du patient jeune, en raison - 1/ de symptômes ou de signes trompeurs - 2/ des nombreux diagnostics à évoquer chez la personne âgée -3/ de la coexistence fréquente avec d'autres pathologies (comorbidités) aggravant le pronostic, et - 4/ de l'existence de barrières physiques, psychiques et sociales liées au grand âge pouvant gêner la prise en charge. Chez les patients âgés de plus de 75 ans le tableau clinique classique peut être absent ou survenir plus tardivement avec des symptômes moins marqués ou atypiques. L'examen physique peut être trompeur, faussement rassurant, même en situation d'urgence, comme la fissure d'anévrisme aortique ou l'ischémie mésentérique. Les changements qui se produisent dans le système biliaire à cause de l'âge rendent les patients âgés plus vulnérables aux infections sur lithiase biliaire (cholécystites aiguës, angiocholites), l'indication chirurgicale la plus courante dans cette population. Chez les patients âgés ayant une appendicite, le diagnostic initial est correct dans seulement la moitié des cas, et les taux de mortalité et morbidité sont plus élevés que ceux du sujet jeune. L'usage des médicaments, les calculs vésiculaires et la consommation d'alcool (souvent négligée chez le patient âgé) augmentent le risque de pancréatite et l'âge avancé est un indicateur de mauvais pronostic pour cette pathologie. La diverticulose compliquée est aussi une cause fréquente de douleur

abdominale chez le patient âgé. Les occlusions intestinales du grêle et du colon, souvent causées par des adhérences ou des tumeurs, augmentent avec l'âge et requièrent souvent une prise en charge chirurgicale. En outre, de nombreux diagnostics différentiels doivent être considérés chez la personne âgée. La morbi-mortalité générale est importante, ces patients âgés présentant une douleur abdominale aiguë nécessitant souvent une hospitalisation prolongée et une prise en charge pluridisciplinaire du fait des comorbidités. Les patients âgés peuvent retarder leur recours aux soins du fait de leur isolement, de leur manque de couverture sociale, des difficultés de déplacement, des difficultés de prise en charge de leur conjoint, souvent âgé et malade, et parfois simplement de leur animal de compagnie, ou par peur de l'hôpital ou de la mort. Les problèmes de communication, parfois liés aux maladies préexistantes (démences...), sont aussi un obstacle à une prise en charge optimale (12, 13).

Pièges potentiels et difficultés diagnostiques

L'anamnèse peut être difficile, en raison des troubles des fonctions supérieures liés à la fièvre ou à une anomalie hydro-électrolytique, une diminution de l'attention liée aux traitements, une démence, des troubles auditifs, une intoxication, la barrière de la langue ou des troubles psychiatriques.

Les signes sont parfois trompeurs. La perception et l'expression de la douleur peuvent être altérées en lien avec l'utilisation chronique de traitements antalgiques, ou l'altération des fonctions supérieures. Il faut se souvenir que la fièvre peut manquer, de même que l'hyperleucocytose, malgré une infection ou un état chirurgical. La probabilité de réponse hypothermique à une pathologie intra abdominale est 4 fois plus élevée chez la personne âgée. La probabilité de pathologie localisée en cas de tableau chirurgical est plus faible. On observe souvent une diminution des signes de défense et de contracture par la faiblesse de la musculature abdominale. La tachycardie peut manquer en raison de traitement bradycardisant

ou d'une pathologie cardiaque. Des diagnostics particuliers doivent être recherchés systématiquement chez le patient âgé, quand l'orientation n'est pas évidente, en s'appuyant sur la réalisation d'un examen clinique complet et d'examen para cliniques orientés. On évoque la rétention aigue d'urine avec ou sans pyélonéphrite, les infections du tractus urinaire, la constipation avec fécalome principalement, la douleur musculaire abdominale, les accidents des anticoagulants (hématomes pariétaux, intestinaux, du psoas, rétro péritonéaux) et les pathologies extra abdominales : l'infarctus du myocarde (infarctus inférieur), l'embolie pulmonaire, l'insuffisance cardiaque avec foie cardiaque, la pneumopathie ou la pleurésie.

Chez le patient âgé, souvent polymédiqué, le risque iatrogène est élevé. Un grand nombre de médicaments d'utilisation courante donnent des douleurs abdominales, des ballonnements digestifs et des nausées. Une enquête minutieuse, auprès du médecin traitant par exemple, pour connaître la liste précise des traitements sera nécessaire, notamment ceux introduits récemment. On recherchera particulièrement la prise de pristinamycine, de metformine, de digoxine ou de tramadol.

Le cas particulier du voyageur & du migrant

Les patients migrants sur le sol français, vivant parfois dans des conditions précaires (lieux de vie insalubres, faible accès aux soins, barrières linguistiques et culturelles...), nécessitent une attention particulière en raison des différences épidémiologiques (pathologies d'importation, à distinguer des pathologies dites d'acquisition, liées aux conditions d'hébergement souvent défavorables. comorbidités particulières...) et de la couverture vaccinale souvent incomplète (24).

Spécificités diagnostiques

Bien que difficile, l'interrogatoire reste important (interprète) en collectant les informations suivantes : pays d'origine (à mettre en lien avec certaines épidémies imposant parfois des mesures d'isolement) et date d'arrivée sur le sol français (permettant de déduire le temps d'incubation) pour distinguer une étiologie d'importation d'une d'acquisition, notion de contagion, statut vaccinal, éventuellement chimioprophylaxie chez le sujet voyageur au préalable. Enfin les conditions de vie, tant au niveau diagnostique que thérapeutique, conditionnent parfois la prise en charge.

Sur le plan biologique, l'hyperéosinophilie, visible sur la NFS, peut orienter vers une parasitose. L'anémie sera systématiquement dépistée. Le frottis sanguin goutte-épaisse, examen rapide à la recherche de plasmodium, est indiqué devant toute douleur abdominale fébrile au retour d'une zone d'endémie palustre. Les sérologies VIH, VHB et VHC sont à envisager selon le contexte clinique. Les coprocultures, bien que non disponibles en urgences, sont néanmoins à réaliser en cas de contexte infectieux digestif.

Etiologies particulières

Le *paludisme*, d'une incubation de 7 jours à 3 mois pour *Plasmodium falciparum*, grandement majoritaire et à risque d'évolution vers un accès palustre grave.

La *drépanocytose*, maladie génétique autosomique récessive par mutation du gène de la β globine, dont la manifestation aiguë est la crise vaso-occlusive pouvant comporter des douleurs abdominales, les douleurs osseuses et thoraciques étant plus fréquentes. C'est une urgence médicale, à évoquer chez un sujet originaire d'Afrique subsaharienne ou des Antilles, avec comme facteurs déclenchants déshydratation, stress, effort physique, exposition au froid. Il existe un risque d'infarctus mésentérique. La fièvre, le syndrome inflammatoire et l'anémie

hémolytique complètent le tableau, le diagnostic reposant sur la mise en évidence de l'hémoglobine S anormale. L'hospitalisation est souvent nécessaire. Le traitement repose sur l'hyperhydratation et les antalgiques morphiniques par voie veineuse.

La *bilharziose*, seconde parasitose la plus répandue, pouvant se présenter cliniquement par une douleur abdominale, une diarrhée, une hypertension portale avec hépto-splénomégalie et ascite. C'est également la deuxième cause mondiale de varices œsophagiennes.

L'infection à *Virus Ebola* est à évoquer systématiquement devant toute fièvre > 38,5° et un retour de la zone d'épidémie depuis moins de 21 jours, imposant par ailleurs des mesures d'isolement immédiates (19).

La *tuberculose*, avec atteinte uro-génitale, peut se présenter sous la forme d'une infection urinaire avec une leucocyturie sans germe.

Les *hépatites aiguës fulminantes*, avec hépatalgies précédant le plus souvent la phase ictérique, seront suspectées devant une cytolyse hépatique > 10 fois la normale prédominante sur les ALAT, et conduiront à la réalisation d'une crase sanguine avec TP, et d'un bilan sérologique : VHB, VHC, VHA.

L'*ulcère gastroduodéal*, en raison de la prévalence souvent élevée de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les sujets originaires des pays en voie de développement (3).

Les pathologies du tube digestif

Reflux gastro-œsophagien (RGO)

Moins douloureux que l'ulcère gastroduodéal, le RGO peut néanmoins causer brûlures épigastriques, douleurs thoraciques, et signes extra-digestifs. Il touche 20 à 40% des adultes

(4). Aucun examen n'est nécessaire si la présentation est typique, sans signe de complication (dysphagie, hémorragie digestive...).

Ulcères gastroduodénaux

L'épigastrie peut être inaugurale, particulièrement en cas de prise d'AINS ou de complication : perforation, hémorragie. La maladie ulcéreuse gastroduodénale a 2 causes principales : l'infection à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) et la prise d'AINS. La douleur de l'ulcère perforé est brutale, très intense, en coup de poignard, diffusant progressivement au reste de l'abdomen. Le malade est apyrétique avec des signes associés évocateurs tels que pâleur, vomissements, hématomène. La défense épigastrique voire la contracture abdominale complètent le tableau, mais des formes atypiques sont possibles (ulcère duodéal perforé bouché). L'ASP peut montrer le pneumopéritoine, mais la scanner est l'examen le plus utile en cas de doute diagnostique. C'est une urgence chirurgicale, la suture ou l'excision de l'ulcère étant complétée par un traitement antisécrétoire et le cas échéant un traitement d'éradication de *H. pylori*.

En cas d'hémorragie digestive, la gastroscopie précise la lésion et permet le cas échéant un geste d'hémostase. Le traitement endoscopique et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à forte dose dans les premières 48 heures, ont fortement diminué le recours chirurgical.

Dans tous les cas, la prise en charge à long terme repose sur la recherche et l'éradication de *H. pylori* dont les schémas thérapeutiques sont régulièrement adaptés, en combinant actuellement un IPP et des antibiotiques associés ou non à du bismuth, au mieux après détermination de la sensibilité aux antibiotiques de la souche infectante (3) (20).

Appendicite aiguë

C'est une urgence chirurgicale. Le tableau typique associe une douleur aiguë évoluant depuis moins de 24h, débutant classiquement dans la région épigastrique ou péri-ombilicale, secondairement localisée en fosse iliaque droite. Il s'y associe des nausées voire des vomissements, une fièvre typiquement entre 37,6 et 38,5°C. La palpation révèle une défense de la fosse iliaque droite et une douleur à la décompression. Le toucher rectal déclenche une douleur à la palpation du cul de sac de Douglas. La biologie objective classiquement une polynucléose à l'hémogramme. Les diagnostics différentiels sont nombreux, la clinique souvent incomplète. En cas de doute, l'échographie ou le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé confirme ou redresse le diagnostic. L'IRM doit être privilégiée au scanner chez la femme enceinte et l'enfant.

Devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, l'absence concomitante d'une défense en fosse iliaque droite, d'une leucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/l et d'une CRP supérieure à 8 mg/l rend le diagnostic d'appendicite aiguë peu probable mais n'exclut pas formellement le diagnostic (5).

Le traitement est une appendicectomie par voie de Mac Burney ou par voie coelioscopique. Est actuellement discuté l'intérêt d'une antibiothérapie avec surveillance clinique étroite pouvant permettre de surseoir au geste chirurgical (6).

Sigmoïdite diverticulaire aiguë

Elle résulte de la perforation d'un diverticule en péritoine cloisonné plus souvent qu'en péritoine libre, pouvant se compliquer d'un abcès péri sigmoïdien voire d'une péritonite. Des accès douloureux identiques ou des diverticules connus sont évocateurs. La douleur et la défense siègent dans la fosse iliaque gauche. Une constipation ou une fausse diarrhée ont pu

précéder la crise qui peut s'accompagner de rectorragies ou méléna. Des symptômes urinaires peuvent être trompeurs. Un syndrome infectieux clinique et biologique (polynucléose neutrophile) complète le tableau. Cependant, dans l'une des plus importantes séries prospectives sur la diverticulite du côlon gauche incluant 542 patients, seulement 77 % avaient une température supérieure à 37,5°C et 54 % une leucocytose supérieure à 11 000/mm³. L'absence de syndrome inflammatoire biologique, CRP < 5mg/l et GB < 10 G/l, doit faire rechercher d'autres diagnostics (7). L'absence de syndrome inflammatoire biologique, CRP < 5mg/l et GB < 10 G/l, doit faire rechercher d'autres diagnostics (7). Les signes cliniques et biologiques de diverticulite n'ont pas une sensibilité et une spécificité suffisantes pour permettre une prise en charge adéquate. Le diagnostic repose principalement sur le scanner, l'échographie abdominale n'est pas recommandée comme premier examen d'imagerie.

La conduite à tenir fait l'objet de recommandations récentes de la HAS (7). L'hospitalisation n'est pas nécessaire, en cas de diverticulite non compliquée confirmée au scanner par un score Hinchey Ia, et en l'absence de signes de gravité, d'immunodépression, de score ASA > 3 ou de grossesse. Une surveillance clinique est recommandée durant le traitement symptomatique ambulatoire (antispasmodiques, antalgiques...) sans antibiothérapie. Si une antibiothérapie est indiquée, la voie orale est recommandée en première intention pour le traitement de la diverticulite non compliquée : amoxicilline - acide clavulanique (en cas d'allergie, association lévofloxacine et métronidazole). Une alimentation non restrictive est recommandée au cours du traitement de la diverticulite non perforée, si elle est tolérée. En cas de diverticulite compliquée, le patient est hospitalisé. Une antibiothérapie est recommandée associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et métronidazole, ou ceftriaxone et métronidazole (en cas d'allergie, association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole). Un abcès > 3cm au scanner est une indication de drainage radiologique en

première intention. L'intervention chirurgicale s'impose en cas de péritonite (Hinchey III et IV) ou d'échec du traitement médical (Hinchey I et II).

Colite Aiguë Grave

Une colite aiguë se manifeste essentiellement par une diarrhée et des douleurs abdominales violentes. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale, d'origine infectieuse ou inflammatoire (MICI) le plus souvent.

Le diagnostic de colite aiguë grave repose sur les critères clinico-biologiques de Truelove et Witts, tandis qu'un score de Lichtiger > 10 définit une forme sévère. Des coprocultures pour recherche de *Clostridium difficile* (recherche de toxine en urgence), de *Escherichia coli O157H7* et de *Klebsiella oxytoca*, sont à réaliser dès que possible. Un scanner abdomino-pelvien est indiqué s'il y a suspicion de complication (abcès, perforation, colectasie). En cas d'indisponibilité, l'échographie abdominale avec ou sans injection de produit de contraste a un bon rendement diagnostique.

Infections intestinales

1. Gastroentérite aiguë

C'est une cause très fréquente et saisonnière de douleurs abdominales diffuses parfois vives, habituellement d'étiologie virale et d'évolution spontanément favorable. Une fièvre supérieure à 38,5°C et/ou des rectorragies orientent vers une origine bactérienne et le recours à une antibiothérapie. Les formes compliquées peuvent nécessiter une hospitalisation en raison de la déshydratation liée aux vomissements et à la diarrhée et d'un syndrome infectieux

sévère. En cas de gravité ou de doute diagnostique est réalisé un examen bactériologique et parasitologique des selles.

2. Iléite aiguë

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

3. Adénolymphite mésentérique

Son diagnostic chez l'adulte jeune, repose sur l'échographie voire le scanner qui élimine l'appendicite aiguë, et peut montrer des adénopathies multiples et volumineuses du mésentère de la dernière anse iléale. Elle est souvent causée par une infection virale, ORL. Son traitement est étiologique et antalgique.

Occlusions intestinales aiguës

L'arrêt du transit est lié à une occlusion mécanique ou fonctionnelle (iléus paralytique d'origine métabolique, pseudo obstruction colique du syndrome de d'Ogilvie...). Le diagnostic repose sur la triade: douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et des gaz. La palpation des orifices herniaires est systématique (hernie étranglée) de même que le toucher rectal (fécalome, cancer).

Le scanner, mieux que l'ASP qui n'est pas indispensable et ne visualise que les niveaux hydroaériques, permet d'orienter le diagnostic étiologique d'occlusion du colon ou du grêle, tout en appréciant le degré d'ischémie et de souffrance pariétale. L'expression clinique et

radiologique est fonction du siège, de la cause et du mécanisme de l'occlusion : *bride* : douleur rapidement progressive et vomissements abondants, antécédent de chirurgie abdominale et occlusion du grêle à la scanner faisant suspecter l'existence d'une bride ; *volvulus du grêle* : douleur brutale et fixe avec défense en regard du segment volvulé, distension du grêle d'amont à la scanner objectivant le volvulus ; *hernie étranglée* : douleur au niveau du collet, non impulsive à la toux et irréductible ; *lésions inflammatoires* (palpation d'anses grêles pathologiques) ; *colectasie* liée à une infection ou compliquant une maladie inflammatoire du tube digestif, particulièrement une rectocolite hémorragique ; *tumeur colique* surtout gauche ou sigmoïdienne : douleur progressive, arrêt précoce des matières et des gaz parfois après alternance de diarrhée et constipation et parfois rectorragies, vomissements peu à peu fécaloïdes, altération de l'état général ; *fécalome* : impaction rectale confirmée par le TR ; *obstacle par corps étranger* (occlusion du grêle avec signes auscultatoires de lutte de l'intestin d'amont, fragments métalliques à l'ASP ?) ou iléus biliaire par migration d'un calcul vésiculaire obstruant l'iléon terminal (signes d'occlusion avec parfois calcul calcifié et aérobilie signant la fistule cholécysto-duodénale).

L'hospitalisation en chirurgie est nécessaire, où seront réalisés conjointement la surveillance et le traitement. Le traitement est d'abord médical : aspiration gastrique en urgence qui soulage la douleur liée à la distension et nécessite la compensation des pertes hydroélectrolytiques par perfusions, antalgiques en complément si besoin et, éventuellement antibiothérapie. On opère sans tarder les occlusions par strangulation (*bride*, *volvulus*, *invagination*), en fonction de la souffrance pariétale, qui peut conduire à la perforation par nécrose ischémique. Les occlusions par obstruction se compliquent de péritonite et d'hypovolémie par création d'un troisième secteur. La levée de l'obstacle est réalisée par voie chirurgicale ou endoscopique (décompression de *volvulus sigmoïdien*, prothèse colique transtumorale, exsufflation d'une pseudo obstruction colique).

Troubles fonctionnels digestifs (TFD)

C'est une des causes les plus fréquentes. Le contexte est souvent évocateur : dyspepsie chronique (douleur ou gêne épigastrique, satiété précoce, plénitude post prandiale) et/ou syndrome de l'intestin irritable (sexe féminin, contexte anxio-dépressif, antécédents de crises douloureuses similaires, soulagement par la défécation, modification de la fréquence ou de la consistance des selles). Le diagnostic est conforté par l'état général conservé, des explorations digestives précédemment négatives, l'absence de signes d'alarme cliniques, malgré l'intensité parfois forte de la douleur, souvent exacerbée par la palpation abdominale. La normalité des explorations complémentaires éventuelles oriente vers les TFD, dont la prise en charge reste difficile au long cours, en l'absence de traitement radical et de récurrences fréquentes (14).

Pathologies hépato-biliaires

Colique hépatique

La douleur de l'hypochondre droit est brutale, intense, avec des paroxysmes, irradiant en arrière et vers l'épaule droite, augmentant à l'inspiration profonde. Les nausées et vomissements sont fréquents, mais sans signe infectieux locaux ou généraux persistants. Antalgiques et AINS sont rapidement efficaces. La récurrence est fréquente conduisant à la cholécystectomie en cas de lithiase vésiculaire à l'échographie ou à la scanner (16,17).

Cholécystite aiguë

La lithiase vésiculaire est souvent en cause, suivie des cancers des voies biliaires et des cholécystites alithiasiques (maladies inflammatoires systémiques...). Une colique hépatique peut la précéder. La douleur est persistante avec fièvre, défense de l'hypochondre droit et

inhibition de l'inspiration à la palpation (signe de Murphy). Le syndrome infectieux biologique est constant, alors que le bilan hépatique sanguin (phosphatases alcalines, bilirubine) est rarement ou peu perturbé. L'échographie est essentielle, montrant un épaissement de la paroi vésiculaire et la présence de calcul (s) (figure 2), sans dilatation de la VBP. Les complications sont la péritonite et le choc septique (gangrène). L'hospitalisation est requise pour surveillance chirurgicale, à jeun, avec glace sur le ventre et perfusions d'antalgiques et d'antibiotiques (céphalosporine de 3^{ème} génération et imidazolé). L'évolution est favorable en quelques jours. En cas de lithiase, la cholécystectomie par voie coelioscopique est réalisée soit en urgence, soit secondairement associée à une cholangiographie per opératoire.

Angiocholite

L'angiocholite est secondaire à l'infection de la VBP, souvent suite au blocage d'un calcul ayant migré depuis la vésicule biliaire. La triade chronologique est caractéristique : douleur, fièvre et ictère rétentionnel. Il existe un syndrome biologique infectieux et rétentionnel biliaire (augmentation des marqueurs de la cholestase : phosphatases alcalines, 5'nucléotidase, gamma GT et bilirubine conjuguée). Le risque de choc septique impose l'hospitalisation en urgence, l'antibiothérapie intraveineuse (idem cholécystite aigue), la surveillance stricte des paramètres cliniques et biologiques et la décompression de la VBP avec évacuation des calculs par sphinctérotomie endoscopique. La cholécystectomie est réalisée secondairement chez les patients opérables, afin de prévenir les risques de récurrence par migration lithiasique et de cholécystite aiguë lithiasique.

Hépatopathies

Les *hépatites aiguës virales* ou les parasitoses hépatiques peuvent provoquer des hépatalgies transitoires, dont le diagnostic repose sur le contexte clinique et la mise en évidence des anomalies biologiques caractéristiques après élimination des autres causes par l'échographie notamment. Les *tumeurs hépatiques*, notamment les métastases, sont parfois révélées par des hépatalgies ou des douleurs de l'hypochondre droit (hépatomégalie tumorale). L'échographie ou la scanner sont démonstratifs et la ponction guidée précise l'anatomopathologie. Les hépatalgies du *foie cardiaque aigu* sont facilement rattachées à leur cause devant l'existence de signes d'insuffisance cardiaque droite ou globale. La constitution rapide d'une *ascite* quel qu'en soit la cause (cirrhose, infections, néoplasies...), peut provoquer des douleurs abdominales diffuses ou localisées aux flancs. En cas de doute, l'échographie redresse le diagnostic et la ponction permet l'analyse du liquide.

Hémobilie

Elle est définie par un saignement dans les voies biliaires quelle qu'en soit l'origine. C'est une pathologie rare et souvent mal connue, mais d'incidence croissante et potentiellement mortelle. Sa présentation clinique classique associe hémorragie digestive haute (révélée par un melæna), douleur de type biliaire et ictère.

Cancer des voies biliaires

Il est rare (3% des cancers digestifs). L'IRM est l'examen de choix en première intention (8).

Pathologies pancréatiques

Pancréatites aiguës

Le diagnostic est évoqué devant une violente douleur épigastrique transfixiante, calmée par la flexion du tronc, une élévation franche de la lipasémie (supérieure à 3 fois la valeur normale) et l'imagerie caractéristique à la scanner. Deux causes dominent : la migration d'une lithiase biliaire et l'alcoolisation. L'examen clinique est pauvre contrastant avec l'intensité de la douleur et la gravité des signes généraux (marbrures, polypnée, pouls filant, hypotension artérielle). Un premier score de Ranson (clinico-biologique) supérieur à 3, affirme la sévérité de l'épisode. Le scanner, idéalement réalisé après 48 heures, permettra le calcul du score de Balthazar, fortement prédictif d'une complication (abcès pancréatique ou décès), en cas de valeur \geq à 4.

Le traitement est le plus souvent médical : antalgiques, jeûne et nutrition parentérale, surveillance hospitalière en raison du risque d'évolution gravissime pouvant justifier réanimation et/ou chirurgie. Une sphinctérotomie endoscopique est réalisée en urgence en cas de lithiase obstructive de la voie biliaire principale, tandis que certaines complications relèvent de la chirurgie (nécrosectomie, évacuation de faux kystes ou d'abcès ...) (15).

Tumeurs pancréatiques

L'adénocarcinome pancréatique (figure 6) peut se révéler par des épigastralgies à irradiation postérieure intenses et persistantes, liées à l'envahissement des plexus nerveux de voisinage. Les kystes pancréatiques bénins ou à potentiel malin peuvent se compliquer de douleurs de même que les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses.

Pathologie splénique

Rupture de la rate

La rupture spontanée est une complication classique mais rare de la MNI. La cause la plus fréquente est un traumatisme parfois en 2 temps (à distance du traumatisme initial). Outre une douleur de l'hypochondre gauche et de l'épigastre, le signe de Kehr peut être révélateur (douleur de l'épaule gauche). Des signes d'hypovolémie ou de choc sont à rechercher.

Affections vasculaires

Ischémie intestinale aiguë

On distingue l'ischémie artérielle mésentérique de la thrombose veineuse mésentérique dont les traitements sont différents.

1. L'ischémie artérielle

On distingue deux phases successives :

- **Le syndrome d'ischémie aiguë mésentérique (SIAM)**, qui doit être évoqué chez tout patient à risque élevé de pathologie artérielle thrombotique ou emboligène (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, cardiopathie emboligène...), présentant une violente douleur abdominale discordante avec la pauvreté de l'examen clinique. La douleur est souvent péri-ombilicale, avec vomissements, parfois émission de selles en rapport avec des mécanismes réflexes responsables d'un hyperpéristaltisme. Si le diagnostic est retardé, l'évolution se fait vers l'infarctus mésentérique.
- **L'infarctus mésentérique** : en plus de la douleur, on retrouve un ventre péritonéal avec souvent une défense abdominale, un abdomen météorisé ou non, et un silence

auscultatoire. Le patient est prostré. L'état de choc est quasi constant. Sur le plan biologique, on observe une acidose métabolique avec élévation des lactates. Les examens d'imagerie standard tel que l'ASP sont inutiles car ils ne permettent pas de confirmer le diagnostic en dehors d'une très exceptionnelle pneumatose intestinale ou aéroportie (présence de gaz dans la veine porte) qui sont des stades ultimes d'ischémie. L'échographie abdominale couplée au Doppler peut confirmer le diagnostic mais est insuffisante pour l'exploration de la paroi digestive.

L'artériographie coelio-mésentérique peut trouver sa place éventuellement au stade de SIAM en vue d'une thrombolyse endovasculaire qui doit être réalisée dans un délai de 8 heures suivant le début du syndrome clinique. Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodé permet rapidement de confirmer le diagnostic, de déterminer la gravité et l'étendue des lésions. L'intervention chirurgicale consistera en une résection des zones nécrosées ou en un geste de revascularisation si le patient est opéré au stade SIAM, ce qui est rarement le cas.

2. La thrombose veineuse mésentérique

L'interrogatoire recherche des antécédents de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, de thrombophilie constitutionnelle (déficit congénital en inhibiteurs physiologiques de la coagulation) ou acquise, de syndrome myélo prolifératif, d'hypertension portale, d'une période de post-partum, de prise de contraceptifs oraux, de présence de foyer infectieux intra-abdominal. La douleur est péri-ombilicale, importante, discordante avec la pauvreté clinique. On peut retrouver de la fièvre, une diarrhée, des vomissements, parfois un méléna. Les signes biologiques sont aspécifiques. Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodé confirme le diagnostic et permet de déterminer l'importance et la gravité des lésions. Cet examen est également utile à la surveillance pour rechercher des

signes de gravité, notamment un amincissement de la paroi intestinale ou un pneumopéritoine. Le traitement est médical (anticoagulants). La chirurgie peut s'imposer en cas de complications (amincissement pariétal, perforation).

Colite ischémique

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

Anévrisme aortique fissuré

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

Hématome du psoas

Apanage du sujet âgé et complication des traitements anticoagulants, il peut survenir de façon spontanée (surdosage) ou après une chute. Il entraîne une douleur lombaire aiguë à irradiation basse et parfois abdominale antérieure. Le psoïtis est révélateur. L'échographie et la scanner confirment le diagnostic. L'attitude est habituellement attentiste sous surveillance chirurgicale stricte en service de réanimation : transfusions sanguines, antalgiques et correction adaptée des troubles de l'homéostasie sanguine (surdosage en anti-vitamine K, traitement par héparines de bas poids moléculaire ou par inhibiteurs de la thrombine, thrombopénie à l'héparine).

Vascularites systémiques et connectivites

Les vascularites atteignent rarement les vaisseaux digestifs ou rénaux. Sont particulièrement impliquées: la pan artérite noueuse (PAN), les vascularites à ANCA (polyangéite microscopique et maladie de Wegener), le syndrome de Behcet, le purpura rhumatoïde. Les manifestations générales et les atteintes extra digestives orientent le diagnostic de même que l'imagerie (microanévrismes de la PAN...), la biologie notamment les anticorps anti cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) et l'anatomie pathologique, en s'appuyant sur les critères diagnostiques de chaque affection.

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

Les pathologies urologiques

Cystite aiguë simple

De diagnostic clinique, la cystite algique peut être trompeuse en simulant d'autres douleurs abdominales. Une bandelette urinaire systématique permettra d'éviter d'autres explorations inutiles. L'ECBU n'est pas indiqué en l'absence de signe de pyélonéphrite et chez une patiente non à risque (31).

Rétention aiguë d'urines

De cause variée, elle associe impossibilité d'uriner et intense algie sus-pubienne. Toute douleur abdomino-pelvienne doit faire rechercher un globe vésical, parfois associé à d'autres affections aiguës. Elle est à rechercher systématiquement devant une confusion chez la personne âgée, diabétique, le traumatisé rachidien, ou encore en post-opératoire. Aucun examen n'est nécessaire avant sondage, excepté échographique si doute diagnostique.

Infection urinaire masculine

Elle associe typiquement fièvre, douleurs pelviennes, signes fonctionnels urinaires et dysurie. On réalisera un ECU, et une échographie en cas de lombalgie ou suspicion de rétention aiguë d'urine. Le toucher rectal est théoriquement contre-indiqué, compte-tenu du risque septique. Une antibiothérapie bien conduite est nécessaire afin d'éviter un passage à la chronicité.

Colique néphrétique

La douleur est lombaire, unilatérale, brutale, intense, anxiogène et invalidante, sans position antalgique, à irradiation descendante. Elle résulte de la mise en pression brusque des cavités excrétrices du rein par un obstacle sous-jacent, habituellement un calcul urétéral. Les antécédents similaires sont évocateurs. L'échographie peut montrer une discrète asymétrie des cavités excrétrices rénales voire l'obstacle lithiasique avec dilatation d'amont (figures 3 et 4). L'uroscanner complète le bilan et localise si besoin le calcul. Outre le traitement de la cause (calcul, compression extrinsèque...), le traitement antalgique est primordial : AINS, paracétamol, antispasmodiques voire dérivés morphiniques. On réalisera une dérivation urinaire en cas d'anurie (rein unique), de fièvre sur rétention du haut appareil ou de crise hyperalgique.

Pyélonéphrite aiguë

Elle est évoquée devant une douleur lombaire, le plus souvent unilatérale, associée à une fièvre supérieure à 38°C avec frissons. Les signes urinaires sont inconstants : pollakiurie, brûlures mictionnelles... Dans les formes non compliquées, les hémocultures et la biologie ne sont pas indiquées. De même, l'échographie ne sera réalisée qu'en cas de pyélonéphrite hyperalgique ou d'évolution défavorable passé 72 heures d'antibiothérapie. Elle permet d'éliminer une dilatation des voies excrétrices supérieures dont la présence nécessite une dérivation des urines par sonde urétérale ou néphrostomie. En cas de doute, le scanner avec injection est utile. L'antibiothérapie (fluoroquinolone per os), secondairement adaptée à l'antibiogramme, est ambulatoire pendant 2 semaines. L'hospitalisation initiale avec bi antibiothérapie adaptée (aminoside en plus) est justifiée en cas de facteurs de risque ou de

complication : âge élevé, grossesse, immunodépression, contexte médicosocial défavorable, antibiothérapie préalable, malformation urinaire, choc septique, insuffisance rénale.

Les pathologies gynécologiques

Grossesse extra-utérine (GEU)

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

Torsion du kyste ovarien

La douleur pelvienne est brutale, intense voire syncopale, unilatérale, irradiant vers les lombes. Le TV révèle une masse latéro-utérine, douloureuse. La négativité des bêta-HCG et la visualisation du kyste ovarien à l'échographie élimine la GEU et confirme le diagnostic. La torsion aigue est une urgence chirurgicale.

Salpingite aiguë

Les formes cliniques sont bruyantes ou fréquemment insidieuses. Les séquelles tubaires sont sources de stérilité et de GEU. Sont évocateurs chez une femme en âge de procréer : les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, de salpingite, de geste endo-utérins récents. La douleur pelvienne est diffuse associée à des leucorrhées et à un état fébrile. Elle peut être associée à une péri-hépatite responsable de douleur dans l'hypochondre droit (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis). L'échographie peut être contributive. La coelioscopie permet le diagnostic positif et bactériologique. L'antibiothérapie associe amoxicilline - acide clavulanique (15 jours) et minocycline (infection à Chlamydia ?) pendant 21 jours, sans oublier les mesures préventives et le traitement des partenaires.

Endométriose

L'endométriose gynécologique ou digestive peut se révéler par des douleurs, volontiers cycliques, mais parfois trompeuses. Elle est encore sous-diagnostiquée, et doit être évoquée devant des symptômes associés tel que : dysménorrhées intenses, dyspareunies profondes, douleurs à la défécation et signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale, infertilité. L'échographie et l'IRM pelviennes peuvent mettre en évidence des endométriomes.

Penser également à la péri hépatite à Chlamydiae chez la femme jeune.

Pathologies de la femme enceinte

On citera : accouchement imminent, rupture utérine, hématome rétro-placentaire, placenta prævia hémorragique, prééclampsie, éclampsie, grossesse extra-utérine. Toute douleur abdominale ou lombaire aiguë chez la femme enceinte doit impliquer un monitoring fœtal, un examen physique maternel ainsi qu'une échographie en urgence (22).

Les traumatismes abdominaux et lombaires

On distingue les traumatismes ouverts (plaie de l'abdomen), des traumatismes fermés (contusion de l'abdomen). Dans tous les cas il faut garder à l'esprit la possibilité de traumatismes associés des régions anatomiques voisines (thorax, rétro-péritoine, pelvis) (18, 29).

1. Plaie de l'abdomen

Le but de la prise en charge de ces blessés est de ne pas méconnaître une plaie d'organe intra-abdominal (plaie perforante) aux conséquences graves (hémorragie, péritonite). En fonction du type de plaie (arme à feu, arme blanche ou assimilée), de la localisation de la plaie (paroi abdominale antérieure, postérieure, ou transfixiante...), et de l'état clinique du blessé, les attitudes de prise en charge varient de la laparotomie en urgence à la surveillance clinique, biologique et radiologique (scanner), en passant par l'exploration sous anesthésie locale, ou la cœlioscopie exploratrice.

2. Contusion de l'abdomen

C'est l'état hémodynamique du blessé qui détermine sa prise en charge. En cas d'instabilité hémodynamique, après examen clinique, voire une échographie rapide à la recherche d'épanchement intra-abdominal, la laparotomie s'impose sans délai. A l'inverse, si le blessé est stable sur le plan hémodynamique, il convient de rechercher des lésions viscérales par un scanner, le plus souvent thoraco-abdomino-pelviene avec injection de produit de contraste iodé pour éliminer des lésions d'organe plein (foie, rate) dont le traitement peut être chirurgical ou non, des lésions d'organe creux à l'origine de péritonite dont le traitement est toujours chirurgical, des lésions musculo-aponévrotiques à l'origine de hernie post-traumatique dont le traitement chirurgical peut être différé. En cas de lésion d'organe plein non opératoire, une surveillance clinico-biologique en milieu chirurgical s'impose.

Les pathologies rhumatologiques

Pathologies inter-apophysaires

1. Le dérangement intervertébral mineur (DIM)

De nature bénigne et de diagnostic clinique, il ne nécessite aucun examen complémentaire en cas de forme typique, présentant un syndrome ténocellulomyalgique (STCM) dont une cellulalgie unilatérale reproduite à la manœuvre dite du palper-rouler au niveau des hypochondres ou des flancs selon la localisation de la souffrance vertébrale. L'évolution est spontanément favorable ou après traitement ostéopathique.

2. La lyse isthmique

En cas de signes récents à l'imagerie, elle peut nécessiter un avis chirurgical pour éviter la constitution d'un spondylolisthésis et d'une douleur chronique.

3. Lumbago

La douleur est vive, impulsive, majorée par les efforts, de survenue brutale après un mouvement favorisant. On constate une attitude antalgique et une raideur lombaire, sans trouble sensitivomoteur. Le lumbago, peut causer des lombo-fessalgies aiguës, mais jamais de cruralgie ni de sciatalgie, et ne nécessite pas d'imagerie médicale précoce. Le traitement médical associe repos, antalgiques et AINS.

Lésions du corps vertébral

1. Les tumeurs

Néoplasies, métastases, myélome, ostéome ostéoïde, histiocytose...

2. Tassement vertébral ostéoporotique et traumatique

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

Pathologie discale

1. La hernie discale

Elle est la principale cause de cruralgie ou de sciatgie, et peut se révéler également par un syndrome de la queue de cheval ou une compression médullaire selon l'étage concerné. En cas de déficit neurologique, un scanner rachidien en urgence peut évaluer l'indication chirurgicale, mais l'IRM est l'examen de choix.

2. Spondylodiscite

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

Les pathologies neurologiques

Sont en cause et évoquées sur les données cliniques : *les souffrances radiculaires* avec irradiation douloureuse en hémicéinture (lésions rachidiennes, zona avec éruption évocatrice...); *les affections rares* : épilepsie, migraine abdominale et tabès (syphilis tertiaire).

Les pathologies extra-digestives

Tableau 2. Pathologies extra-digestives et générales (21)

Pathologies extra-digestives		Pathologies générales	
Pulmonaires	Embolie pulmonaire	Hypercalcémie, hyperkaliémie, endocrinopathies, acido-cétose alcoolique	
	Pneumopathie basale	Pheochromocytome	
	Pneumothorax	Œdème angioneurotique héréditaire	
	Pleurésie	Porphyries aiguës	
Cardiaques	Infarctus du myocarde inférieur	Paludisme Bilharziose	
	Péricardite	Vascularites systémiques	
Diverses	Pharyngite à streptocoque	Drépanocytose	
	Glaucome aigu	Causes médicamenteuses	AINS, paracétamol, méfopam, tramadol, corticoïdes, anticoagulants, digoxine, méthotrexate
	Troubles somatoformes	Intoxication	Antirouille, acide oxalique, champignons, plomb (saturnisme), anatoxine, CO, colchicine (21)
Psychiatriques	Psychoses	Rares	Fièvre méditerranéenne
			Traps syndrome
			Syndrome hyper-IgD
			Entérocolite neutropénique

L'embolie pulmonaire peut simuler une douleur abdominale liée à l'épanchement de la plèvre diaphragmatique ou à la congestion hépatique.

L'infarctus du myocarde est à rechercher systématiquement en cas de facteur de risque cardiovasculaires.

Le glaucome aigu peut se révéler par une douleur abdominale au premier plan.

Les causes psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont à évoquer dans le contexte, en s'aidant au besoin d'un avis spécialisé.

Troubles somatoformes

Ce sont des manifestations psychosomatiques, essentiellement chez la femme, entre 30 et 40 ans (9), le plus souvent d'apparition brutale, contrastent avec des examens normaux. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Le traitement est anxiolytique.

Psychoses

La schizophrénie ou un trouble délirant chronique, peuvent s'accompagner d'une réelle douleur et nécessiter une prise en charge antalgique et psychiatrique (9).

Les pathologies générales (tableau 2)

Causes métaboliques et endocriniennes

Ce sont des causes possibles de douleurs abdominales aiguës, avec parfois un tableau parfois pseudo chirurgical, et dans certains cas la mise en jeu du pronostic vital.

Elles ne doivent pas être méconnues devant certains signes évocateurs associés aux douleurs abdominales : *hypercalcémie* : asthénie, anorexie, irritabilité, trouble de la conscience, HTA, nausées, vomissements, diminution du QT à l'ECG, calcémie élevée ; *hypokaliémie* : ralentissement du transit, iléus, paralysies flasques, polyurie, aplatissement puis négativation onde T et onde U à l'ECG, kaliémie effondrée, alcalose métabolique ; *acidocétose diabétique* : parfois révélatrice du diabète de type I chez le sujet jeune, nausées, vomissements, amaigrissement, amyotrophie, asthénie, polyuro-polydipsie, troubles visuels, hyperglycémie, acidose métabolique, cétonémie, cétonurie ; *insuffisance surrénale aiguë* : nausées, vomissements, diarrhée, hypotension artérielle, hyponatrémie, hyperkaliémie, acidose.

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

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

Les *pathologies auto-inflammatoires*, particulièrement la *fièvre méditerranéenne familiale* ou maladie périodique, caractérisée par l'inflammation récidivante des séreuses avec souvent un tableau de péritonite « médicale » exposant à un risque de laparotomie inutile. La répétition des crises dans un contexte inflammatoire est évocatrice. Elle est confirmée par diagnostic génétique.

Discussion

Principales évolutions des recommandations

Appendicite aigue

Le traitement de cette pathologie fréquente et potentiellement mortelle, est de moins en moins chirurgical. C'est du moins la tendance vers laquelle les dernières recommandations de la HAS 2012 et un article plus récent (6) nous orientent.

De nombreuses tentatives de détermination de signes cliniques, biologiques, ou de score tels celui D'Alvarado et Andersson ont été étudiés pour permettre de discerner de manière fiable l'indication chirurgicale ou antibiotique médicamenteuse seule de l'appendicite aigue, mais jamais avec assez de sensibilité et spécificité.

Ainsi, même une association concomitante d'absence de défense en fosse iliaque droite, d'une hyperleucocytose supérieure à 10×10^9 G/l et d'une CRP supérieure à 8mg/l, ne suffit à exclure formellement une appendicite aigue.

De plus, l'échographie étant opératrice dépendante, même un appendice visualisé mais jugé non inflammatoire ne suffit à exclure formellement le diagnostic d'appendicite aigue.

Le scanner reste le meilleur examen d'imagerie, néanmoins son irradiation chez les enfants, les femmes enceintes, et sa disponibilité en médecine ambulatoire, même s'il ne se discute pas en contexte de signes de gravité, font qu'il est souvent précédé de l'échographie.

C'est donc, l'expérience du médecin généraliste, de l'urgentiste, du radiologue, et du chirurgien consulté qui s'avèrent déterminantes.

Diverticulite

La prise en charge se veut également moins invasive, avec une restriction d'usage des antibiotiques selon le cas de figure. En effet, elle est très codifiée.

Devant un cas de diverticulite non compliquée confirmée par un scanner, et l'absence de signes de gravité, d'immunodépression, de score ASA>3 ou de grossesse, un traitement symptomatique ambulatoire sans antibiotique est recommandé.

Si donc le traitement médical se veut plus léger, il importe néanmoins de disposer d'un examen scanographique qui reste de première intention, l'échographie n'étant indiquée qu'en cas d'indisponibilité de ce dernier.

L'intervention de Hartmann est recommandée quel que soit le stade de Hinchey dans deux situations : patients à haut risque de complications, instabilité hémodynamique.

SCORE ASA	
Etat de santé du patient	Score
Patient sain, en bonne santé, C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.	1
Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.	2
Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante	3
Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)	4
Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale	5

Hinchey classification [3]		Modified Hinchey classification by Sher et al. [5]	
I	Pericolic abscess or phlegmon	I	Pericolic abscess
II	Pelvic, intraabdominal, or retroperitoneal abscess	IIa	Distant abscess amendable to percutaneous drainage
		IIb	Complex abscess associated with fistula
III	Generalized purulent peritonitis	III	Generalized purulent peritonitis
IV	Generalized fecal peritonitis	IV	Fecal peritonitis

Colite aigue grave

Le plus souvent de cause infectieuse, il peut aussi s'agir d'une poussée de MICI. Il en résulte une incertitude diagnostique à la phase aigue parfois, nécessitant un bilan étiologique initial complet quand bien même certains résultats de sont pas disponibles immédiatement :

- Coproculture (milieux sélectifs pour *Yersinia*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*), en cas de diarrhée hémorragique (milieux sélectifs pour *E coli O157H7* et *Klebsiella oxytoca*), si antibiothérapie récente, recherche de *Clostridium difficile* selon le contexte (prise d'antibiotiques, immunosuppression, nosocomial) par coproculture ou GDH et identification des toxines

- Examen parasitologique des selles selon le contexte,
- Recto-sigmoïdoscopie prudente avec biopsies (anatomopathologie et bactériologie) en cas de syndrome dysentérique, de signes de gravité ou d'une durée > 3 jours, en l'absence de diagnostic de certitude à la phase aiguë (colite indéterminée) et dans l'hypothèse d'une MICI : pANCA et ASCA (significatifs si positifs)

Le traitement sera ambulatoire devant la présence de signe de gravité, et une bi-antibiothérapie probabiliste sera initiée après les prélèvements. On évitera l'utilisation des ralentisseurs du transit.

Rectocolite Hémorragique (RCH)

Classification des poussées selon Truelove et Witts

<u>Sévérité de la poussée</u>	<u>Sévère</u>	<u>Légère</u>
Nombre de selles /jr	+ de 6/j, sanglantes	- de 4/j, peu sanglantes
Température vespérale	> 37.5°C	Pas de fièvre
Fréquence cardiaque	> 90/mn	Pas de tachycardie
Taux d'Hb	< 75% de la normale	Pas d'anémie
VS (mm à la 1ère heure)	>30	<30

Groupe d'étude thérapeutique des affections inflammatoires du tube digestif



Date [__/__/__]

Initiales patient [][]/[][]

ULCERATIVE COLITIS ENDOSCOPIC INDEX OF SEVERITY (UCEIS®)
 (À remplir par le médecin lors de la coloscopie)

Trame vasculaire	<input type="checkbox"/> 0 : Normal	Trame vasculaire normale avec arborisation capillaire nettement visible	_
	<input type="checkbox"/> 1 : Disparition partielle	Disparition partielle de la trame vasculaire	
	<input type="checkbox"/> 2 : Disparition	Disparition complète de la trame vasculaire	
Saignement	<input type="checkbox"/> 0 : Aucun	Absence de sang visible	_
	<input type="checkbox"/> 1 : Muqueux	Traces de sang coagulé à la surface de la muqueuse, lavable lors de l'endoscopie	
	<input type="checkbox"/> 2 : Luminal, discret	Présence de sang frais en faible quantité dans la lumière	
	<input type="checkbox"/> 3 : Luminal modéré ou sévère	Présence nette de sang frais dans la lumière OU suintement hémorragique de la muqueuse persistant après lavage	
Erosions & Ulcères (lésions les plus sévères)	<input type="checkbox"/> 0 : Aucune	Absence d'ulcération visible	_
	<input type="checkbox"/> 1 : Erosions	Ulcérations planes (< 5 mm) à fond blanc ou jaune	
	<input type="checkbox"/> 2 : Ulcérations superficielles	Ulcérations planes (> 5 mm), recouvertes d'un enduit fibrineux	
	<input type="checkbox"/> 3 : Ulcérations profondes	Ulcérations creusantes, à bords surélevés	

Pyélonéphrite aigue

Les recommandations de l'HAS de 2016 rappellent le polymorphisme clinique de cette infection, et l'importance clinique qui en découle.

Des signes évocateurs doivent faire réaliser une bandelette urinaire en première intention, à la forte valeur prédictive négative, permettant de surseoir à l'ECBU plus long et plus coûteux si elle est négative.

Les facteurs de risque de complication sont la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 critères de Fried (cf. page 3). Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

En l'absence de ceux-ci, des hémocultures, ainsi que l'échographie ne s'avèrent pas indispensables.

De même, on se dispensera d'un ECBU de contrôle (27).

Un thème d'actualité

L'endométriose

Pour la première fois en France, en 2016, une campagne de sensibilisation et d'information sur l'endométriose a vu le jour. Initiée par le Dr Chrysoula Zacharopoulou et avec la participation active de la chanteuse Imany et de l'actrice et productrice Julie Gayet, cette campagne est soutenue par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Elle semble efficace puisque de plus en plus de jeunes femmes notamment consultent leur médecin traitant pour aborder le diagnostic, devant la reconnaissance des symptômes. Il s'agit d'un enjeu majeure, car bien que le pronostic vital ne soit pas engagé, l'impact péjoratif sur la qualité de vie, l'infertilité potentielle, et la multiplication souvent des passages aux urgences souvent inutiles, des biologies et examens d'imagerie non adaptés s'avèrent coûteux, éprouvant pour les patientes, et retardent le diagnostic (28).

Le médecin généraliste en première ligne se doit d'être informé sur le sujet, savoir reconnaître une douleur abdominale ou lombaire aigue bien que chronique qui serait compatible, et même dépister l'endométriose.

Citer la recommandation récente à mettre dans biblio :

Prise en charge de l'endométriose. HAS, Décembre 2018

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

Après avoir recherché des signes évocateurs de la pathologie ;

- les dysménorrhées intenses : évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1 ;
- les dyspareunies profondes ;

- les douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale ;
- les signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale ;
- l'infertilité,

on effectuera ensuite un examen gynécologique et une échographique sus-pubienne de première intention.

Si ces derniers révèlent des endométriomes, il faut alors réaliser des examens de seconde intention que sont l'échographie endo-vaginale et l'IRM, apportant des informations complémentaires, mais supérieures pour le second.

D'un point de vue médicamenteux, le traitement de fond première intention et la contraception orale oestro-progestative ou le SIU au lévonorgestrel à 52mg. La crise quand à elle, peut-être soulagée par des AINS, qui doivent rester occasionnels pour éviter les complications digestives et rénales.

La celioscopie est rarement pratiquée à visée seulement diagnostique, une indication thérapeutique est souvent associée.

Les patients migrants

Le nombre de patients migrants séjournant en France dans des conditions socio-économiques et un accès aux soins défavorables, ainsi que parfois une grande précarité, rendent cette population fragile. Il faut d'une part connaître les différences épidémiologiques qui lui est propre, représentée par les pathologies d'importation, communes avec les patients voyageurs, et celles dites d'acquisition, relatives le plus souvent au manque de couverture vaccinale et aux conditions d'hébergements et de vie sur place (37).

Citons le paludisme, à risque d'évolution vers un palustre grave, qui implique la réalisation d'un frottis sanguin goutte épaisse.

La bilharziose et ses conséquences hépatiques et variqueuses œsophagiennes est la seconde parasitose la plus répandue.

Une douleur abdominale aigue, thoracique et osseuses, accompagnée de fièvre, chez un patient d'origine sub-saharienne doit faire évoquer une crise vaso-occlusive drépanocytaire, confirmée par la recherche d'hémoglobine S anormale.

Les hépatites aiguës fulminantes de causes infectieuses, l'ulcère gastro-duodéal à *Helicobacter pylori* positif sont surreprésentés également.

Les barrières linguistiques et culturelles s'y ajoutant en font un enjeu de santé publique, ces patients parfois plus mal diagnostiqués multipliant les passages aux urgences et examens complémentaires (33).

Les cas complexes

Les pathologies extra-digestives

Sur le plan cardiaque, outre les péricardites, myocardites, on pense bien sûr au syndrome coronarien aigu inférieur, typiquement responsable d'une épigastralgie. D'autres signes peuvent être évocateurs tel des sueurs, un teint gris, et les facteurs de risques cardio-vasculaires constituent des *red flags* qui doivent faire réaliser un ECG et éventuellement une cinétique de troponines ultra sensibles en urgences. Mais une fois encore l'expérience du praticien reste prépondérante, car un ECG normal n'élimine pas formellement une coronaropathie, rendant ce diagnostic plus que trompeur.

L'anatomie par son innervation phrénique explique que toute cause pulmonaire est à rechercher devant des signes respiratoires associés.

Abordons au passage le cas particulier de l'embolie pulmonaire chez la femme enceinte : les D-dimères s'avèrent utiles jusqu'au sixième mois, mais le taux croissant de faux positifs au-delà doit faire renoncer à les doser. L'angi scanner pulmonaire s'est perfectionné et est désormais moins irradiant que la scintigraphie, qui plus est moins accessible. Cependant avant d'exposer la mère et le fœtus aux irradiations, on affinera la probabilité diagnostic en complétant l'examen physique, avec la recherche de signes électrocardiographiques, et un doppler des membres inférieurs en quête de thrombose veineuse profonde, bien que peu sensible.

Parmi les causes générales endocriniennes, retenons l'hypercalcémie, responsable d'un tableau abdominal pseudo-chirurgical, causée le plus souvent par des tumeurs osseuses ostéolytiques (poumon, prostate, rein, sein, thyroïde) et l'hyperparathyroïdie.

Des crises douloureuses abdominales aiguës itératives évoquent une porphyrie aiguë intermittente. La constatation d'urines rosées ou rouges après exposition à la lumière est évocatrice de la maladie. Le diagnostic est posé à partir de la mise en évidence de concentrations élevées en PBG et ALA dans les urines et d'une activité PBGD résiduelle de 50 % dans les globules rouges (mais pas toujours retrouvée lors des crises) L'identification d'une mutation causale du gène HMBS permet d'affirmer le diagnostic.

De diagnostic génétique également, la maladie périodique ou fièvre méditerranéenne et les autres syndromes auro-inflammatoires (TRAPS syndrome, syndrome d'hyperIgD...).

Devant une douleur abdominale aiguë accompagnée d'œdèmes, notamment du visage et des extrémités, il faut savoir doser l'inhibiteur de la C1 estérase (C1Inh) en recherchant un déficit quantitatif ou fonctionnel, afin d'affirmer un œdème angio-neurotique héréditaire, dont les crises sont traitées à base de danazol et acide tranexamique.

La femme enceinte

Bien que relevant d'une prise en charge spécialisée, le médecin généraliste est souvent confronté aux douleurs abdominales et lombaires aiguës chez la femme enceinte. Le pronostic vital pouvant être engagé selon les étiologies, tant pour la mère que le fœtus, il convient d'adresser systématiquement la patiente aux centres expérimentés pour faire bénéficier la patiente d'un monitoring materno-fœtal, d'une échographie. Connaître les principales causes (rupture utérine, hématome rétro-placentaire, placenta prævia hémorragique, prééclampsie, éclampsie, grossesse extra-utérine) permet au praticien de d'être alerté devant toute forme non typique d'une pathologie courante, relevant d'une prise en charge ambulatoire telles que la cystite de la femme enceinte, dont l'antibiothérapie ne diffère pas, le reflux gastro-œsophagien gravidique, ou encore les douleurs ligamentaires. Il faut également veiller à ne pas occulter toutes les causes abordées plus haut, nécessitant autant de prise en charge spécialisée.

Psycho somatisation et pathologie psychiatrique

L'anxiété est fréquemment responsable de symptômes physiques amenant le patient à consulter, ce dernier aiguillant plus ou moins spontanément le clinicien sur le potentiel lien de causalité. L'enjeu est ne pas se laisser influencer par le discours du patient qui tendra parfois à minorer ses symptômes de peur d'un diagnostic plus sévère, ni de lui faire subir des examens inutiles. Seul un interrogatoire et examen physique méthodiques éviteront ces écueils, de même que la baisse de vigilance qui peut parfois menacer le praticien habitué à son patient anxieux chronique. Après avoir éliminé une pathologie organique, avec ou sans examen complémentaire, le traitement à la phase aiguë reposera sur le dialogue pour expliquer et rassurer et les anxiolytiques. La prise en charge ultérieure sera envisagée reposant sur les thérapies médicamenteuses et complémentaires avec un suivi psychologique, en l'adaptant aux différents profils de patients et contre-indications éventuelles.

Les pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie ou le trouble délirant chronique, peuvent se compliquer d'une douleur, parfois abdominale ou lombaire, qui nécessite une réelle antalgie (10, 11, 23), de palier I ou supérieur. Le traitement sera bien sûr également étiologique, avec prise en charge psychiatrique.

Médecin généraliste : une place à part

Une thèse de 2015 (réf) issue de la faculté de Rouen ayant pour thème *Prise en charge initiale des douleurs abdominales : différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitaliers*, révèle que les médecins généralistes, face aux douleurs abdominales et lombaires aiguës, prescrivent moins d'examens complémentaires.

Les avantages en sont un moindre coût financier, et moins de iatrogénie.

Les probables causes identifiées pour expliquer cela sont variées : meilleure connaissance du patient et de son contexte socio-économique par le médecin traitant, habitué à composer avec l'incertitude diagnostique, possibilité de reconvoquer le patient à distance, obligation de moyens davantage ressentie par les urgentistes qui en disposent pleinement, et habitude du

médecin généraliste à prendre en charge avec moins de moyens d'investigation et une certaine habitude à composer avec l'incertitude. Enfin il semble que devant un patient aux douleurs aiguës récidivantes, un médecin généraliste soit moins enclin à prescrire d'examen (35).

Outre les avantages que cela procure, il convient de nuancer cette disparité : l'absence de suivi des patients fait qu'il est impossible de comparer l'éventuelle différence d'efficacité entre médecin généraliste et urgentiste.

De même, un biais résulte de l'initiative de certains patients à consulter spontanément aux urgences pour divers motifs : sentiment de gravité, gratuité des soins, horaire de consultation, désir d'examen complémentaires jugés plus accessibles.

Cette thèse a notamment mis en évidence l'importance du vécu de la dernière expérience du patient : si ce dernier a déjà eu recours à son médecin traitant pour une douleur abdominale et lombaire aiguë, et qu'il en a conservé un sentiment de bonne prise en charge, il aura tendance à revenir le consulter en cas de récurrence plutôt que les urgences hospitalières, et inversement.

Zones d'ombres

Biologie

Comme mis en évidence dans l'étude récente de Gans et al. (2), la CRP, couramment utilisée tant en hospitalier qu'en ambulatoire, montre ses limites en terme de sensibilité : en effet même après 48 heures d'évolution clinique, elle pouvait être faible et ne pas discriminer une urgence nécessitant des investigations supplémentaires. Il est important de garder cela à l'esprit lors de son interprétation en cas de valeur nulle ou faible, du délai écoulé entre son prélèvement et le début des symptômes, et enfin la confronter avec les signes physiques et biologiques autres tel que l'hémogramme.

Le dosage de la procalcitonine est indiqué lors de suspicions d'infections bactériennes, parasitaires ou fongiques. En revanche, la concentration en procalcitonine n'est pas augmentée au cours des infections virales ou des pathologies inflammatoires non infectieuses. Il présente donc un intérêt médical (moins de prescription d'antibiotiques inutiles donc moins d'effets secondaires), épidémiologique (moins de résistances) et économique. Cependant, son coût est significatif, supérieur à celui d'une cure d'antibiotique d'une semaine en ambulatoire, et son usage est restreint aux services de réanimation et aux infections respiratoires et aussi en cas d'infections graves (méningite...).

Imagerie

Dans diverses situations de douleurs abdominales le choix entre échographie et scanner peut-être discuté : diverticulite non compliquée éloignée des centres de tomodensitométrie, suspicion faible à modérée d'appendicite aiguë, ou bien absence d'orientation diagnostique. Ainsi bien souvent ce n'est pas ce dernier qui dicte les examens à faire, mais la présence ou non de signes de gravité. Or même si certains sont bien répertoriés (hypovolémie, anémie, abdomen chirurgical) l'expérience du clinicien reste primordiale. Si une échographie est opérateur-dépendante, il en va de même pour le diagnostic d'une défense abdominale, ou encore l'interprétation des symptômes lorsque l'anamnèse est confuse.

Ainsi il est fort probable qu'aucun score ne puisse guider de manière satisfaisante le choix de l'imagerie (27).

Perspectives d'évolutions

Un nouveau professionnel de recours

Au Royaume-Uni, également confronté à la problématique de saturation des urgences, existe un système parallèle mettant en jeu des *Emergency Care Practitioners (ECP)*. Ces derniers sont des professionnels paramédicaux (infirmiers, ambulanciers) suivant une formation spécialisée, et recevant les patients en centres extrahospitaliers. Ils permettent un tri, et une orientation si besoin vers les médecins hospitaliers. En somme la même fonction qu'un médecin généraliste confronté à une douleur abdominale et lombaire aiguë. Si cette thèse met en évidence la complexité d'un tel symptôme, il semble néanmoins que l'expérience s'avère concluante. Cependant je n'ai pas trouvé d'étude ni chiffre permettant de comparaison d'efficacité. On peut s'interroger sur la probabilité d'une telle expérience en France, au vu de la tendance actuelle de délégation d'actes médicaux, celles du médecin généraliste en premier lieu, comme par exemple le texte adopté en commission des Affaires sociales puis finalement rejeté par l'Assemblée nationale, permettant la prescription de certains médicaments par les pharmaciens. La ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn, avait pris pour exemple : «l'intérêt pour les patients de faciliter la délivrance de certains médicaments par les pharmaciens prenant en exemple le cas d'une jeune fille souffrant d'une infection urinaire ». Cela ouvre donc des perspectives, la frontière entre cystite et pyélonéphrite étant parfois ténue.

Le dossier médical partagé (DMP)

Après plus de 18 mois d'expérimentation et le passage du seuil symbolique du million de DMP créés, l'Assurance Maladie généralise en octobre le Dossier Médical Partagé, véritable carnet de santé numérique.

Qu'est-ce que le DMP ?

Le DMP est un dossier médical informatisé proposé aux patients. Chaque personne bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale, majeure ou mineure, peut disposer d'un DMP. Il vise à améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins entre tous les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital ou en Ehpad.

L'accès à ce service en ligne sécurisé est très simple, via le site www.dmp.fr ou un logiciel professionnel, répondant ainsi aux attentes des professionnels de santé. La création d'un DMP n'est possible qu'avec le consentement du patient. Et, en dehors de lui, seuls les professionnels de santé qu'il a autorisés à le faire peuvent le consulter et l'alimenter.

Dès la création de son DMP et à tout moment, le patient peut décider s'il consent ou non à l'ouverture de son DMP en situation d'urgence ; il peut aussi désigner le ou les professionnels de santé qui n'auront pas accès à son DMP dans la rubrique « Gestion du DMP ». Toutes ces décisions sont réversibles.

Voici ce que l'on peut lire sur le site www.ameli.fr de la sécurité sociale. Malgré les restrictions citées plus haut, un tel outil pourrait s'avérer crucial lors de la prise en charge de certains patients, notamment en situation d'urgence. En effet connaître les antécédents du patient, son traitement actuel, ses derniers résultats biologiques, quand le patient pour des raisons de mémoire ou d'incapacité n'est pas en état de les fournir au clinicien, constitue un atout majeur.

L'existence d'une diverticulose, de facteurs de risque cardio-vasculaires, d'un traitement anti-coagulant, influe le choix des examens complémentaires, voire de la thérapeutique.

Néanmoins, s'en remettre à un dossier incomplet car filtré par le patient, ne peut-il pas être source d'erreur par ailleurs ?

L'échographie de contraste

Il s'agit d'une échographie couplée à l'administration (intra-veineuse, intra cavitaire ou orale) de microbulles de gaz quelques micromètres entourées d'un biofilm compatible, qui franchissent la barrière capillaire pulmonaire et sont rapidement éliminées par les voies respiratoires.

Les applications sont encore ciblées et en cours d'étude : oncologie, pédiatrie, hépatologie, mais le potentiel semble très prometteur.

Cette imagerie offre l'avantage de la non irradiation comparé au scanner, une moindre immobilisation, et une toxicité inférieure également.

Conclusion

Cette thèse a étudié les nouvelles recommandations relatives aux douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte, ce qui a permis d'enrichir l'article éponyme paru en 2009, des étiologies supplémentaires parfois incriminées dans ces symptômes.

On pourrait certainement identifier d'autres diagnostics, tant cet item 267 du programme des ECN est vaste et complexe.

Avoir connaissance de toutes ces étiologies face à un patient algique potentiellement en situation d'urgence, sans tomber dans l'excès d'investigation, demande un savoir régulièrement actualisé et de l'expérience. Chaque praticien, n'acquérant celle-ci qu'au fil du temps, devra développer certains réflexes devant toute douleur abdominale ou lombaire aiguë : rechercher les facteurs de risques cardio-vasculaires (syndrome coronarien aigu...), les signes généraux (troubles métaboliques et endocrinopathies...), les pathologies suivant l'origine ethnique ou géographique (anémie hémolytique chronique chez un sujet antillais ou africain et crise vaso-occlusive aiguë drépanocytaire...).

Outre sa richesse médicale, cet item se distingue par sa prise en charge pluridisciplinaire.

Les difficultés expliquant l'incertitude diagnostique dans près de 50% des cas s'expliquent par les limites de l'imagerie notamment échographique pour le radiologue, un patient dont il ignore parfois tous les antécédents pour l'urgentiste, ou l'obligation de s'adapter aux moyens diagnostiques à sa disposition pour le médecin généraliste.

Ce dernier occupe une place centrale, se positionnant en première ligne avec la nécessité de savoir repérer une urgence chirurgicale. Mais aussi en second recours immédiat quand il est consulté le lendemain du passage aux urgences par le patient.

L'enjeu médical rejoint ici l'enjeu de santé publique, puisque le médecin généraliste formé aux douleurs abdominales et lombaires aiguës pourrait restreindre les prescriptions d'actes inutiles, coûteuses, parfois dangereuses, notamment chez les patients aux douleurs aiguës récidivantes, telle que l'endométriose, dont il lui incombe d'évoquer le diagnostic.

La perspective de nouveaux acteurs de santé de première ligne, de la télémédecine, du développement de l'échographie de contraste, rendent cet item dynamique et évolutif.

Une amélioration de la sensibilité de certains examens, on pense au marqueur de l'inflammation courant qu'est la protéine C réactive, serait un progrès intéressant pour discriminer les cas urgents nécessitant des explorations complémentaires des autres.

Enfin, une étude permettant d'identifier a posteriori les diagnostics quand ils sont posés à distance, des 50% de cas non étiquetés, serait certainement très enrichissante dans l'approche diagnostique initiale.

Bibliographie

1. La revue du praticien vol 59. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte, 2009.
2. Powers RD, Guertler AT Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995;13:301.
3. Gans SL, Ateama JJ, Stoker J, Toorenvliet BR, Laurell H, Boormeester MA. C-Reactive Protein and White Blood Cell Count as Triage Test Between Urgent and Nonurgent Conditions in 2961 Patients With Acute Abdominal Pain. *Medicine* 2015;94(9):e569.
4. Fiches pertinence des soins sur le diagnostic et le traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte, mai 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir83/helicobacter_fiche_pertinence_diagnostic.pdf ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir83/helicobacter_fiche_pertinence_traitement.pdf.
5. Prise en charge du reflux gastro-œsophagien. SNFGE – GFNG 2018. https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/cp021-2018zerbib_cp_rgo_revu_2018_plus_qcm_3.pdf
6. Appendicectomie. Éléments décisionnels pour une indication pertinente –HAS 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-13_679.pdf.
7. Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, Rautio T, Nordström P, Aarnio M, et al. Five-Year Follow-up of Antibiotic Therapy for Uncomplicated Acute Appendicitis in the APPAC Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;320(12):1259-65.
8. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique – novembre 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/fs_diverticulite_v5.pdf
9. Thésaurus national de cancérologie digestive - Cancer des voies biliaires - 2014. https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/tncd_chap-8-cancer-voies-biliaires_2014-01-24.pdf

10. ECN Référentiel de psychiatrie – 2015. <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>.
11. Oguzturk H, Ozgur D, Turtay MG, Kayaalp C, Yilmaz S, Dogan M, et al. Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief – a prospective, randomized, placebo controlled double blind study, 2012. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. :6.
12. Société française de gériatrie et gérontologie. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, 2009
http://www.sfmu.org/upload/consensus/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
13. SNFGE, CNFG. Conseils de pratique constipation, 2018.
<https://www.snfge.org/conseils-de-pratique>
14. SNFGE. Prise en charge du Syndrome de l’Intestin Irritable (SII), 2016.
<https://www.snfge.org/content/cp034-prise-en-charge-du-syndrome-de-lintestin-irritable-sii>
15. SNFGE Prise en charge de la nécrose infectée dans la pancréatite grave, 2015.
<https://www.snfge.org/content/cp036-prise-en-charge-de-la-necrose-infectee-au-cours-de-la-pancreatite-aigue-grave>
16. SNFGE. Prise en Charge de la Lithiase Biliaire.
file:///C:/Users/fhran/Desktop/lithiase_biliaire_court.pdf
17. SNFGE. Conduite à tenir lors d’un premier épisode de colite aigue, 2014.
<https://www.snfge.org/content/cp025-conduite-tenir-lors-dun-premier-episode-de-colite-aigue>
18. SFMU, SFAR. Prise en charge des traumatismes pelviens graves à la phase précoce (24 premières heures), 2017. http://www.sfmu.org/upload/consensus/RFE-BASSIN-SFAR-SFMU_2017.pdf
19. SFMU. Procédure de prise en charge des appels pour suspicion de fièvre à virus Ebola, 2014. http://www.sfmu.org/upload/consensus/infections/ppc_ebola_sudf_sfmu.pdf
20. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel J-F, Allez M, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. Journal of Crohn’s and Colitis. déc 2012;6(10):991-1030.

21. Bartoli M, Berny C, Danel V, Delahaye A, Desch G, Guitton J, et al. Recommendations for the prescription, implementation and interpretation of medical examinations in biology in the context of severe poisoning. *Annales de Biologie Clinique*. 2012;8;(4):431–450.
22. Bagou G, Hamel V, Cabrita B, Ceccaldi PF, Comte G, Corbillon-Soubeiran M, et al. Recommandations formalisées d’experts 2010: urgences obstétricales extrahospitalières. *Annales françaises de médecine d’urgence*. mars 2011;1(2):141-55.
23. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d’experts 2010: sédation et analgésie en structure d’urgence (réactualisation de la conférence d’experts de la SFAR de 1999). *Annales françaises de médecine d’urgence*. janv 2011;1(1):57-71.
24. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Tattevin P, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). Pilly. *Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants*. 2017.
25. Jacquin L, Meguerditchian C, Douplat M, Michelet P. Les douleurs abdominales en situation d’urgence : celles qui peuvent tuer.
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_douleurs_abdominales_en_situation_d_urgence_celles_qui_peuvent_tuer.pdf.
26. Lameris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JPM, van Ramshorst B, Bouma WH, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ* 2009;338(jun26 2):b2431-b2431.
27. HAS. Pyélonéphrite aiguë de la femme, 2016. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722914/fr/pyelonephrite-aigue-de-la-femme
28. HAS. Prise en charge de l’endométriose - démarche diagnostique et traitement médical, 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_l_endometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
29. HAS. Principales indications et contre-indications de la radiographie de l’abdomen sans préparation, 2009. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_745656/fr/indications-et-non-indications-de-la-radiographie-de-l-abdomen-sans-preparation

30. HAS. Indications et non-indications des radiographies du bassin et du thorax en cas de traumatismes, 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport_rx_bassin_thorax_traumato.pdf
31. HAS. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme, 2016. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722827/fr/cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme
32. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, on behalf of the expert steering group. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Digestive Surgery*. 2015;32(1):23-31.
33. Exercer. Prise en charge des patients migrants en médecine générale, 2013. <https://www.exercer.fr/numero/105/page/27/pdf/>
34. Abrégé d'hépatogastro-entérologie et chirurgie digestive. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte, 2015. <https://www.snfge.org/content/abrege-dhepato-gastro-enterologie-et-de-chirurgie-digestive>
35. Morel-Maréchal E. Prise en charge initiale des douleurs abdominales : différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitaliers. 29 sept 2015;143.
36. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. avr 2012;42(4):A1-57.
37. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. :66.
38. Kentley J, Ooi JL, Potter J, Tiberi S, O'Shaughnessy T, Langmead L, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Tropical Medicine & International Health*. 1 août 2017;22(8):994-9.
39. Dr Capdevielle, Faculté de médecine Montpellier Nîmes. Troubles psychosomatiques, 2006;13.
40. Cartwright SL, Knudson MP. Diagnostic Imaging of Acute Abdominal Pain in Adults. *Abdominal Imaging*. 2015;91(7):9.

DOULEURS ABDOMINALES ET LOMBAIRES AIGUËS CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

1^{re} PARTIE — CHEZ L'ADULTE

Dr Mathilde Géhin¹, Dr Nicolas Reibel², Pr Jean-Dominique de Korwin¹

1. Service de médecine interne et médecine générale

2. Service de chirurgie générale et urgences, CHU hôpital central, 54035 Nancy Cedex, France

jd.dekorwin@chu-nancy.fr

OBJECTIFS

DIAGNOSTIQUER une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'adulte.

IDENTIFIER les situations d'urgence et **ORGANISER** leur prise en charge.

Les douleurs abdominales et lombaires aiguës sont un motif de consultation assez fréquent en médecine générale et dans les services d'urgence (2 % des consultations). Leur difficulté de prise en charge tient autant à la diversité des pathologies responsables qu'à leur sévérité variable, nécessitant de faire le tri entre les urgences vraies et les urgences ressenties, source d'anxiété pour le patient et son entourage. Le cas type abordé ici est celui de la douleur évoluant depuis moins d'une semaine, sans diagnostic, et qui amène le patient à consulter en urgence.

Physiopathologie

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

Démarche diagnostique

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

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

La démarche clinique doit permettre de répondre à trois questions :

- existe-t-il des signes de gravité vitale ?
- faut-il retenir une indication chirurgicale ?
- quel remède pour le soulagement de la douleur ?

Un tableau grave ou chirurgical nécessite l'hospitalisation immédiate dans un centre adapté en se dotant des moyens nécessaires au soulagement et au transport du patient. En l'absence de signe de gravité et/ou d'urgence chirurgicale, il faut toujours soulager le malade et s'interroger sur l'utilité d'une surveillance simple ou d'une hospitalisation, d'un traitement d'épreuve ou d'examens complémentaires.

Interrogatoire

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

- douleur : unique ou répétée, mode de début, siège et irradiations, type et intensité (à coter), position antalgique... ;
- signes associés : digestifs (transit, vomissements, hématoméso, méléna ou rectorragies), génito-urinaires (leucorrhées, métrorragies, dysurie, brûlures mictionnelles, pollakiurie, hématurie), extra-abdominaux (cardiovasculaires, neurologiques et rhumatologiques)... ;
- circonstances de survenue : activités, repas, voyages, traumatismes physiques ou psychologiques... ;

- antécédents personnels : médicaux (maladies digestives, rénales, cardiovasculaires, métaboliques...), chirurgicaux (abdominaux...), gynéco-obstétriques (grossesses, contraception, dernières règles), médicamenteux (nature et ancienneté : anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], anticoagulants...), habitudes (aliments, addictions), profession ;
- antécédents familiaux : digestifs, néoplasiques, héréditaires...

Examen physique

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

On relève les constantes cliniques, en recherchant des signes de choc éventuels : pression artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire, température (si fièvre $\geq 38,5$ °C : recherche d'infection d'emblée).

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

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

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

Examens complémentaires d'urgence

1. Biologie

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

L'élévation de la lipasémie oriente vers une pancréatite aiguë, plus que l'hyperamylasémie, qui est moins spécifique.

Les transaminases (ALAT) élevées orientent vers une hépatopathie ou une pancréatite biliaire. L'élévation des phosphatases alcalines et/ou de la bilirubinémie peut orienter vers une pathologie biliaire (cholécystite ou angiocholite).



FIGURE 1 Lithiase calcifiée des cavités rénales gauches visible à l'ASP (flèche) (photo : Dr F. Pierucci).

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

Bandelette urinaire et ECBU (en respectant les conditions de recueil des urines) sont pratiqués en cas de suspicion d'infection urinaire.

2. Imagerie

Les clichés d'abdomen sans préparation (ASP) ne sont plus indiqués dans les douleurs abdominales aiguës inexplicables ou justifiant une hospitalisation (suspicion d'urgence chirurgicale), ou en cas de fièvre associée (suspicion d'abcès abdominal), ou de suspicion de perforation, d'appendicite ou de diverticulite sigmoïdienne. Dans ces cas, l'examen de choix est la tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne et, suivant les cas, l'échographie abdominopelvienne ou l'IRM abdominopelvienne chez la femme enceinte.

Les clichés d'ASP restent indiqués : en cas de constipation chez la personne âgée ou en milieu psychiatrique (pas de technique alternative d'imagerie), d'exacerbation aiguë de maladie de Crohn, ou de suspicion de colectasie au cours d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, ou en deuxième intention au cours d'une pyélonéphrite après visualisation d'une dilatation des cavités pyélocalicielles à l'échographie (fig. 1), ou en cas d'ingestion de corps étranger. L'ASP ne doit pas retarder la réalisation d'examens d'imagerie plus utiles au diagnostic étiologique.

L'échographie abdominale a l'inconvénient d'être opérateur-dépendant. Ses principales indications sont la lithiase biliaire et ses complications, des douleurs abdominales chez les patients minces, et surtout chez la femme pour rechercher une pathologie gynécologique en utilisant le cas échéant des sondes endocavitaires. Ainsi, l'échographie est utile pour :



FIGURE 2 Cholécystite aiguë lithiasique à l'échographie. Épaississement pariétal (flèche blanche) et calculs (flèche rouge) de la vésicule biliaire (photo : Pr D. Régent).



FIGURE 4 Calcul du bas uretère gauche visible à l'échographie (+ -+) (photo : Dr F. Pierucci).



FIGURE 3 Dilatation des cavités pyélocalicelles du rein gauche à l'échographie (flèches) (photo : Dr F. Pierucci).

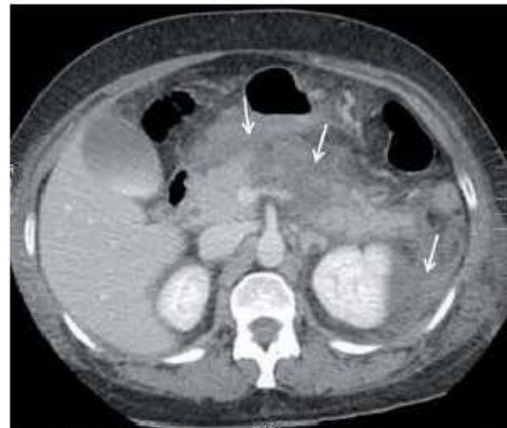


FIGURE 5 Nécrose glandulaire pancréatique avec extension rétropéritonéale et à l'espace pararénel gauche (flèches), à la TDM au cours d'une pancréatite aiguë. (Photo : Dr F. Pierucci).

- 1) affirmer la lithase biliaire et la cholécystite aiguë (fig. 2) ou objectiver une dilatation de la voie biliaire principale ;
- 2) rechercher une urétérohydronéphrose et des signes indirects en cas de colique néphrétique (fig. 3 et 4) ;
- 3) débrouiller le diagnostic des douleurs abdomino-pelviennes chez la femme.

La TDM abdomino-pelvienne, voire thoraco-abdomino-pelvienne, avec si possible injection de produit de contraste iodé (absence de contre-indication, notamment allergie à l'iode et insuffisance rénale sévère), s'est progressivement imposée comme moyen

d'imagerie diagnostique de première intention grâce à sa précision anatomique, à sa rapidité de réalisation, à son efficacité diagnostique dans la plupart des tableaux abdominaux urgents, à l'exception de la pathologie aiguë anxielle gynécologique. C'est aujourd'hui l'examen de choix dans les pancréatites aiguës (fig. 5). L'irradiation et la néphrotoxicité des produits de contraste iodé limitent une application encore plus large chez l'insuffisant rénal, l'enfant, et la femme en âge de procréer, chez lesquels l'IRM abdomino-pelvienne est particulièrement indiquée.

Cas particulier de la personne âgée

Introduction

La présentation de la douleur abdominale peut différer du patient jeune, en raison :

- 1) de symptômes ou de signes trompeurs ;
- 2) des nombreux diagnostics à évoquer chez la personne âgée ;
- 3) de la coexistence fréquente avec d'autres pathologies (comorbidités) aggravant le pronostic ;
- 4) de l'existence de barrières physiques, psychiques et sociales liées au grand âge qui peuvent gêner la prise en charge.

Chez les patients âgés de plus de 75 ans, le tableau clinique classique peut être absent ou survenir plus tardivement avec des symptômes moins marqués ou atypiques. L'examen physique peut être trompeur, faussement rassurant, même en situation d'urgence, comme la fissure d'anévrisme aortique ou l'ischémie mésentérique.

Les changements qui se produisent dans le système biliaire à cause de l'âge rendent les patients âgés plus vulnérables aux infections sur lithiase biliaire (cholécystites aiguës, angiocholites), l'indication chirurgicale la plus courante dans cette population. Chez les patients âgés ayant une appendicite, le diagnostic initial est correct dans seulement la moitié des cas, et les taux de mortalité et morbidité sont plus élevés que ceux du sujet jeune. L'usage des médicaments, les calculs vésiculaires et la consommation d'alcool (souvent négligée chez le patient âgé) augmentent le risque de pancréatite, et l'âge avancé est un indicateur de mauvais pronostic pour cette pathologie. La diverticulose compliquée est aussi une cause fréquente de douleur abdominale chez le patient âgé. Les occlusions intestinales du grêle et du côlon, souvent causées par des adhérences ou des tumeurs, augmentent avec l'âge et requièrent souvent une prise en charge chirurgicale. En outre, de nombreux diagnostics différentiels doivent être considérés.

La morbi-mortalité générale chez les patients âgés présentant une douleur abdominale aiguë est importante, ces patients nécessitant souvent une hospitalisation prolongée et une prise en charge pluridisciplinaire du fait des comorbidités.

Les patients âgés peuvent retarder leur recours aux soins du fait de leur isolement, de leur manque de couverture sociale, des difficultés de déplacement ou de prise en charge de leur conjoint, souvent âgé et malade, et parfois simplement de leur animal de compagnie, ou par peur de l'hôpital ou de la mort. Les problèmes de communication, parfois liés aux maladies préexistantes (démences...), sont aussi un obstacle à une prise en charge optimale.

Pièges potentiels et difficultés diagnostiques

1. Une anamnèse difficile

Elle peut être gênée par des troubles des fonctions supérieures liés à la fièvre ou à une anomalie hydro-électrolytique, une diminution de l'attention liée aux traitements, une démence, des troubles auditifs, une intoxication, la barrière de la langue ou des troubles psychiatriques.

2. Des signes parfois trompeurs

La perception et l'expression de la douleur peuvent être altérées en lien avec l'utilisation chronique de traitements antalgiques, ou l'altération des fonctions supérieures. Il faut se souvenir que la fièvre peut manquer, de même que l'hyperleucocytose, malgré une infection ou un état chirurgical. La probabilité de réponse hypothermique à une pathologie intra-abdominale est quatre fois plus élevée chez la personne âgée. La probabilité de pathologie localisée en cas de tableau chirurgical est plus faible. On observe souvent une diminution des signes de défense et de contracture par la faiblesse de la musculature abdominale. La tachycardie peut manquer en raison de traitement bradycardisant ou d'une pathologie cardiaque.

3. Des diagnostics particuliers

Ils doivent être recherchés systématiquement chez le patient âgé, quand l'orientation n'est pas évidente, en s'appuyant sur la réalisation d'un examen clinique complet et d'examen paracliniques orientés. On évoque la rétention aiguë d'urine, avec ou sans pyélonéphrite, les infections du tractus urinaire, la constipation avec fécalome principalement, la douleur musculaire abdominale, les accidents des anticoagulants (hématomes pariétaux, intestinaux, du psoas, rétropéritonéaux) et les pathologies extra-abdominales : l'infarctus du myocarde (infarctus inférieur), l'embolie pulmonaire, l'insuffisance cardiaque avec foie cardiaque, la pneumopathie ou la pleurésie.

4. Iatrogénie

Chez le patient âgé, souvent polymédiqué, il faut suspecter un problème iatrogénique. Un grand nombre de médicaments d'utilisation courante donnent des douleurs abdominales, des ballonnements digestifs et des nausées. Une enquête minutieuse, auprès du médecin traitant par exemple, pour connaître la liste précise des traitements sera nécessaire, notamment ceux introduits récemment. On recherchera particulièrement la prise de pristinamycine, de metformine, de digoxine ou de tramadol.

Pathologies du tube digestif

Ulcères gastroduodénaux

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

La douleur de l'ulcère perforé est brutale, très intense, en coup de poignard, diffusant progressivement au reste de l'abdomen. Le malade est apyrétique, avec des signes associés évocateurs tels que pâleur, vomissements, hématurie. La défense épigastrique, voire la contracture abdominale complètent le tableau, mais des formes atypiques sont possibles (ulcère duodénal perforé bouché). L'ASP peut montrer le pneumopéritoine, mais la TDM est l'examen le plus utile en cas de doute diagnostique. C'est une urgence chirurgicale, la suture ou l'excision de l'ulcère étant complétée par un traitement antisécrétoire et le cas échéant un traitement d'éradication de *H. pylori*.

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte

POINTS FORTS À RETENIR

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

En cas d'hémorragie digestive, la gastroscopie précise la lésion et permet le cas échéant un geste d'hémostase. Le traitement endoscopique et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à forte dose dans les premières 48 heures ont fortement diminué le recours chirurgical.

Dans tous les cas, la prise en charge à long terme repose sur la recherche et l'éradication de *H. pylori* (polythérapie associant un IPP et au moins deux antibiotiques pendant 7 à 14 jours, suivant les recommandations), l'arrêt du tabagisme et des AINS, le traitement préventif par inhibiteurs de la pompe à protons.

Appendicite aiguë

C'est une urgence chirurgicale. Le tableau typique associe une douleur aiguë évoluant depuis moins de 24 heures, débutant classiquement dans la région épigastrique ou péri-ombilicale, secondairement localisée en fosse iliaque droite. Il s'y associe des nausées, voire des vomissements, une fièvre typiquement entre 37,6 et 38,5 °C. La palpation révèle une défense de la fosse iliaque droite et une douleur à la décompression. Le toucher rectal déclenche une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas. La biologie objective classiquement une polynucléose à l'hémogramme. Les diagnostics différentiels sont nombreux, la clinique souvent incomplète. En cas de doute, l'échographie ou la TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste iodé confirme ou redresse le diagnostic.

Devant une douleur aiguë de la fosse iliaque droite, les éléments qui, lorsqu'ils sont associés, permettent de surséjour à l'appendicectomie sont : l'absence de réaction pariétale à la palpation abdominale, de température ≥ 38 °C et d'hyperleucocytose $> 10\ 000\ \text{mm}^3$. Le traitement est une appendicectomie par voie de Mac Burney ou par voie coelioscopique.

Sigmatoïdite diverticulaire aiguë

Elle résulte de la perforation d'un diverticule en péritoine cloisonné plus souvent qu'en péritoine libre, pouvant se compliquer d'un abcès péricolique, voire d'une péritonite. Des accès douloureux identiques ou des diverticules connus sont évocateurs. La douleur et la défense siègent dans la fosse iliaque gauche. Une constipation ou une fausse diarrhée ont pu précéder la crise, qui peut s'accompagner de rectorragies ou méléna. Des symptômes urinaux peuvent être trompeurs. Un syndrome infectieux clinique et biologique (polynucléose neutrophile) complète le tableau. Cependant, dans l'une des plus importantes séries prospectives sur la diverticulite du côlon gauche incluant 542 patients, seulement 77 % avaient une température supérieure à 37,5 °C et 54 % une leucocytose $> 11\ 000/\text{mm}^3$. Les signes cliniques et biologiques de diverticulite n'ont donc pas une sensibilité et une spécificité suffisantes pour permettre une prise en charge adéquate. Le diagnostic repose principalement sur la TDM.

L'hospitalisation est conseillée, si le patient ne peut pas s'alimenter (mise au repos transitoire du tube digestif), avec glace sur le ventre, antispasmodiques, antalgiques, et antibiothérapie intraveineuse initiale (amoxicilline, acide clavulanique) poursuivie par voie orale pendant 10 jours. Sinon, la prise en charge repose sur l'antibiothérapie par voie orale, le régime alimentaire sans résidu et la surveillance clinique rapprochée. L'évolution est souvent favorable, avec recours à la chirurgie uniquement en cas de complication ou de récurrences, qui sont fréquentes.

Infections intestinales**1. Gastroentérite aiguë**

C'est une cause très fréquente et saisonnière de douleurs abdominales diffuses, parfois vives, habituellement d'origine

virale et d'évolution spontanément favorable. Une fièvre > 38,5 °C et/ou des rectorragies orientent vers une origine bactérienne et le recours à une antibiothérapie. Les formes compliquées peuvent nécessiter une hospitalisation en raison de la déshydratation liée aux vomissements et à la diarrhée et d'un syndrome infectieux sévère. En cas de gravité ou de doute diagnostique est réalisé un examen bactériologique et parasitologique des selles.

2. Iléite aiguë

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

Occlusions intestinales aiguës

L'arrêt du transit est lié à une occlusion mécanique ou fonctionnelle (iléus paralytique d'origine métabolique, pseudo-obstruction colique du syndrome d'Ogilvie...). Le diagnostic repose sur la triade douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et des gaz. La palpation des orifices herniaires est systématique (hernie étranglée), de même que le toucher rectal (fécalome, cancer).

La TDM, mieux que l'ASP qui n'est pas indispensable et ne visualise que les niveaux hydroaériques, permet d'orienter le diagnostic étiologique d'occlusion du côlon ou du grêle, tout en appréciant le degré d'ischémie et de souffrance pariétale. L'expression clinique et radiologique est fonction du siège, de la cause et du mécanisme de l'occlusion :

- bride : douleur rapidement progressive et vomissements abondants, antécédent de chirurgie abdominale et occlusion du grêle à la TDM faisant suspecter l'existence d'une bride ;
- volvulus du grêle : douleur brutale et fixe avec défense en regard du segment volvé, distension du grêle d'amont à la TDM objectivant le volvulus ;
- hernie étranglée : douleur au niveau du collet, non impulsive à la toux et irréductible ;
- lésions inflammatoires (palpation d'anses grêles pathologiques) ;
- coléctasie liée à une infection ou compliquant une maladie inflammatoire du tube digestif, particulièrement une rectocolite hémorragique ;
- tumeur colique, surtout gauche ou sigmoïdienne : douleur progressive, arrêt précoce des matières et des gaz, parfois après alternance de diarrhée et constipation et parfois rectorragies, vomissements peu à peu fécaloïdes, altération de l'état général ;
- fécalome : impaction rectale confirmée par le toucher rectal ;
- obstacle par corps étranger (occlusion du grêle avec signes auscultatoires de lutte de l'intestin d'amont, fragments métalliques à l'ASP ?) ou iléus biliaire par migration d'un calcul vésiculaire obstruant l'iléon terminal (signes d'occlusion avec parfois calcul calcifié et aérobie signant la fistule cholécysto-duodénale).

L'hospitalisation en chirurgie, où seront réalisés conjointement la surveillance et le traitement, est nécessaire. Le traitement est d'abord médical : aspiration gastrique en urgence, qui soulage la douleur liée à la distension et nécessite la compensation des pertes hydroélectrolytiques par perfusions, antalgiques en complément si besoin et, éventuellement, antibiothérapie. On opère sans tarder les occlusions par strangulation (bride, volvulus, invagination), en fonction de la souffrance pariétale, qui peut conduire à la perforation par nécrose ischémique. Les occlusions par obstruction se compliquent de péritonite et d'hypovolémie par création d'un troisième secteur. La levée de l'obstacle est réalisée par voie chirurgicale ou endoscopique (décompression de volvulus sigmoïdien, prothèse colique transtumorale, exsufflation d'une pseudo-obstruction colique).

Troubles fonctionnels intestinaux

C'est une des causes les plus fréquentes. Le contexte est souvent évocateur : dyspepsie chronique (douleur ou gêne épigastrique, satiété précoce, plénitude post-prandiale) et/ou syndrome de l'intestin irritable (sexe féminin, contexte anxiodépressif, antécédents de crises douloureuses similaires, soulagement par la défécation, modification de la fréquence ou de la consistance des selles). Le diagnostic est conforté par l'état général conservé, des explorations digestives précédemment négatives, l'absence de signes d'alarme cliniques, malgré l'intensité parfois forte de la douleur, souvent exacerbée par la palpation abdominale. La normalité des explorations complémentaires éventuelles oriente vers les troubles fonctionnels intestinaux, dont la prise en charge reste difficile à long terme.

Pathologies hépatobiliaires

Colique hépatique

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

Cholécystite aiguë

La lithiase vésiculaire est souvent en cause, suivie des cancers des voies biliaires et des cholécystites alithiasiques (maladies inflammatoires systémiques...). Une colique hépatique peut la précéder. La douleur est persistante avec fièvre, défense de l'hypochondre droit et inhibition de l'inspiration à la palpation (signe de Murphy). Le syndrome infectieux biologique est constant, alors que le bilan hépatique sanguin (phosphatases alcalines, bilirubine) est rarement ou peu perturbé. L'échographie est essentielle, montrant un épaississement de la paroi vésiculaire et la présence de calcul(s) (fig. 2), sans dilatation de la voie biliaire

principale. Les complications sont la péritonite et le choc septique (gangrène). L'hospitalisation est requise pour surveillance chirurgicale, à jeun, avec glace sur le ventre et perfusions d'analgiques et d'antibiotiques (céphalosporine de troisième génération et imidazolé). L'évolution est favorable en quelques jours. En cas de lithiase, la cholécystectomie par voie coelioscopique est réalisée soit en urgence soit secondairement, associée à une cholangiographie peropératoire.

Angiocholite

L'angiocholite est secondaire à l'infection de la voie biliaire principale, souvent suite au blocage d'un calcul ayant migré depuis la vésicule biliaire. La triade chronologique est caractéristique : douleur, fièvre et ictère rétinentionnel. Il existe un syndrome biologique infectieux et rétentionnel biliaire (augmentation des marqueurs de la cholestase : phosphatases alcalines, 5-nucléotidase, gamma GT et bilirubine conjuguée). Le risque de choc septique impose l'hospitalisation en urgence, l'antibiothérapie intraveineuse (idem cholécystite aiguë), la surveillance stricte des paramètres cliniques et biologiques et la décompression de la voie biliaire principale avec évacuation des calculs par sphinctérotomie endoscopique. La cholécystectomie est réalisée secondairement chez les patients opérables, afin de prévenir les risques de récurrence par migration lithiasique et de cholécystite aiguë lithiasique.

Hépatopathies

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

Les tumeurs hépatiques, notamment les métastases, sont parfois révélées par des hépatalgies ou des douleurs de l'hypochondre droit (hépatomégalie tumorale). L'échographie ou la TDM sont démonstratifs et la ponction guidée précise l'anatomopathologie.

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

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

Pathologies pancréatiques

Pancréatites aiguës

Le diagnostic est évoqué devant une violente douleur épigastrique transfixante, calmée par la flexion du tronc, une élévation franche de la lipasémie (supérieure à 3 fois la valeur normale) et l'imagerie caractéristique à la TDM. Deux causes dominent : la

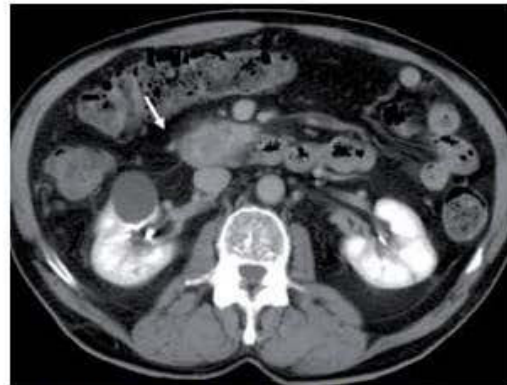


FIGURE 6 Cancer du pancréas (flèche blanche) et kyste rénal droit de découverte fortuite (flèche noire) à la TDM abdominale (photo : Pr D. Régent).

migration d'une lithiase biliaire et l'alcoolisation. L'examen clinique est pauvre, contrastant avec l'intensité de la douleur et la gravité des signes généraux (marbrures, polypnée, pouls filant, hypotension artérielle). La TDM (fig. 5), idéalement réalisée au bout de 48 heures, est la plus performante pour le diagnostic et le pronostic (critères de Balthazar).

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

Tumeurs pancréatiques

L'adénocarcinome pancréatique (fig. 6) peut se révéler par des épigastalgies à irradiation postérieure intenses et persistantes, liées à l'envahissement des plexus nerveux de voisinage. Les kystes pancréatiques bénins ou à potentiel malin peuvent se compliquer de douleurs, de même que les tumeurs intracanales papillaires et mucineuses.

Affections vasculaires

Ischémie intestinale aiguë

On distingue l'ischémie artérielle mésentérique de la thrombose veineuse mésentérique dont les traitements sont différents.

1. Ischémie artérielle

On distingue deux phases successives.

Le syndrome d'ischémie aiguë mésentérique (SIAM) doit être évoqué chez tout patient à risque élevé de pathologie artérielle thrombotique ou emboligène (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, cardiopathie emboligène...), présentant une violente

douleur abdominale discordante avec la pauvreté de l'examen clinique. La douleur est souvent péri-ombilicale, avec vomissements, parfois émission de selles en rapport avec des mécanismes réflexes responsables d'un hyperpéristaltisme. Si le diagnostic est retardé, l'évolution se fait vers l'infarctus mésentérique.

L'infarctus mésentérique : en plus de la douleur, on retrouve un ventre péritonéal, avec souvent une défense abdominale, un abdomen météorisé ou non, et un silence auscultatoire. Le

patient est prostré. L'état de choc est quasi constant. Sur le plan biologique, on observe une acidose métabolique, avec élévation des lactates. Les examens d'imagerie standard tels que l'ASP sont inutiles, car ils ne permettent pas de confirmer le diagnostic en dehors d'une très exceptionnelle pneumatose intestinale ou aéroportie (présence de gaz dans la veine porte) qui sont des stades ultimes d'ischémie. L'échographie abdominale couplée au Doppler peut confirmer le diagnostic mais est insuffisante pour l'exploration de la paroi digestive.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Les questions devraient porter sur :

- 1) l'orientation diagnostique, en se souvenant bien de l'importance du contexte et en prescrivant des examens complémentaires adaptés ;
- 2) les signes de gravité, à ne pas manquer à l'examen physique, et la prise en charge des urgences vitales ;
- 3) le soulagement symptomatique immédiat et la place de la surveillance médicale ou chirurgicale ;
- 4) le traitement étiologique en hiérarchisant les moyens notamment médicaux et chirurgicaux ;
- 5) la prise en charge à distance.

L'essentiel de la conduite à tenir est d'éliminer les urgences vraies (signes d'alarme à rechercher en collant au contexte plus qu'au systématique) nécessitant une prise en charge spécifique immédiate, en particulier celles qui imposent une intervention chirurgicale ou une hospitalisation et des examens complémentaires en urgence.

Le choix rationnel des examens complémentaires est important, en se souvenant des examens clés pour chaque pathologie et de l'intérêt majeur de la TDM abdomino-pelvienne en urgence. Lors du bilan à distance de l'épisode aigu, le bon choix des examens repose sur la génération d'hypothèses fondées sur une démarche clinique rigoureuse (causes rares...).

La question de la douleur abdominale et lombaire aiguë relève principalement de l'hépatogastro-entérologie, de la chirurgie digestive, de la rhumatologie, de la gynécologie et de l'urologie. Il faudra penser à évoquer les pathologies médicales générales (métaboliques, endocriniennes, inflammatoires...) dans les cas difficiles et bien sûr en fonction du contexte et des « petits » signes évocateurs.

Modèle de cas clinique

Un homme de 40 ans, travaillant dans le bâtiment, se présente avec des douleurs abdominales aiguës épigastriques transfixantes. Il est amené aux urgences par le Samu.

L'inspection montre un patient allongé, pâle, parlant difficilement.

Il est fumeur chronique (25 paquets-années) et déclare avoir majoré récemment sa consommation d'alcool en raison de soucis familiaux et professionnels.

Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors de céphalées assez fréquentes.

QUESTION N° 1

Quels sont les mécanismes possibles de la douleur chez ce patient ?

QUESTION N° 2

Quels sont les éléments cliniques diagnostiques ou pronostiques à rechercher ?

QUESTION N° 3

Quels diagnostics évoquer d'emblée en précisant les éléments d'orientation ?

QUESTION N° 4

Préciser les examens paracliniques utiles en les hiérarchisant et en les justifiant.

QUESTION N° 5

Quelle est votre prise en charge immédiate ?

QUESTION N° 6

En l'absence de confirmation des hypothèses initiales, quelle démarche proposer ?

QUESTION N° 7

Dans ce contexte, quelle prise en charge générale et à long terme ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur www.larevuedupraticien.fr onglet Références Universitaires

OK

L'artériographie coélimésentérique peut trouver sa place éventuellement au stade d'ischémie mésentérique en vue d'une thrombolyse endovasculaire qui doit être réalisée dans un délai de 8 heures suivant le début du syndrome clinique.

La TDM abdominale avec injection de produit de contraste iodé permet rapidement de confirmer le diagnostic, de déterminer la gravité et l'étendue des lésions. L'intervention chirurgicale consistera en une résection des zones nécrosées ou en un geste de revascularisation si le patient est opéré au stade d'ischémie mésentérique, ce qui est rarement le cas.

2. Thrombose veineuse mésentérique

L'interrogatoire recherche des antécédents de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, de thrombophilie constitutionnelle (déficit congénital en inhibiteurs physiologiques de la coagulation) ou acquise, de syndrome myéloprolifératif, d'hypertension portale, la période de post-partum, la prise de contraceptifs oraux, la présence de foyer infectieux intra-abdominal.

La douleur est péri-ombilicale, importante, discordante avec la pauvreté clinique. On peut retrouver de la fièvre, une diarrhée, des vomissements, parfois un méléna. Les signes biologiques sont aspécifiques. La TDM abdominale avec injection de produit de contraste iodé confirme le diagnostic et permet de déterminer l'importance et la gravité des lésions. Cet examen est également utile à la surveillance pour rechercher des signes de gravité, notamment un amincissement de la paroi intestinale ou un pneumopéritoine. Le traitement est médical (anticoagulants). La chirurgie peut s'imposer en cas de complications (amincissement pariétal, perforation).

Colite ischémique

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

Anévrisme aortique fissuré

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

Hématome du psoas

Apanage du sujet âgé et complication des traitements anticoagulants, il peut survenir de façon spontanée (surdosage) ou après une chute. Il entraîne une douleur lombaire aiguë à irradiation

basse et parfois abdominale antérieure. Le psoitis est révélateur. L'échographie et la TDM confirment le diagnostic. L'attitude est habituellement attentiste, sous surveillance chirurgicale stricte en service de réanimation : transfusions sanguines, antalgiques et correction adaptée des troubles de l'homéostasie sanguine (surdosage en antivitamine-K, traitement par héparines de bas poids moléculaire ou par inhibiteurs de la thrombine, thrombopénie à l'héparine).

Vascularites systémiques et connectivités

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

Les connectivités peuvent s'accompagner de manifestations douloureuses abdominales ou lombaires, de mécanismes variés (inflammations, lésions vasculaires, adénopathies...), en particulier le lupus érythémateux aigu disséminé (vascularite digestive...), avec ou sans syndrome des antiphospholipides et la sclérodémie (pseudo-occlusion intestinale...).

Pathologies urologiques

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

Colique néphrétique

La douleur est lombaire, unilatérale, brutale, intense, anxiogène et invalidante, sans position antalgique, à irradiation descendante. Elle résulte de la mise en pression brusquée des cavités excrétrices du rein par un obstacle sous-jacent, habituellement un calcul urétéral. Les antécédents similaires sont évocateurs. L'échographie peut montrer une discrète asymétrie des cavités excrétrices rénales, voire l'obstacle lithiasique avec dilatation d'amont (fig. 3 et 4). L'uroscanner complète le bilan et localise, si besoin est, le calcul.

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

Pyélonéphrite aiguë

Elle est évoquée devant une douleur lombaire, le plus souvent unilatérale, associée à une fièvre supérieure à 38 °C avec frissons. Les signes urinaires sont inconstants : pollakiuria, brûlures

mictionnelles... La recherche de leucocytes et nitrites à la bandelette urinaire ne dispense pas de la réalisation de l'ECBU pour confirmer l'infection, isoler la bactérie et réaliser l'antibiogramme. Les hémocultures peuvent être utiles pour isoler la bactérie, mais leur positivité n'est pas un signe de gravité ni de mauvais pronostic. L'échographie rénale élimine une dilatation des voies excrétrices supérieures dont la présence nécessite une dérivation des urines par sonde urétérale ou néphrostomie. En cas de doute, la TDM avec injection est utile.

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

Pathologies gynécologiques

Grossesse extra-utérine (GEU)

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

Torsion du kyste ovarien

La douleur pelvienne est brutale, intense, voire syncopale, unilatérale, irradiant vers les lombes. Le toucher vaginal révèle une masse latéro-utérine, douloureuse. La négativité des bêta-HCG et la visualisation du kyste ovarien à l'échographie élimine la GEU et confirme le diagnostic. La torsion aiguë est une urgence chirurgicale.

Salpingite aiguë

Les formes cliniques sont bruyantes ou fréquemment insidieuses. Les séquelles tubaires sont sources de stérilité et de GEU. Sont évocateurs chez une femme en âge de procréer les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, de salpingite, de geste endo-utérins récents. La douleur pelvienne est diffuse, associée à des leucorrhées et à un état fébrile. L'échographie peut être contributive. La coelioscopie permet le diagnostic positif et bactériologique. L'antibiothérapie associe amoxicilline-acide clavulanique (15 jours) et minocycline (infection à *Chlamydia* ?) pendant 21 jours, sans oublier les mesures préventives et le traitement des partenaires.

Endométriose

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

Traumatismes abdominaux et lombaires

On distingue les traumatismes ouverts (plaie de l'abdomen) des traumatismes fermés (contusion de l'abdomen). Dans tous les cas, il faut garder à l'esprit la possibilité de traumatismes associés des régions anatomiques voisines (thorax, rétropéritoine, pelvis).

Plaie de l'abdomen

Le but de la prise en charge de ces blessés est de ne pas méconnaître une plaie d'organe intra-abdominal (plaie perforante) aux conséquences graves (hémorragie, péritonite). En fonction du type de plaie (arme à feu, arme blanche ou assimilée), de la localisation de la plaie (paroi abdominale antérieure, postérieure, ou transfixiante...), et de l'état clinique du blessé, les attitudes de prise en charge varient de la laparotomie en urgence à la surveillance clinique, biologique et radiologique (TDM) en passant par l'exploration sous anesthésie locale, ou la coelioscopie exploratrice.

Contusion de l'abdomen

C'est l'état hémodynamique du blessé qui détermine sa prise en charge. En cas d'instabilité hémodynamique, après examen clinique, voire une échographie rapide à la recherche d'épanchement intra-abdominal, la laparotomie s'impose sans délai. À l'inverse, si le blessé est stable sur le plan hémodynamique, il convient de rechercher des lésions viscérales par une TDM, le plus souvent thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste iodé pour éliminer des lésions d'organe plein (foie, rate), dont le traitement peut être chirurgical ou non, des lésions d'organe creux à l'origine de péritonite dont le traitement est toujours chirurgical, des lésions musculo-aponévrotiques à l'origine de hernie post-traumatique dont le traitement chirurgical peut être différé.

En cas de lésion d'organe plein non opératoire, une surveillance clinico-biologique en milieu chirurgical s'impose.

Pathologies rhumatologiques

Lumbago

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

Tassement vertébral

L'origine ostéoporotique est évoquée chez la femme âgée devant une douleur lombaire brutale, spontanée ou après une chute, avec souffrance élective à l'examen de la colonne lombaire. Les

radiographies objectivent le tassement cunéiforme du corps vertébral, traités par le repos en décubitus dorsal avec kinésithérapie adaptée, les antalgiques et le traitement de l'ostéoporose. Un tassement vertébral peut avoir une autre origine (métastase...).

Spondylodiscite

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

Pathologies neurologiques

- Sont en cause et évoquées sur les données cliniques :
- les souffrances radiculaires avec irradiation douloureuse en hémicinture (lésions rachidiennes, zona avec éruption évocatrice...);
 - la cellulite réflexe unilatérale des hypochondres ou des flancs (manœuvre du pincer-rouler) du dérangement intervertébral mineur;
 - les affections rares : épilepsie, migraine abdominale et tabès (syphillis tertiaire).

Pathologies générales

Des douleurs abdominales diffuses peuvent révéler une hypercalcémie ou une hypokaliémie, des endocrinopathies (diabète, insuffisance surrénale, dysthyroïdies...) dans un tableau parfois pseudo-chirurgical (intérêt des dosages : glycémie, cortisolémie, TSH...). Les porphyries aiguës donnent des douleurs souvent intenses et trompeuses qui orientent en cas de répétition, de médicaments déclenchants, de signes neuropsychiatriques ou cutanés. Les urines fonçant à la lumière évoquent le diagnostic confirmé par le dosage des précurseurs dans les laboratoires de référence.

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

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

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

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

■ **À SAVOIR** : Chez l'enfant.

RÉFÉRENCES

1. HAS. Avis sur l'acte : principales indications et « non-indications » de la radiographie de l'abdomen sans préparation, 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-02/avis_rx_ssp.pdf
2. Coffin B. Le syndrome de l'intestin irritable : diagnostic chez l'adulte. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(Suppl 1):S9-16.
3. AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte, 2008. <http://www.afssaps.fr/content/download/6262/65655/versions/1/file/reco-antibiotherapie-infections-urinaires-adulte.pdf>
4. AFSSAPS. Recommandations sur le bon usage des antisécroïdés gastriques, 2007. <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/htp/antisecroide-gastrique-reco.pdf>
5. de Korwin JD. Mise au point *Helicobacter pylori*. *Cahier FMC. Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:1110-7.
6. HAS. Recommandations : complications de la diverticulose colique, 2006. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_684792/complications-de-la-diverticulose-colique
7. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician* 2006;74:1537-44.
8. Rambaud JC. *Traité de gastro-entérologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences éd., 2^e édition, 2005.
9. Bouillot JL, Bresler L. Abdomens aigus : prise en charge diagnostique, rapport présenté au 10^e congrès français de chirurgie. Paris, 7-9 octobre 2004. Monographie de l'Association française de chirurgie, Arnette.
10. Coffin B, Sabaté JM, Jouët P. Les douleurs abdominales rebelles. <http://www.snfge.org/01-Bibliothèque/01-Seminaire/PDF/2005/2005-mod2-6.pdf>
11. Ducrotte P. Douleurs abdominales d'origine métabolique ou génétique. *Hépatogastroentérologie* 2005;12:42-7.
12. Godeau P, Herson S, Piette JC. *Traité de médecine*, Paris : Flammarion Médecine-Sciences éd., 4^e édition, 2004.
13. Société nationale française de gastroentérologie. Conférence de consensus : pancréatite aiguë. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25: suppl. n° 1.
14. SNFGE. Recommandations de pratique clinique : appendicite, 2001. <http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliothèque/00-Pratiques-cliniques/RPC-appendicite.htm>
15. Société française d'anesthésie et de réanimation. Conférence de consensus : prise en charge des péritonites communautaires, 2000. <http://www.asnes.fr>
16. Société francophone d'urgences médicales. Conférence de consensus : prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgence, 1999. <http://www.asnes.fr>
17. SNFGE. Urgence : angiocholite et cholangite (infection des voies biliaires), 1999. http://www.snfge.asso.fr/02-Connaître-maladie/01-urgences/faq/urgences_angiocholite.pdf

VU

NANCY, le **15 novembre 2018**

Le Président de Thèse

Professeur J.D. de KORWIN

NANCY, le **19 novembre 2018**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10558

NANCY, le **26 novembre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les douleurs abdominales et lombaires aiguës représentent un symptôme fréquent, de causes variées, bénignes, chirurgicales ou extra-digestives, auquel le médecin généraliste comme l'urgentiste sont confrontés.

L'enjeu vital, le choix adapté des examens complémentaires, et l'incertitude diagnostique dans près de 50% des cas en font un symptôme qu'il convient d'aborder de manière exhaustive et à la lumière des dernières recommandations.

C'est de ce constat qu'est né la volonté de remettre à jour l'article du Pr de Korwin paru dans la revue du praticien en 2009.

Les recommandations officielles sont facilement accessibles depuis les sites de la Haute Autorité de Santé, de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie ou encore de la Société Française de Médecine d'Urgence. Une exploration de PubMed permet de trouver des études sur la fiabilité des tests biologiques et d'imagerie, afin de mettre en évidence les limites de sensibilité de la Protéine C Réactive ou de l'échographie abdominale devant une suspicion d'appendicite par exemple.

D'un point de vue thérapeutique il serait réducteur de qualifier de *moins invasive* la tendance globale des recommandations, mais plusieurs d'entre elles vont dans ce sens. Il en est le cas de la diverticulite non compliquée ne nécessitant pas d'antibiothérapie, ou de la pyélonéphrite aiguë n'impliquant pas d'ECBU de contrôle, ou encore une attitude de plus en plus conservatrice dans la prise en charge des appendicites aiguës.

Les évolutions de santé publique avec le dossier médical partagé, le développement de l'échographie de contraste, sont autant de perspectives d'évolution de prise en charge des douleurs abdominales et lombaires aiguës.

TITRE EN ANGLAIS : Acute abdominal and lombar pain in adults. Update of an article by La Revue du Praticien (University References, ECN Training item 267)

MOTS CLEFS : Douleur abdominale aiguë, douleur lombaire aiguë, adulte

THÈSE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2018

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
