

# LA DOULEUR ABDOMINALE AIGUE

## LE POINT DE VUE DE L'URGENTISTE

# DOULEURS ABDOMINALES AIGUES AUX URGENCES

douleurs spontanées, se projetant sur l'abdomen et évoluant depuis moins de 7 jours (Flament Y, MASSON 1991)

Tableau clinique fréquent: 5 à 10% des urgences  
(7% pour les urgences de « Roubaix-Wattrelos »; 6000 entrées/an; 16/jour)

Bénignes à sévères, engageant parfois le pronostic vital

Difficulté pour l'urgentiste: le TRI.....

# EPIDEMIOLOGIE

- 4 à 8 % des passages aux urgences (SFMU).
- 2<sup>nd</sup> motif de recours aux urgences (oru-mip 2001).
- 1<sup>er</sup> motif d'hospitalisation à partir des urgences (30% des douleurs abdominales sont hospitalisées , Linda F 2003; 75% pour les patients de plus de 65 ans (SFMU 2001))
- 35% sortent sans diagnostic (D.A.N.S., colopathie fonctionnelle et dyspepsie) .
- 90% dues à 10 affections.

Les 10...	%
D.A.N.S.	35%
COLIQUE NEPHRETIQUE	11%
OCCLUSION	10%
APPENDICITE	8%
CHOLECYSTITE	7,5%
GYNECOLOGIE (salpyngite, GEU, kyste)	6%
PANCREATITE	4%
DIVERTICULITE	4%
ULCERE PERFORE	2%
CANCER	2%

# SEXE ET AGE DU PATIENT

- Prévalence des affections en fonction du sexe:



: CN, UGD, Pancréatite, Anévrisme



: Cholécystite, Infection urinaire, Hernie

- Prévalence des affections en fonction de l'âge:

< 50 ans: appendicite (pic entre 7 et 12 ans)

> 50 ans: Cholécystite et Occlusion

> 70 ans: Hernie, infarctus du myocarde, rupture d'anévrisme aortique, ischémie intestinale, cancer.

( Dombal FT . 1994)

# MISSION DE L'URGENTISTE

## « faire le tri... »

- Rechercher des critères de gravité généraux ou locaux
  - Éviter une perte de chance
  
- Rechercher un diagnostic vraisemblable
  - Définir les critères de recours au chirurgien

# LES MOYENS

- L' IOA
- Anamnèse policière et examen clinique minutieux
- Paraclinique (biologie et radiographie)
- Le chirurgien « l' homme qui sait opérer » ; la question n' est pas « dois je l' appeler? » mais « quand faut il l' appeler ?»



# Infirmière Organisatrice de l' Accueil

- Experte du tri avec recherche des critères de gravité (évaluer et prioriser (outils et procédures spécifiques))
- Variables (constantes).  
CSE, TA, Pouls, Fréquence respiratoire, SaO<sub>2</sub>, T° , EVA, Dextro....
- HEMOCUE, BU, BLADDERSCAN, ECG



# La clinique

- NOS 5 SENS (J.CL. DEBONGNIE Louvain)
  - « Goût et odorat »
  - La vue: approche globale et évaluation rapide de l'état hémodynamique (patient éveillé, rose, et sec... et souriant)
  - L'oreille: **anamnèse** (analyse du terrain) c'est la boussole de l'urgentiste qui lui indique dans près de 80% des cas la bonne orientation diagnostique.
  - Le toucher: percussion, palpation et touchers pelviens (Examen clinique minutieux et analyse de la douleur)

# Anamnèse ( oreille )

- Lettre du médecin traitant

1/4 difficilement lisibles. Contenu informatif varie en fonction du motif d' admission, et de l' âge du patient.

(Mias-Vérin 2007, Ariège)

- Entourage.
- Antécédents (vasculaires (FDRCV), comorbidité métabolique, sphère digestive).
- tabac, alcool.
- Traitements (mine d' informations)
- Age.

# L'âge

va déterminer deux populations à risque

- Personne âgée (> à 65 ans):  
Patient peu compliant, non communiquant, troubles cognitifs,  
Patient à haut risque vasculaire  
Augmentation du seuil nociceptif (controverse)  
Diminution des signes péritonéaux (péritonite asthénique)  
(diminution de 30% de notre performance diagnostique)  
(>85ans dcX70/ adulte jeune)
  
- Femme en âge de procréer :  
GEU  
ou si grossesse:  
Sémiologie difficile  
Moins d'accès à la paraclinique (radiologie)

# Clinique (toucher)

- Analyse de la douleur:
  - caractère de la douleur
  - évolution dans le temps
  - facteur modifiant la douleur
  - siège (les 9 cadrans)
- Recherche des signes associés (hémorragies extériorisées, vomissements, modification du transit, fièvre, frissons, éruption, toux...)

# La douleur

- Bases théoriques:
  - « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle » (IASP)
- Seuil de perception de la douleur varie avec l'âge, l'anxiété et l'état général
- Deux innervations sensibles étroitement intriquées:
  - Passant par le SNC pour le péritoine pariétal
  - Passant par le SNA pour le péritoine viscéral.

## Mode d'installation de la douleur

- brutale, d'emblée maximale, arrêt des activités:
  - perforation/ embolie/ rupture
- début progressif à maximal en quelques heures:
  - obstacle/ ischémie/ torsion
- douleur augmentant progressivement et supportable:
  - inflammation/ occlusion/tumeur

## Type et intensité de la douleur

Difficile à faire définir.

EVA.

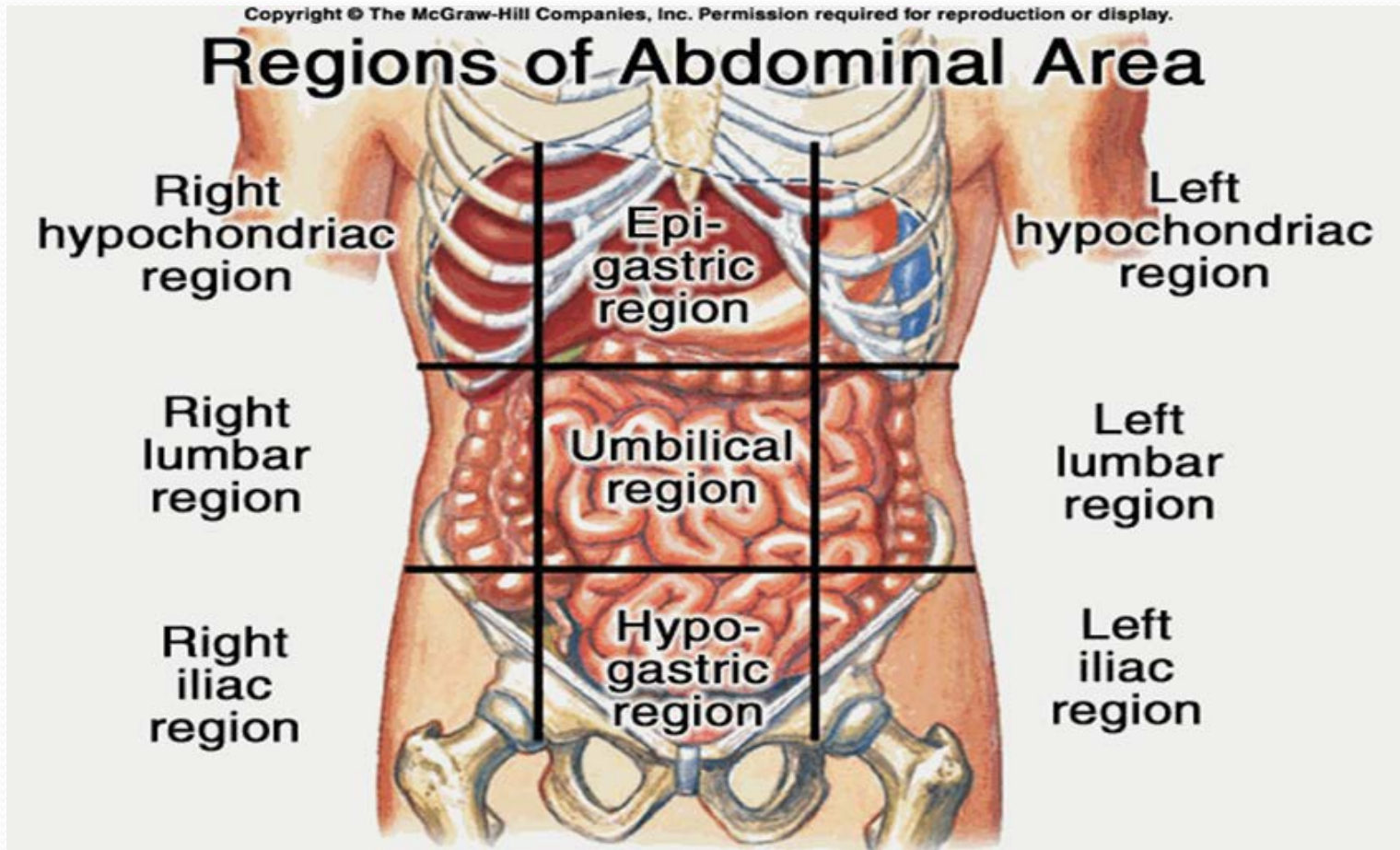
# Douleurs projetées

- Vers épaule droite: foie et voies biliaires
- Postérieures: rétro péritoine, pancréas,...
- Vers épaule gauche: irritation péritonéale, rate, inflammation sous phrénique
- Vers les OGE: voie urinaire

## Evolution dans le temps de la douleur

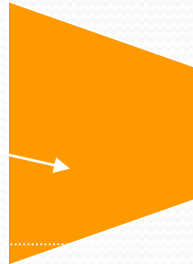
- Douleurs intermittentes, de durée variable et supportables:
  - Inflammation
- douleurs permanentes intenses:
  - ischémie, distension viscérale
- paroxysmes douloureux (caractère cramptiforme):
  - Obstacle
- Facteurs déclenchants ou apaisants :
  - inflammation

# Le siège de la douleur





Hypocondre  
droit



Foie et vésicule

Colique hépatique

Cholécystite

Foie cardiaque

Péri hépatite à Chlamydia

Côlon

Appendicite rétrocaecale

Diverticulite côlon droit

Obstacle en aval

Poumons et plèvre

Pneumopathie, Patho pleurale

Rein-voies urinaires

Colique néphrétique

Pyélonéphrite

Infarctus rénal

Flanc/Fosse  
iliaque droite



## Digestif

Appendicite

Iléite terminale

Diverticulite

Tumeur caecale

## Rein-voies urinaires

Colique néphrétique

pyelonephrite

## Gynéco

G.E.U.

Pyosalpinx

Torsion ovarienne

Hémorragie corps jaune

conflit discoradiculaire

Syndrome de la jonction  
dorsolombaire

Pancréas

Pancréatite caudale

Tumeur

Côlon

Diverticulite sigmoïdienne

Rein-voies urinaires

Rate

Infarctus splénique

Abcès

Poumons et plèvre

Pneumopathie

Pathologie pleurale



Hypocondre  
gauche

Côlon

Diverticulite sigmoïdienne

Colite ischémique

Rein-voies urinaires

Colique néphrétique  
pyélonéphrite

Gynéco

GEU

Conflit discoradiculaire



Flanc,  
Fosse  
iliaque  
gauche

# Epigastrique



Tube digestif

Ulcère G ou D

Pancréatite

Migration lithiasique - Cholécystite

Cœur-vaisseaux

Infarctus -Péricardite- Dissection aortique-  
infarctus mésentérique

Pariétale-Costale (Tietze, Cyriax)

Autres : angoisse (diagnostic élimination)

## Digestif

Pancréatite

Appendicite,  
Sigmoidite

Douleurs coliques

Cœur-vaisseaux

Rupture anévrisme

Infarctus  
mésentérique

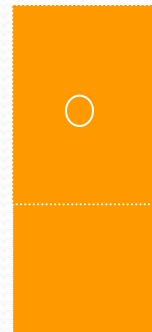
Gynéco

GEU

Voies urinaires

Globe vésical

Torsion testiculaire  
prostate



(périombilicale  
et  
hypogastrique)

Endocrino: insuffisance surrénalienne aiguë

Hémato: hémolyse, crise drépanocytaire

Divers: virose, maladie périodique

# Apport de la biologie

- Attention: le recours à la biologie double le temps de prise en charge des malades aux urgences (Rousset et Chavreuil, 1995).
- Ne demander que les examens avec retour de résultats rapides:
  - Tests dits généraux peu spécifiques mais très sensibles (aide à l'évaluation de la gravité):  
NFS, CRP, (PCT), IONO (ca<sup>++</sup>, Na<sup>+</sup>, glycémie), UREE, CREATININE, TP, TCA
  - Tests spécifiques (évaluant la souffrance d'un organe ou le retentissement d'un événement sur le parenchyme):  
TGO, TGP, bilirubine, Gamma GT, lipase, TROPONINE, BétaHCG...
  - Tests si détresse vitale: GDS, LACTATES, LDH...

## Séminaire S.F.M.U. 2001

### Intérêt de la biologie dans la démarche diagnostique des douleurs abdominales non traumatiques

Hypothèses	Tests disponibles	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Pancréatite (6-8)	Lipasémie (3*N)	100%	99%	98%	100%
	Amylasémie (3*N)	72%	94%	89%	84%
	Trypsinogène 2 (BU)	94%	95%	69%	99%
Gastro-entérite (9)	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Appendicite (10-12)	Numération leucocytaire	42-83%	21-96%	33-98%	29-72%
	Protéine C réactive	40-87%	27-82%	87-85%	58-100%
Colique néphrétique	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Pyélonéphrite	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Anévrisme aortique	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Occlusion intestinale	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Diverticulite	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Ischémie mésentérique	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Pathologie vésiculaire	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Salpingite	Aucun test biologique n'a démontré son utilité				
Grossesse (intra ou extra utérine) (5)	Dosage (urinaire ou sanguin) des $\beta$ HCG systématique pour toute femme en âge de procréer avec une douleur non traumatique sous ombilicale				

VPP = valeur prédictive positive; VPN = valeur prédictive négative; BU = bandelette urinaire



# APPORT DE LA RADIOLOGIE: 3 EXAMENS DANS L'URGENCE

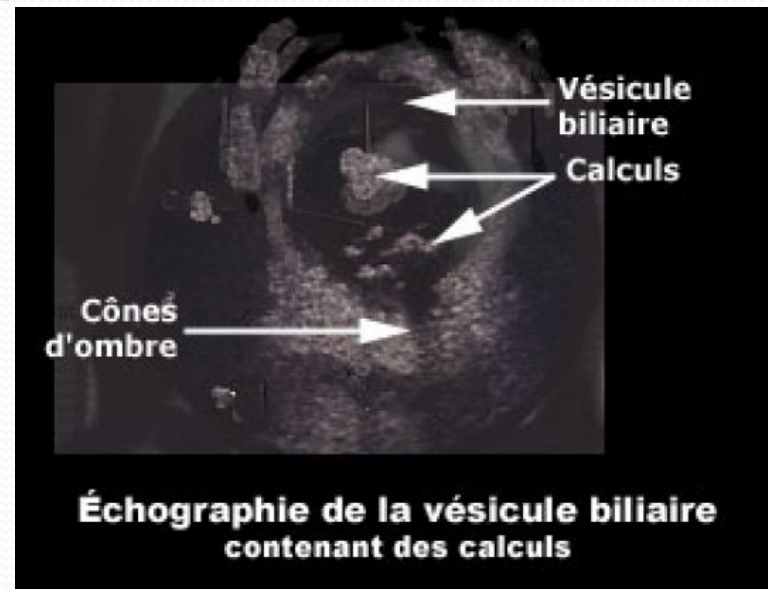
→ASP: mauvais rapport coût / efficacité car pénible à réaliser, difficile à lire et peu d'impact sur la prise en charge (presque 0 %, HAS)

non contributif dans 50% des cas, doit être de bonne qualité (couché: **CE, Calcul rénal**, volvulus, et debout: **occlusion, pneumopéritoine** (HAS))



# L' échographie

- examen facile d' accès, non irradiant, pouvant être répété, ni douloureux ni désagréable. Sur patient compliant, non obèse, avec syndrome péritonéal localisé, ou pathologie uro-génitale. Opérateur expérimenté.
- les US ne traversent ni l' os ni l' air (donc les gaz digestifs) => utilisés surtout pour les organes pleins et recherche d' épanchement liquidien.
- bonnes indications (HAS) :
  - pathologie biliaire et hépatique
  - coliques néphrétiques simples
  - appendicite
  - pathologies gynécologiques



# Echographie appliquée à l'urgence

- examen réalisé par l'urgentiste comme une aide à la démarche diagnostique face aux douleurs abdominales aiguës, ou en cas de détresse vitale comme une aide aux techniques de réanimation.
- ABDOMINALE: Contenu et paroi vésiculaire • Epanchement péritonéal • Anévrisme de l'aorte
- UROLOGIQUE: Dilatation pyélo-calicielle • Epanchement péri-rénal • Globe vésical.
- GYNECOLOGIQUE: Sac intra-utérin

# La tomodensitométrie

- Le scanner, trois avantages majeurs :

- La rapidité de sa réalisation.

- La possibilité d'obtenir des informations uniques dans certaines pathologies des organes abdominaux et pelviens et un diagnostic étiologique précis et en particulier les pathologies vasculaires.

- La possibilité d'être vu et relu en détail par de multiples interlocuteurs, qu'ils soient radiologues ou non.

- Révolution de l'urgence?

Oui si la prescription est réfléchie et justifiée.

La communication et la collaboration du couple « urgentiste/radiologue » permet de gagner en temps et en performance .

Elle est présentée par certains comme la référence et le prolongement de l'examen clinique.

# La tomодensitométrie

- examen irradiant et nécessitant dans la plupart des cas l' injection de produit de contraste (allergie, insuffisance rénale)
- Décision sans retard d' un bloc, diminution des laparotomies inutiles ou blanches, diminution du temps d' hospitalisation
- Bonnes indications (HAS):
  - pathologies du tube digestif : occlusions, perforations, ischémies, diverticulites.
  - Coliques néphrétiques compliquées
  - pathologies vasculaires (aorte)

# Quand appeler le chirurgien?

- SUPER URGENCE: (gravité générale)
  - Gestes de réanimation (SAUV)
  - **Appel sans retard du chirurgien**
  - Préparation au bloc (biologie)
  - Radiologie (décision urgentiste/chirurgien)

« la salle de radio est un lieu sombre et isolé où les patients des urgences vont mourir »
- URGENCE VRAIE: (gravité locale: SYNDROME PERITONEAL ou OCCLUSIF)
  - examens dirigés
  - **Appel du chirurgien rapidement (hiérarchisation des examens paracliniques)**
  - Préparation au bloc
- URGENCE RELATIVE (syndrome douloureux isolé ou réactionnel)
  - hypothèses diagnostiques (chirurgicales ou médicales)
  - examens dirigés (répétés)
  - **Appel du chirurgien si besoin après résultats**
  - Hospitalisation ou pas
  - Examens programmés (moyen terme)

# Orientation des urgences relatives

<b>Biologie standard</b>	normale		perturbée		perturbée	
<b>imagerie</b>	normale		normale		perturbée	
<b>évolution</b>	régressive	Non régressive	régressive	Non régressive	régressive	Non régressive
<b>orientation</b>	RAD	UHCD ou hospit	RAD	UHCD ou hospit	UHCD ou hospit	hospit

# Analgésie: faut-il traiter?

- Fausses idées:
  - L' analgésie va perturber la fiabilité de l' examen clinique, l' établissement du diagnostic ou la décision de l' indication opératoire! (recommandations de Cope, 1921 ), 89% des praticiens ne traitent pas la douleur avant l' avis chirurgical (Graber et coll., 1999).
  - L' analgésie améliore le confort du patient et facilite l' examen clinique (non démontré).
- En fait (nombreux études et méta analyses convergentes):
  - Les antalgiques ne modifient en rien l' histoire relatée par le patient (N. Schreyer, Lausanne 2007)
  - Cela modifie en effet et de façon significative l' examen clinique mais sans créer pour autant d' erreur de management chirurgical (RANGI SR, JAMA 2006)
  - Plus le traitement antalgique est rapide et plus il est efficace (Attard AR et coll. 1992)



# En pratique

- 1. Evaluer:  
EVA (échelle de référence absolue) , EN, EVS  
IOA et en début de prise en charge médicale
  
- 2. Soulager:  
début du traitement antalgique pendant la démarche diagnostique,  
après le 1<sup>er</sup> examen clinique.
  - EVA < 4: antalgiques de palier 1 (sauf aspirine)
  - EVA > 4: antalgiques morphine  
MORPHINE EN TITRATION APRES BOLUS INITIAL  
(0,1 mg/kg puis 3mg/5min)
  
  - sonde gastrique en aspiration douce et continue

# CONCLUSION

Douleurs abdominales aiguës  
point de vue de l'urgentiste:

- Motif de recours fréquent
- Conduite à tenir pragmatique (super urgence)
- Examen clinique complet et tomодensitométrie
- Prise en charge de la douleur aux urgences.
- Avis chirurgical précoce.