

Les Référentiels

REPUBLIQUE TUNISIENNE
Ministère de la Santé Publique
Direction Générale de la Santé
Unité de la Médecine d'Urgence

Stratégie Nationale de Développement des Urgences

Référentiels en Médecine d'urgence

LA DOULEUR ABDOMINALE AIGUE
NON TRAUMATIQUE AUX URGENCES

Janvier 2009

Ce référentiel a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique Direction générale de la santé,
Unité de la médecine d'urgence

Coordination :

Dr Naoufel Somrani et Dr Henda Chebbi (unité de la médecine d'urgence)

Comité Scientifique :

- président : Dr Fekri Abroug
- Membres : Dr Ahmed Balma, Dr Béchir Bouhaja, Dr Mounir Daghfous, Dr Chédly Dziri, Dr Hafedh Thabet, Dr Slaheddine Ghanouchi, Dr Zouhaier Jerbi.

Comité de rédaction :

Dr Ramzi Noura, Dr Chédly Dziri, Dr Montassar Kacem.

Ce Référentiel a été **validé** lors d'un séminaire avec la participation de :

Dr Adel Kelil, Dr Ali Chargui, Dr Faïçal Haddad, Dr Faouzi Chebbi, Dr Hager Ouerghi, Dr Hatem Triki, Dr Hammouda Saffar, Dr Ihab Labben, Dr Ilhem Mrad Abdennebi, Dr Imed Bennouri, Dr Kamel Ben Fadhel, Dr Karim Haouet, Dr Mounir Bouaziz , Dr Noura Hafsi, Dr Nouredine Rekik, Dr Rached Letaief, Dr Sami Alaya, Dr Slaheddine Bouchoucha, Dr Souheil Elatrous, Dr Taoufik Hammami, Dr Zouhaier Ben Mansour.

POINTS DE REPERES

- Les douleurs abdominales aiguës sont définies par leur durée : il s'agit de douleurs évoluant **depuis au maximum sept (07) jours**.
- **Les urgences de pathologie digestive** se manifestent pour la plupart d'entre elles par des douleurs abdominales aiguës.
- **Les causes** des douleurs abdominales aiguës sont **multiples**, certaines nécessitent une prise en charge très rapide étant donné le risque vital.
- Face à une douleur abdominale aiguë, **l'examen clinique et plus particulièrement l'interrogatoire**, permettent dans la majorité des cas, l'orientation vers un diagnostic précis.
- Quand une douleur abdominale aiguë **évolue par paroxysmes**, son intensité n'est pas toujours un témoin de la gravité de la maladie causale. Quand une douleur abdominale aiguë **évolue de manière continue**, son intensité est souvent un signe de gravité de la maladie causale, du moins à un stade précoce de l'évolution.
- **La douleur abdominale aiguë isolée d'intensité modérée** sans signe généraux ni signes péritonéaux ou occlusifs, n'est pas habituellement liée à une affection grave.
- Beaucoup de douleurs abdominales sont **non spécifiques** et aucun diagnostic précis n'est porté à terme, les douleurs s'amendant spontanément ou par un traitement. On évoque alors souvent une colopathie fonctionnelle ou une dyspepsie. **Le suivi est fondamental dans ces situations.**
- La prise en charge de la douleur abdominale aiguë **en situation d'urgence** se limite souvent à **la démarche diagnostique**, repoussant l'analgésie au second plan.
- **Le traitement le plus efficace d'une douleur abdominale aiguë est celui de sa cause.** La prescription d'un traitement antalgique ne peut se concevoir que lorsque le diagnostic étiologique a été porté.
- En l'absence de consensus clairement établi, **il est classiquement enseigné qu'aucun analgésique ne doit être administré avant qu'un diagnostic précis soit posé par le chirurgien**, afin de ne pas risquer de modifier le tableau clinique.

APPROCHE CLINIQUE

INTERROGATOIRE

Il est absolument capital. Il doit être précis, rigoureux, répété, planifié.

Caractère de la douleur

- ✓ **Siège** : Préciser d'abord le siège **initial**. Etudier les **irradiations**,
- ✓ **Mode de début** : **Brutale** en quelques secondes, rapide en quelques minutes ou **progressive**. Une douleur de début très brutal dont le patient peut préciser l'horaire est souvent en rapport avec une lésion organique sévère.
- ✓ **Évolution dans le temps** : La douleur est-elle **permanente ou intermittente** ? Si la douleur est intermittente, il convient de préciser la durée des crises douloureuses, l'horaire de survenue dans la journée et son éventuelle répétition dans l'année. L'existence de douleurs de ce type dans le passé peut orienter.
- ✓ **Intensité et facteurs d'exacerbation** : **Les douleurs les plus intenses et permanentes** correspondent habituellement à des lésions graves (péritonite, pancréatite, infarctus du mésentère). **Les facteurs d'exacerbation** peuvent être : les mouvements, la marche, l'inspiration profonde, l'alimentation....
- ✓ **Type** : **Il peut être évocateur** : crampe de l'ulcère, brûlure du reflux. Les coliques évoluent par paroxysmes entrecoupés de périodes d'accalmie. Ils traduisent la lutte d'un viscère creux contre un obstacle.

Facteurs déclenchants

- Position (penché en avant dans le reflux).
- Ingestion d'alcool (pancréatite).
- Restriction hydrique et voyage (colique néphrétique).
- Intoxication tabagique.
- Voyage en pays tropical.
- Prise d'anti-inflammatoires.
- Toxicomanie.
- Prise d'anticoagulants, de corticoïdes ou d'aspirine.

Certains facteurs atténuent les douleurs : vomissement dans la sténose gastrique, émission de gaz et de selles dans les obstacles coliques, antéflexion dans la pancréatite, psôitisme dans les affections rétro-péritonéales.

Recherche de signes associés

- Amaigrissement.
- Anorexie.
- Nausées.
- Vomissements, précédés par la douleur dans la plupart des affections chirurgicales.
- Lipothymie.
- Troubles du transit.
- Sang dans les selles, signes fonctionnels urinaires.
- Métrorragies.

Antécédents du patient

- *Tares, antécédents chirurgicaux....*

EXAMEN CLINIQUE

Appréciation de l'état général et aspect du malade

- **la pâleur** extrême évoque une spoliation sanguine ;
- **la cyanose** oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique ; elle se voit aussi en cas de péritonite grave ;
- **l'agitation extrême** évoque un obstacle urétéral ou biliaire ;
- **la fièvre (au-delà de 38,5 °C)** oriente vers un foyer suppuré ; si elle est oscillante avec pics et frissons, une septicémie est évoquée ;
- **un pouls rapide et bien frappé** n'est pas spécifique ; s'il est petit et filant, il s'agit d'un collapsus. Il est alors associé à une tension artérielle basse, voire imprenable et pincée. Le choc est plutôt hypovolémique lorsqu'il s'y associe sueurs et sensation de soif, septique si l'on observe des marbrures et un état fébrile ;
 - **un ictère** oriente vers une cause hépatobiliaire.

Inspection de l'abdomen

Elle permet de déceler une **asymétrie de respiration** ou de **distension**, de découvrir une **cicatrice**, d'observer des **ondulations péristaltiques**.

Palpation

On recherche avant tout le **siège de la douleur provoquée** et l'importance de la réaction pariétale. Elle peut être **une défense** (la paroi se raidit par contracture musculaire à la pression) ou une **vraie contracture** (rigidité invincible des grands droits spontanée et généralisée) traduisant l'irritation permanente du péritoine par une collection diffuse hémorragique ou septique.

Percussion

Elle permet de distinguer météorisme et épanchement. On apprécie l'importance et la répartition du météorisme ; on recherche une matité déclive des flancs, la matité d'un globe vésical ou la disparition de la matité pré-hépatique.

Auscultation

Elle renseigne sur le **péristaltisme** (silence traduisant un iléus paralytique, bruits hydro-aériques intenses de l'obstruction) ; elle recherche un **souffle vasculaire** (masse compressive, sténose, anévrisme).

Touchers pelviens

Le toucher rectal vérifie la présence de selles, palpe la prostate, recherche une sténose ou une masse prolabée et une douleur en palpant le cul-de-sac de Douglas.

Le toucher vaginal apprécie le col, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et postérieurs et recherche une douleur à la mobilisation utérine ou une masse annexielle.

Il ne faut pas oublier de palper les orifices herniaires,

Ce qui permet de découvrir parfois difficilement chez la femme obèse une hernie étranglée.

Téguments et muqueuses

Enfin, on aura inspecté les téguments et muqueuses (pâleur, ictère, éruptions, marbrures), palpé les aires ganglionnaires, les organes génitaux externes, ausculté le coeur et les poumons et réalisé un examen neurologique.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EN URGENCE

Leur apport au diagnostic ne peut se concevoir que comme appoint à la clinique à laquelle ils ne peuvent se substituer.

Leurs indications dans le cadre d'urgence doivent être réduites au strict minimum.

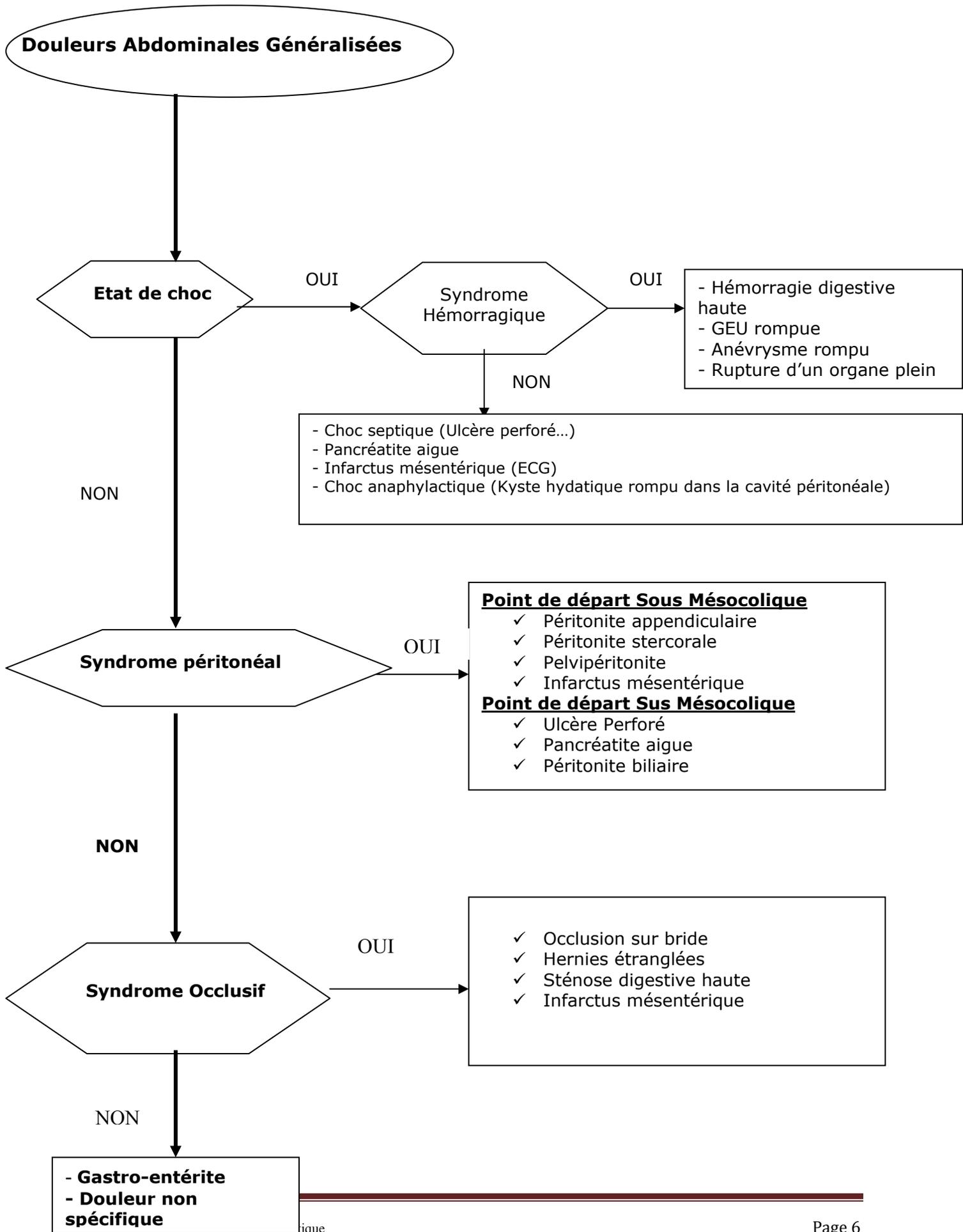
Leur interprétation doit s'intégrer dans le cadre de l'examen clinique.

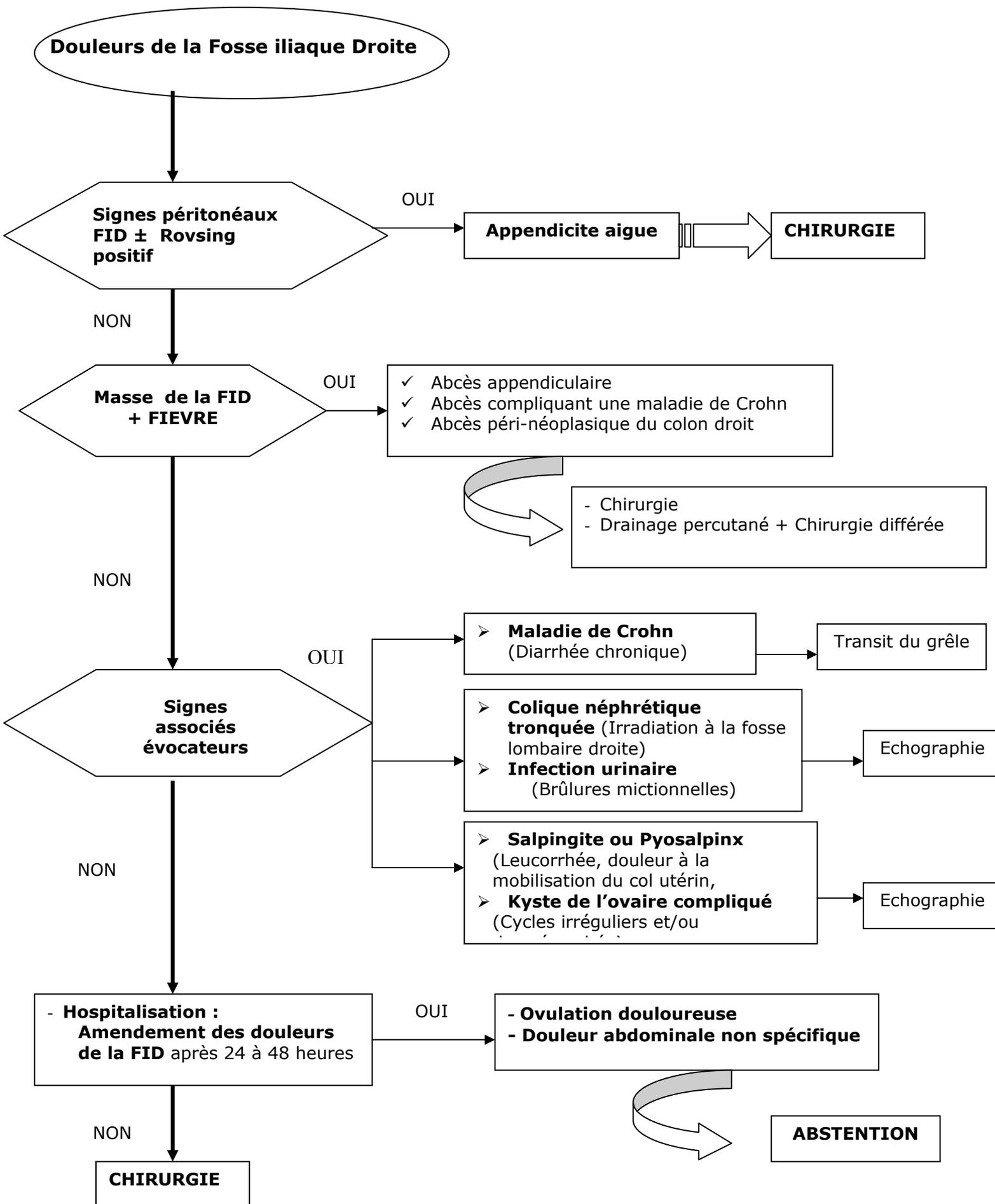
Les examens biologiques :

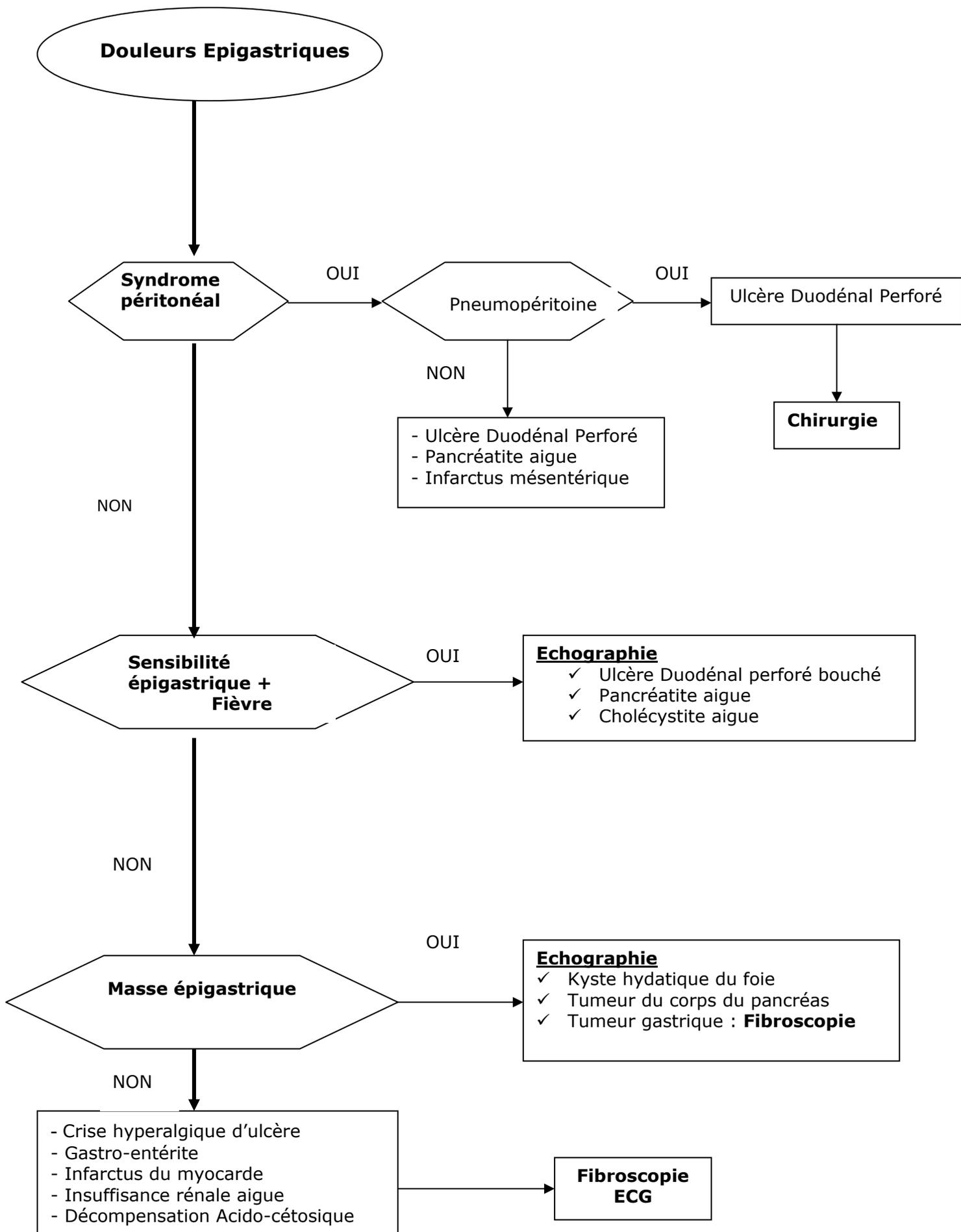
- ✓ L'hémogramme sanguin : à la recherche d'une hyperleucocytose à polynucléaires ; indicateur d'infection bactérienne.
- ✓ L'ionogramme, l'urée et la créatinine sérique : ils ont pour intérêt d'apprécier le retentissement métabolique et rénal d'éventuelles pertes digestives (vomissements, diarrhée) et de la séquestration abdominale (troisième secteur des occlusions et des péritonites).

Les examens morphologiques :

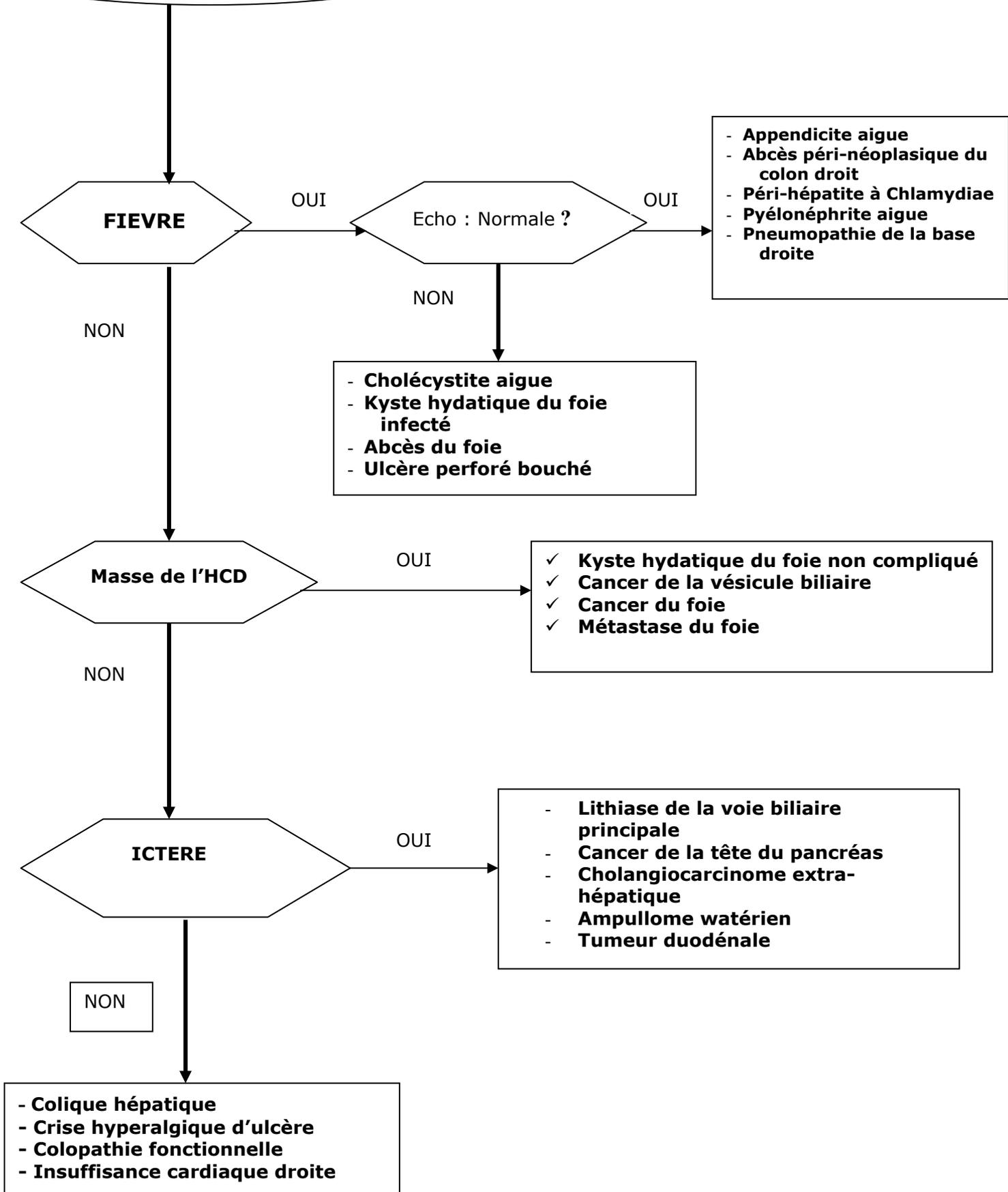
- ✓ **La radiographie du thorax** permet :
 - De mettre en évidence des signes positifs :
 - Un pneumopéritoine
 - Un épanchement pleural
 - Une surélévation en brioche de la coupole diaphragmatique
 - Des calcifications de l'aire hépatique.
 - D'éliminer des causes thoraciques de douleur abdominales : pneumopathie des bases, gros cœur d'insuffisance cardiaque...
- ✓ **La radiographie d'abdomen sans préparation** peut montrer :
 - Des niveaux hydro-aériques
 - Des opacités en rapport avec des lithiases rénales.
- ✓ **L'échographie abdominale** ;
 - elle permet de mettre en évidence :
 - Un épanchement péritonéal
 - Une dilatation des cavités excrétrices
 - Une anomalie du parenchyme des organes pleins.
 - Elle est indispensable dans les urgences hépato-biliaires et dans les urgences gynécologiques.
- ✓ **Le scanner abdominal** : il est rarement indiqué d'emblée, il est le plus souvent réalisé en complément d'une échographie qui a fait suspecter une pancréatite aiguë ou une pathologie néoplasique compliquée.

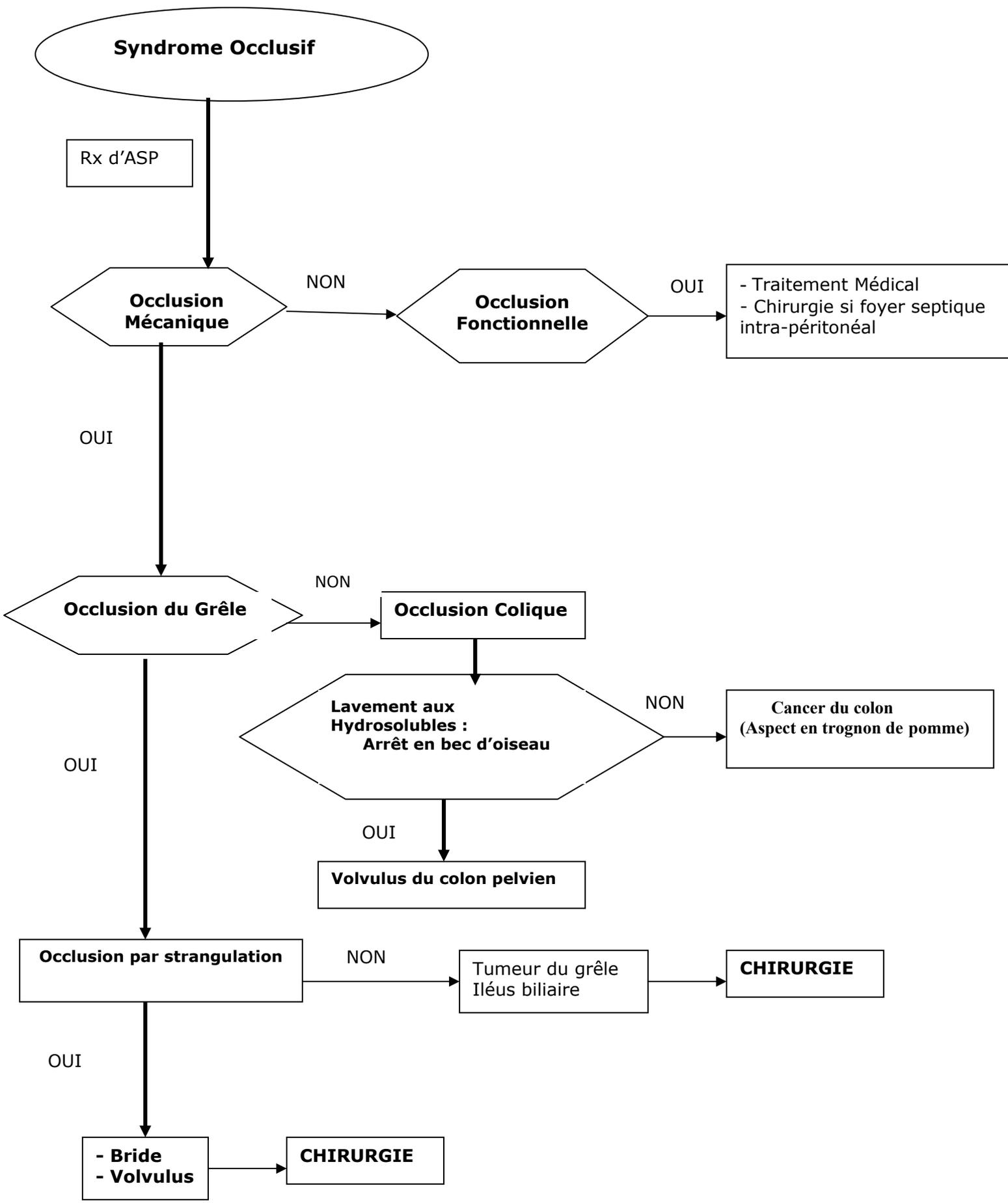






Douleurs de l'hypochondre droit





MESURES THERAPEUTIQUES URGENTES

La prise en charge de la défaillance d'une fonction vitale :

Cette prise en charge thérapeutique initiale prime toujours sur la démarche diagnostique et doit s'effectuer dès l'arrivée du patient et au mieux au cours de son transport.

Devant un état de choc, il importe de rétablir un état hémodynamique en prenant deux abords veineux de gros calibre et la perfusion grand débit de solutés de remplissage.

La prise en charge de la douleur :

- ✓ Le traitement le plus efficace de la douleur est **celui de la cause**.
- ✓ Le traitement de la douleur abdominale aiguë **n'est envisagé** que lorsque :
 - Le diagnostic étiologique est établi,
 - Le traitement étiologique est programmé,
 - Q'aucune surveillance de l'évolution spontanée de la douleur n'est indiquée.
- ✓ En dehors de ces conditions, toute prescription d'antalgiques risque de **retarder le diagnostic** voire de **d'aggraver le pronostic**.
- ✓ Quel médicament choisir ?
 - **Les antispasmodiques** : n'ont un effet antalgique que dans les douleurs expulsives (les coliques par obstacle dans la lumière d'un organe creux). Ils seront indiqués en cas de coliques hépatiques et en cas de coliques néphrétiques.
 - **Les antalgiques purs non salicylés** (ex : paracétamol) sont les médicaments de première intention notamment en cas de douleur continue.
 - **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens** : doivent être prescrits avec prudence car ils sont gastro-agressifs. Ils sont associés aux antispasmodiques en cas de coliques néphrétiques.
 - **Les salicylés** sont gastro-agressif et entraînent des troubles de la coagulation primaire. Ils ne sont indiqués qu'en cas de poussée de pancréatite chronique.
 - **Les morphiniques de synthèse** sont très efficaces mais doivent être prescrits avec précaution et sous contrôle en raison des risques d'accoutumance et de leur effet sur la vigilance et la respiration.