

Prise en charge des douleurs abdominales aiguës

**Docteur
Richard FERRER**

Hôpital Joseph
Marseille



Cas clinique

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

Examen clinique

- Pâleur et sueurs profuses
- Tension artérielle : 168/80 mmHg
- Fréquence cardiaque : 83/mn
- Température : 36°1
- EN 8
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : Normal

Antécédents

- Hypertension artérielle
- IDM stenté : Interventriculaire antérieure, circonflexe et coronaire droite
- Insuffisance rénale sur néphroangiosclérose greffée avec fonction rénale post-greffe normale
- Appendicectomie
- Dyslipidémie

Traitement habituel

- DETENSIEL 10 mg : 1 cpr le matin
- AMLOR 5 1 gélule le matin
- KENZEN 16 1 comprimé le matin
- ASPEGIC 250 1/j
- CELLCEPT 500 : 2/j
- CYCLOSPORINE 50/25 : 1/j

Cas clinique

Quel est votre diagnostic ? Pourquoi ?

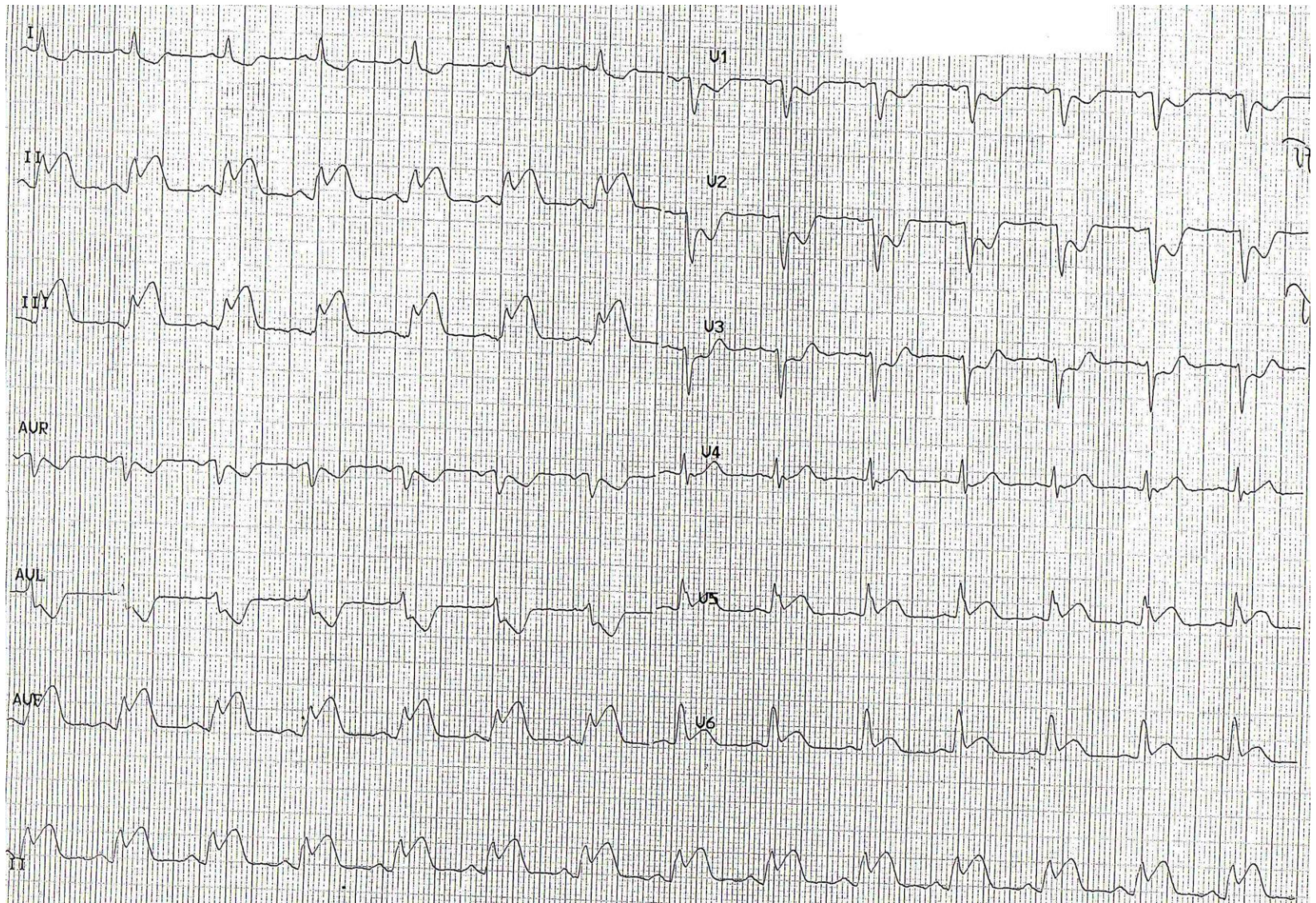
- ✓ SCA jusqu'à preuve du contraire, douleur épigastrique chez un patient ayant déjà présenté un IDM avec des facteurs de maladie coronaire: HTA, dyslipidémie.

Cas clinique

Quelle est votre conduite à tenir ?

- ✓ Vous appeler les Pompiers ou le SAMU en précisant au médecin régulateur que vous avez une suspicion de SCA compte tenu des antécédents du patient: IDM, HTA, dyslipidémie.

Cas clinique



Cas clinique

Bilan biologique à l'entrée :

Troponine I: 0.03 ng/ml \Rightarrow 2 heures après le débute de la douleur

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

Taux compris entre 0.04 et 0.16 ng/ml : SCA improbable

Taux compris entre > ou = 0.16 ng/ml : SCA fortement probable

Taux supérieur à 0.5 ng/ml : suspicion d'infarctus du myocarde.

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

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

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

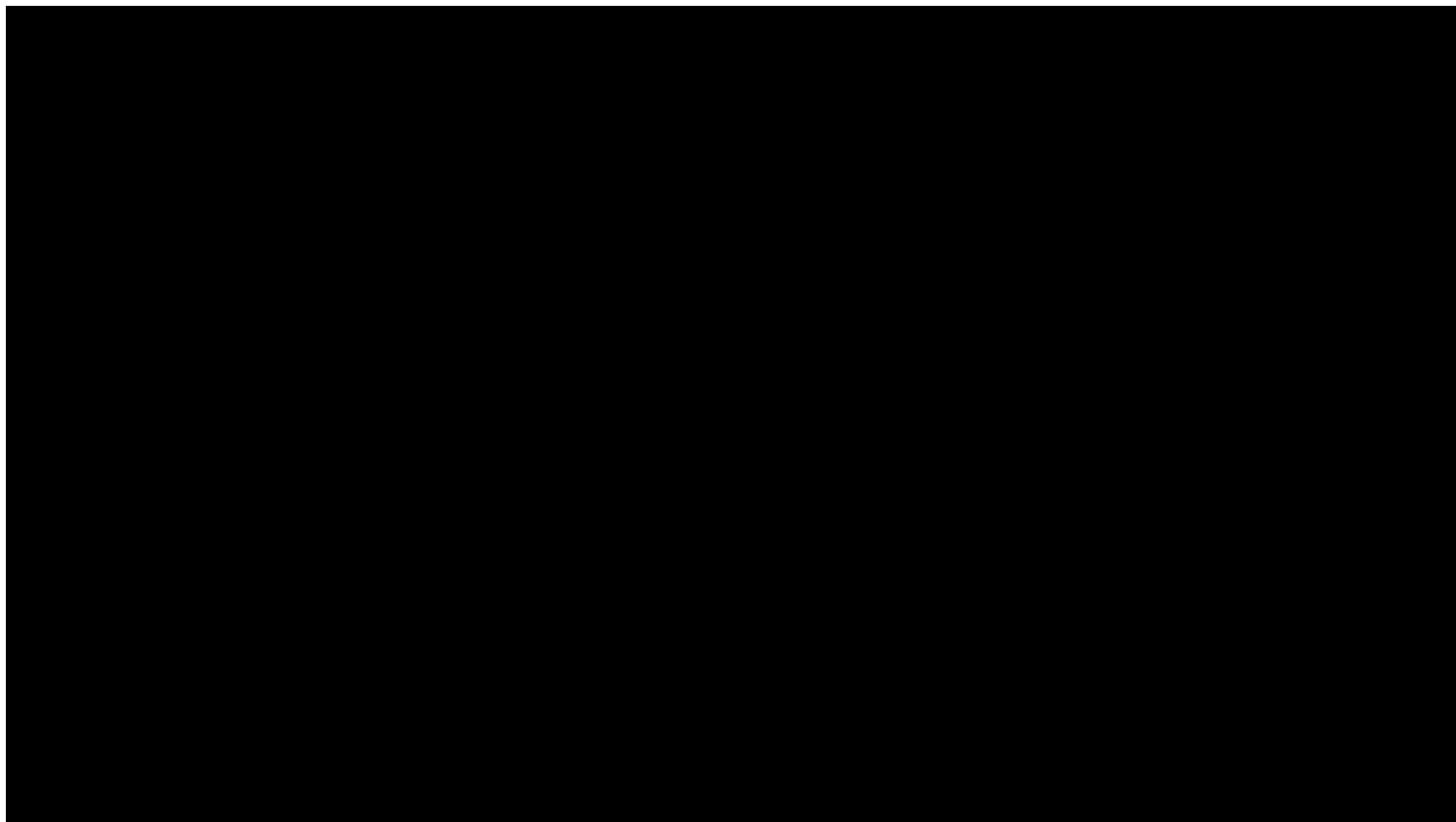
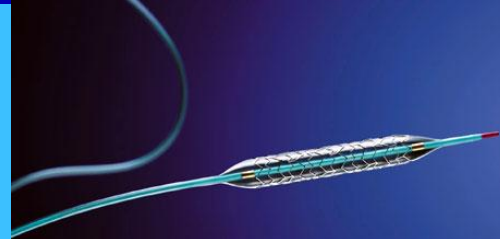
Créatine kinase (fraction MB) 10.8 UI/l (2-14)

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

Créatinine 99.0 μ mol/l 62-106

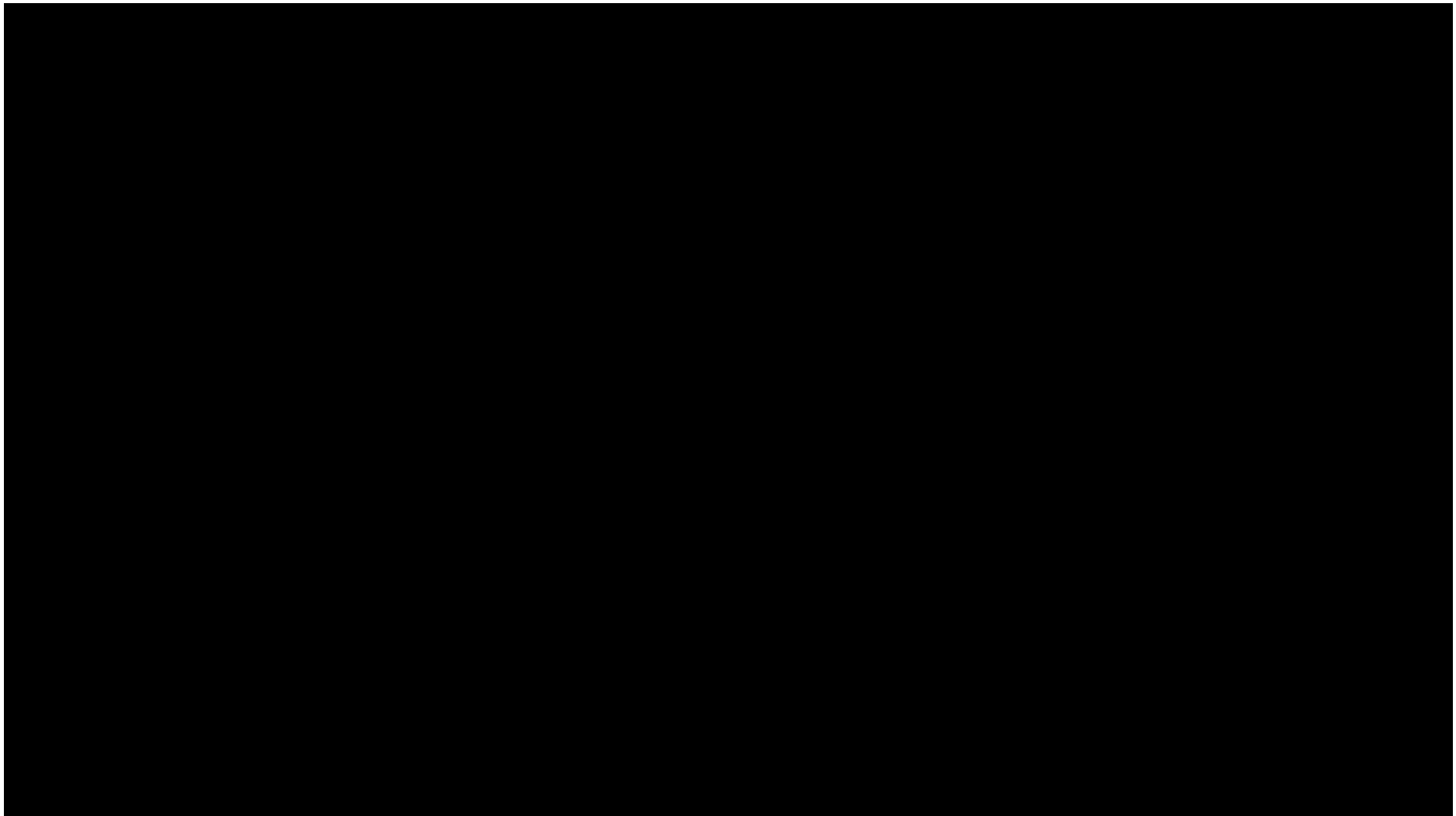
Cas clinique

1ère coronarographie



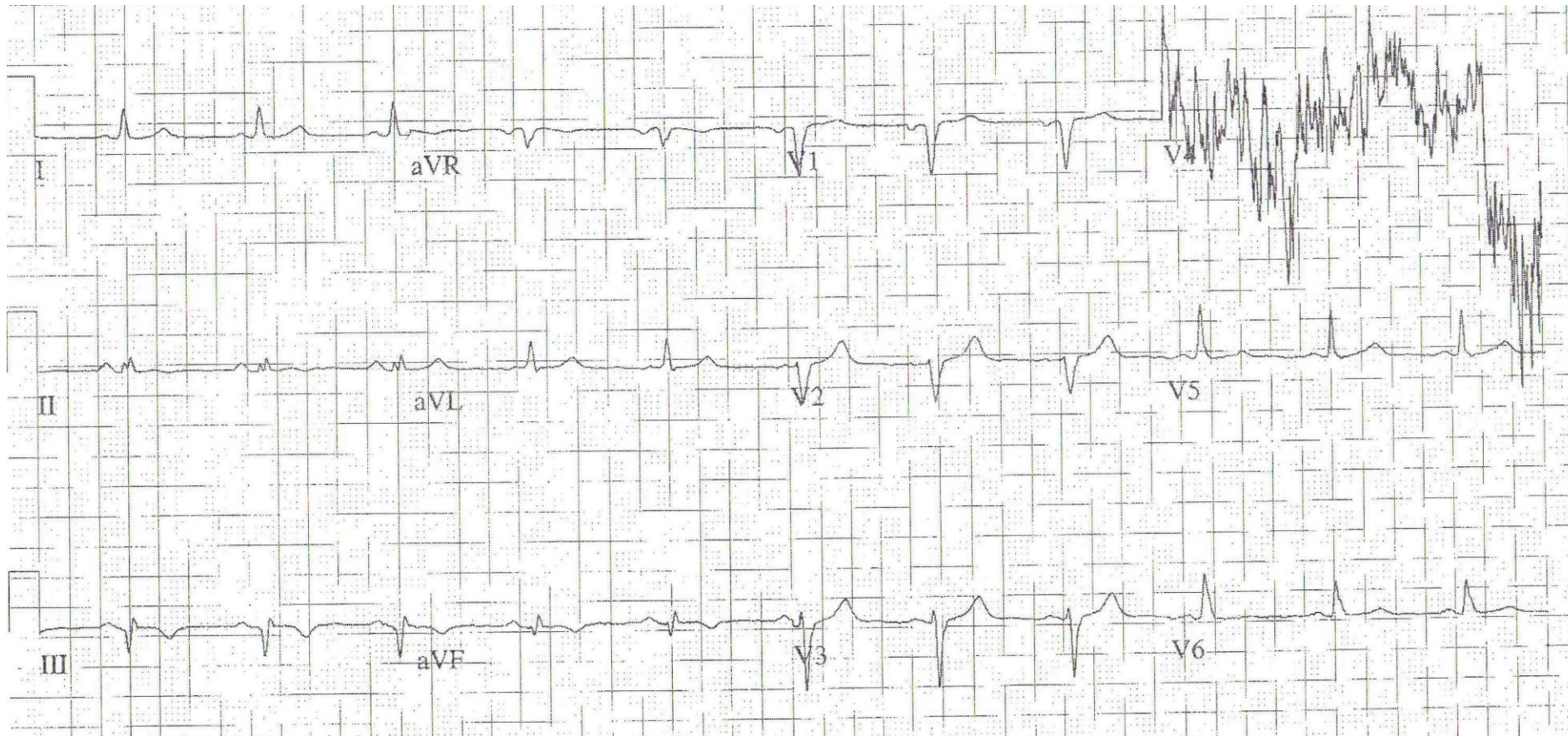
Cas clinique

2ème coronarographie



Cas clinique

ECG 12 heures après l'admission



Cas clinique n°1

Un patient âgé de 58 ans vous appelle pour une douleur abdominale.

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

Examen clinique

- Tension artérielle : 140/80 mmHg
- Fréquence cardiaque : 57 /mn
- Température : 36,5
- EN : 10
- Saturation en oxygène : 97 % en air ambiant
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : silence auscultatoire base pulmonaire
- Défense et contracture au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre.

Antécédents

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

Traitement habituel

- LEVOTHYROX 50

Cas clinique n°1

Leucocytes 11 800

DDimère 0.55

Troponine 0.01

BNP 16

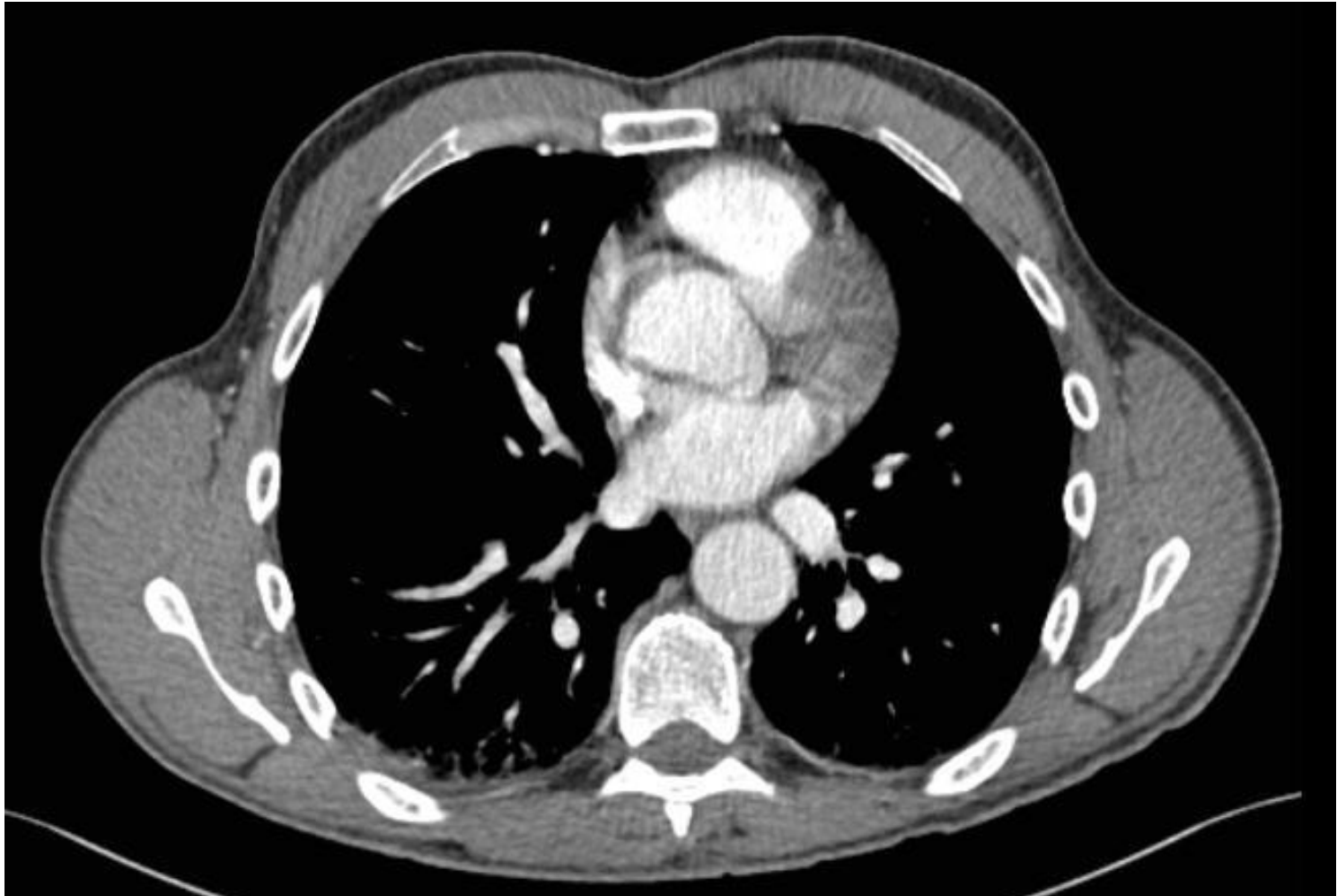
Fonction rénale normale

Fonction hépatique normale

Cas clinique n°1



Cas clinique n°1



Cas clinique n°1



Cas clinique n°1



Cas clinique n°2

Une patiente âgée de 62 ans vous appelle pour une douleur abdominale.

Les symptômes ont débuté il y a 3 jours en pleine nuit réveillant la patiente par une douleur de l'hypochondre droit, puis douleur migrant au niveau de l'épigastre et enfin douleur au niveau de l'hypochondre gauche.

Nausées depuis 3 jours. Gaz présents. Tendance à la constipation.

Examen clinique

- Absence d'ictère
- Douleur hypochondre gauche irradiant dans le dos
- Tension artérielle : 140/70 mmHg
- Fréquence cardiaque : 65 /mn
- Température : 36,8
- EN : 4
- Saturation en oxygène : 98 % en air ambiant
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : Normal
- Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau de l'épigastre mais sans défense.

Antécédents

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

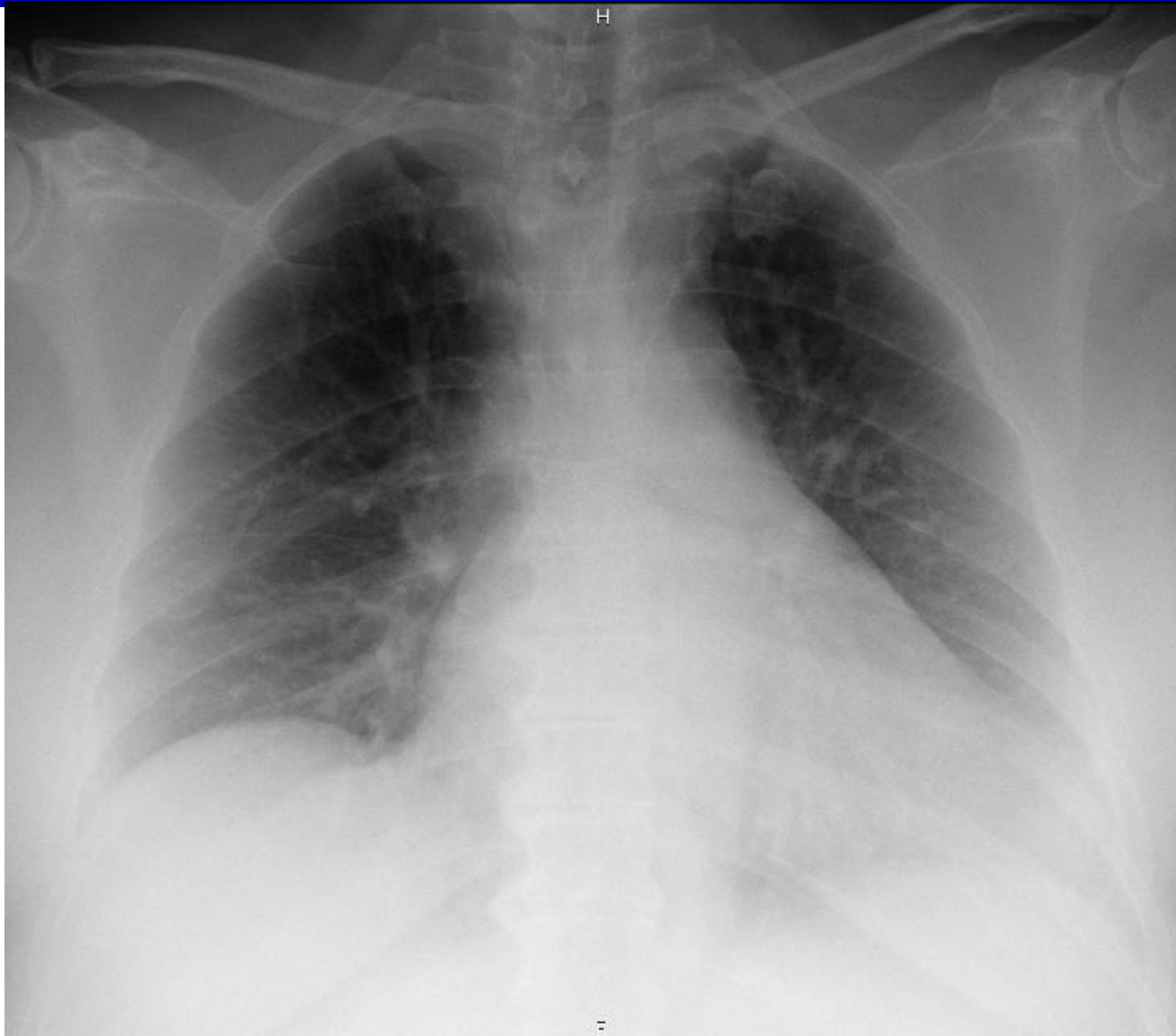
Traitement habituel

- LTHYROXINE
- INEXIUM
- KERLONE
- NISISCO
- LANTUS
- KARDEGIC 160
- NOVORAPID

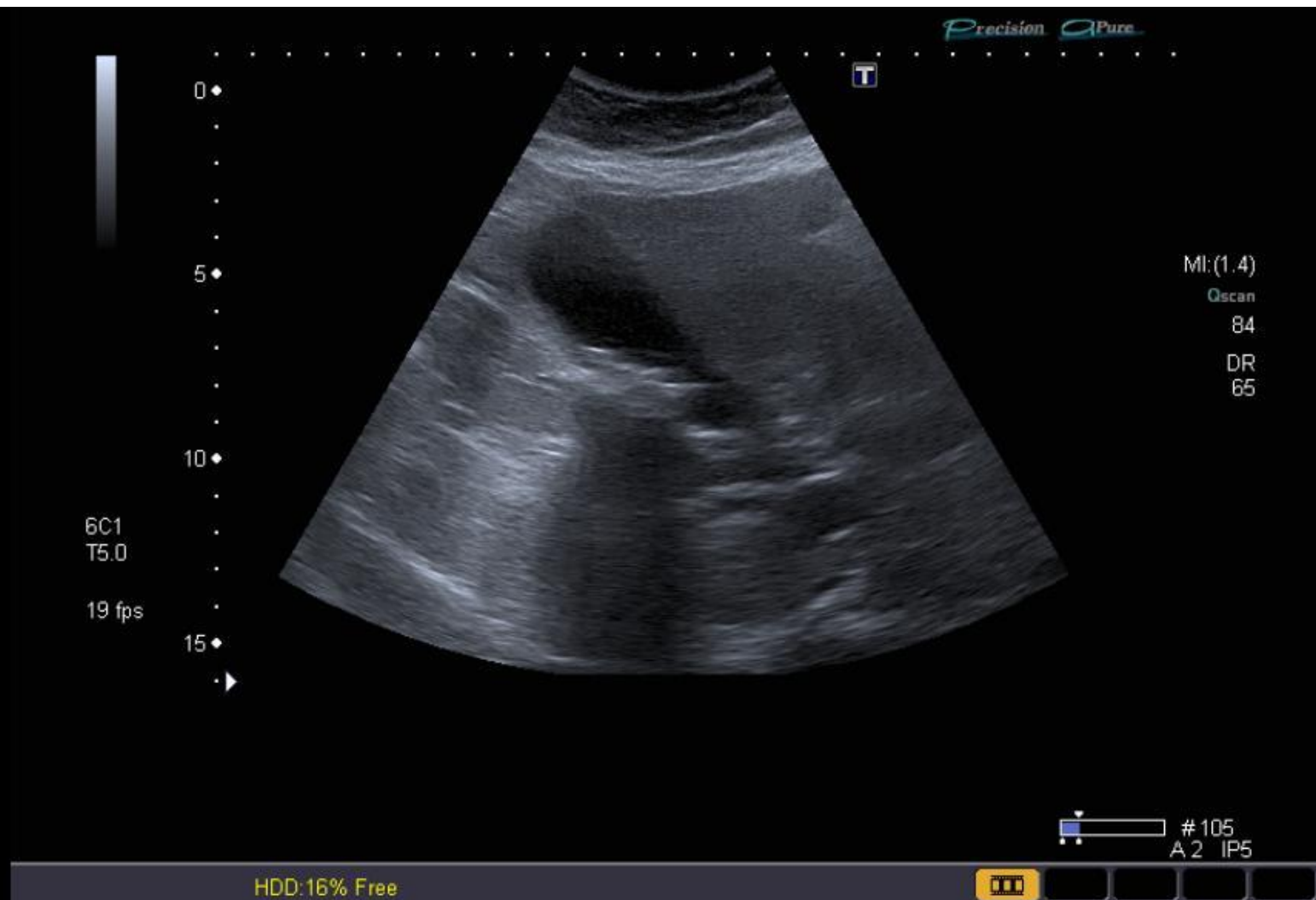
Cas clinique n°2

Bilan hépatique normal
Fonction rénale normale
Lipasémie normale
Hémogramme normal
Troponine normale

Cas clinique n°2



Cas clinique n°2



Cas clinique n°3

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

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

Pas de constipation. Gaz présents.

Selles diarrhéiques le matin de votre visite.

Examen clinique

- Tension artérielle : 140/80 mmHg
- Fréquence cardiaque : 86/mn
- Température : 37
- EN : 5
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : Normal
- Abdomen: douleur fosse iliaque droite avec défense.

Antécédents

- Tabagisme actif
- Leucémie

Traitement habituel

- Aucun

Cas clinique n°3

Numération

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

Formule Leucocytaire

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

Cas clinique n°3

Protéines de l'Inflammation

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

Chimie Divers

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

Exploration de la fonction rénale

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

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

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

Ionogramme

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

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

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

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

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

Bilan glycémique

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

Cas clinique n°3

Au total:

Compte rendu opératoire: appendicite au stade
péritonéal

Cas clinique n°4

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

Examen clinique

- TA: 109/78 mmHg bras droit
- Fréquence cardiaque: 81 / mn
- Bruits du coeur: normaux et réguliers
- Température: 37,8
- Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau de l'épigastre sans défense

Antécédents

- G1P1
- Splénectomie post-traumatique

Traitement habituel

- Contraception orale

Cas clinique n°4

Echographie abdominale

Foie de taille normale de contours lisses, contenu homogène. Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.

Le tronc porte et les veines sus hépatiques sont perméables.

La vésicule biliaire apparait cloisonnée et présence d'un calcul intra-vésiculaire, les parois sont fines. Pancréas homogène non visible en totalité.

Les deux reins sont de taille normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire. Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles. Absence de calcul visible.

Vessie en déplétion sans anomalie visible.

A noter stigmates de splénectomie.

CONCLUSION:

Lithiase vésiculaire sans complication visible.

Cas clinique n°4

Numération

| | | | |
|--|---|---------------------------|---------|
| Globules blancs | * | 12.0 x10 ⁹ /l | 4-10 |
| Globules rouges | | 4.71 x10 ¹² /l | 3.8-5.2 |
| Hémoglobine | | 13.7 g/dl | 11.5-16 |
| Taux d'hématocrite | | 40.8 % | 35-46 |
| VGM | | 86.7 fl | 81-99 |
| TCMH | | 29.0 pg | 27-33 |
| CCMH | | 33.5 g/dl | 31-36 |
| Indice de distribution des GR | | 14.4 % | 11-16 |
| Plaquettes | | 340 x10 ⁹ /l | 150-450 |
| <small>(Hémocytomètre,COULTER LH750 et/ou 500)</small> | | | |

Formule Leucocytaire

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

Cas clinique n°4

Enzymes

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

Bilirubine

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

Chimie Divers

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| Calcémie (ISE indirecte Beckman) | | 2.37 mmol/l | 2.2-2.6 |
| Lactacidémie (Méthode enzymatique Beckman) | | 1.2 mmol/l | 0.5-2.2 |

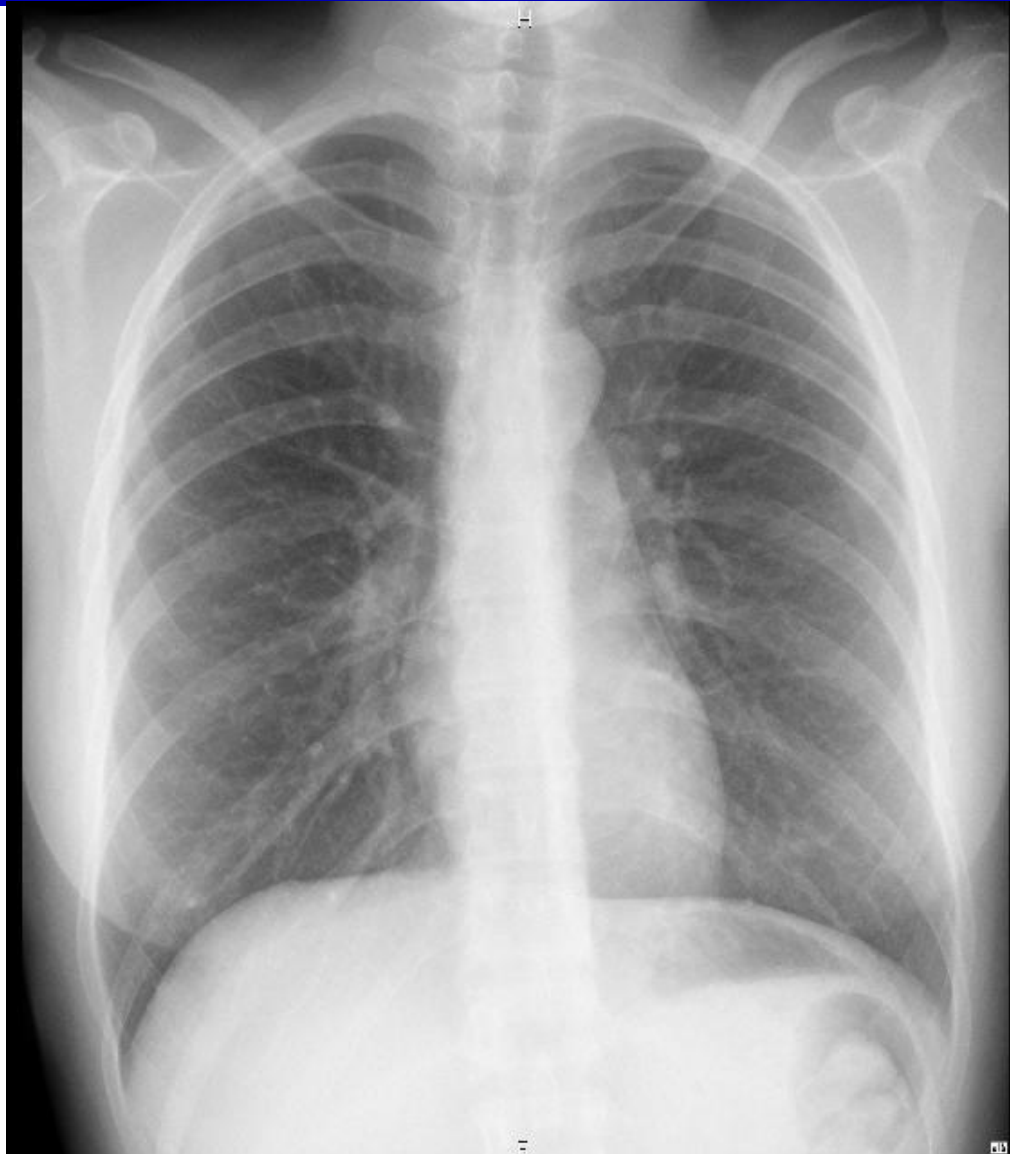
HCG totale
(Chimiluminescence Beckman Access)

<0.5 UI/l

limite inférieure de sensibilité de la technique

Résultat négatif si taux < 3 UI/l

Cas clinique n°4



Cas clinique n°4



Dist A 8.1 mm

298
A 2 IP5

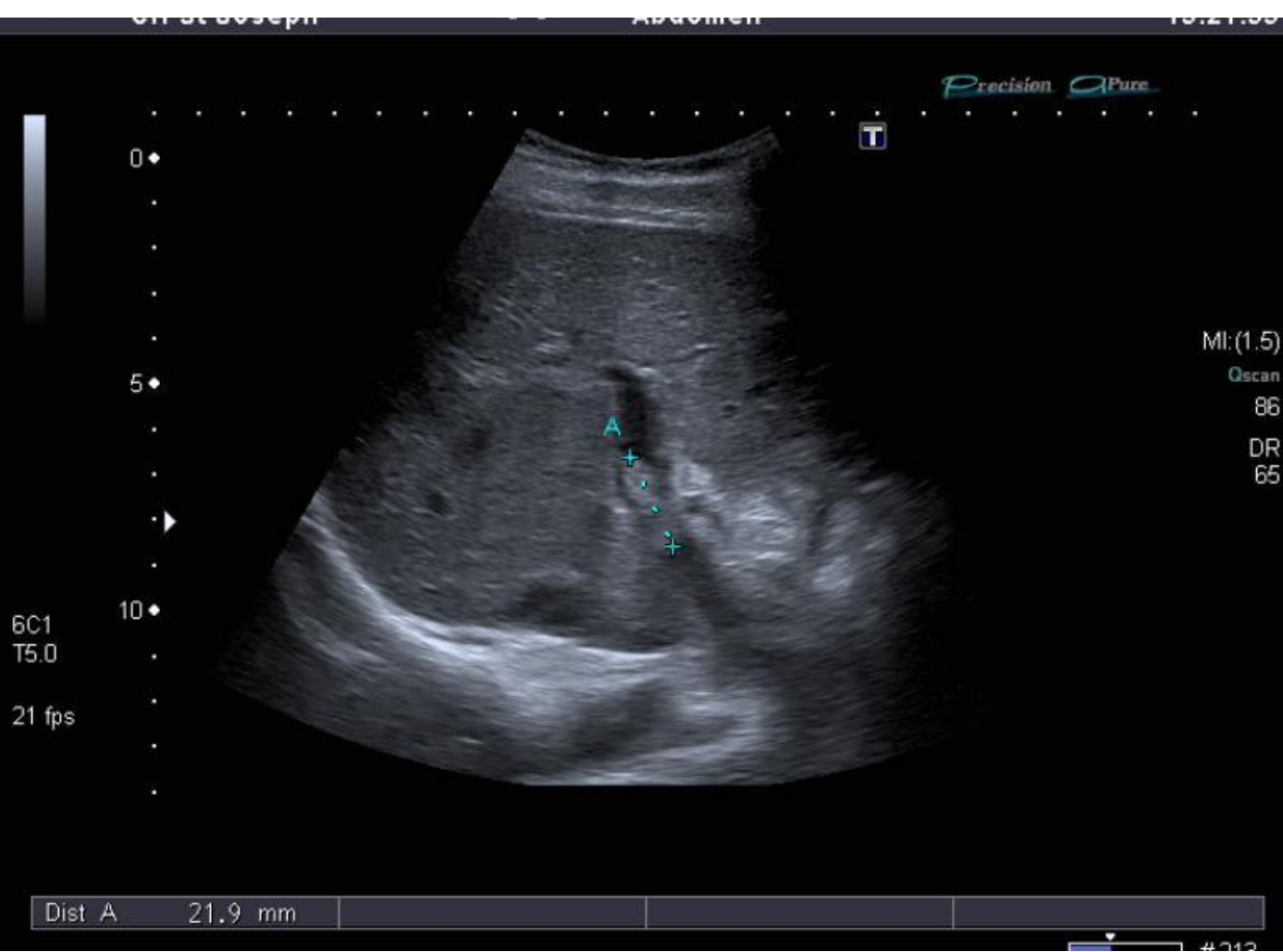
Storing HDD: 62% Free

Raw Memory: #0(0%)

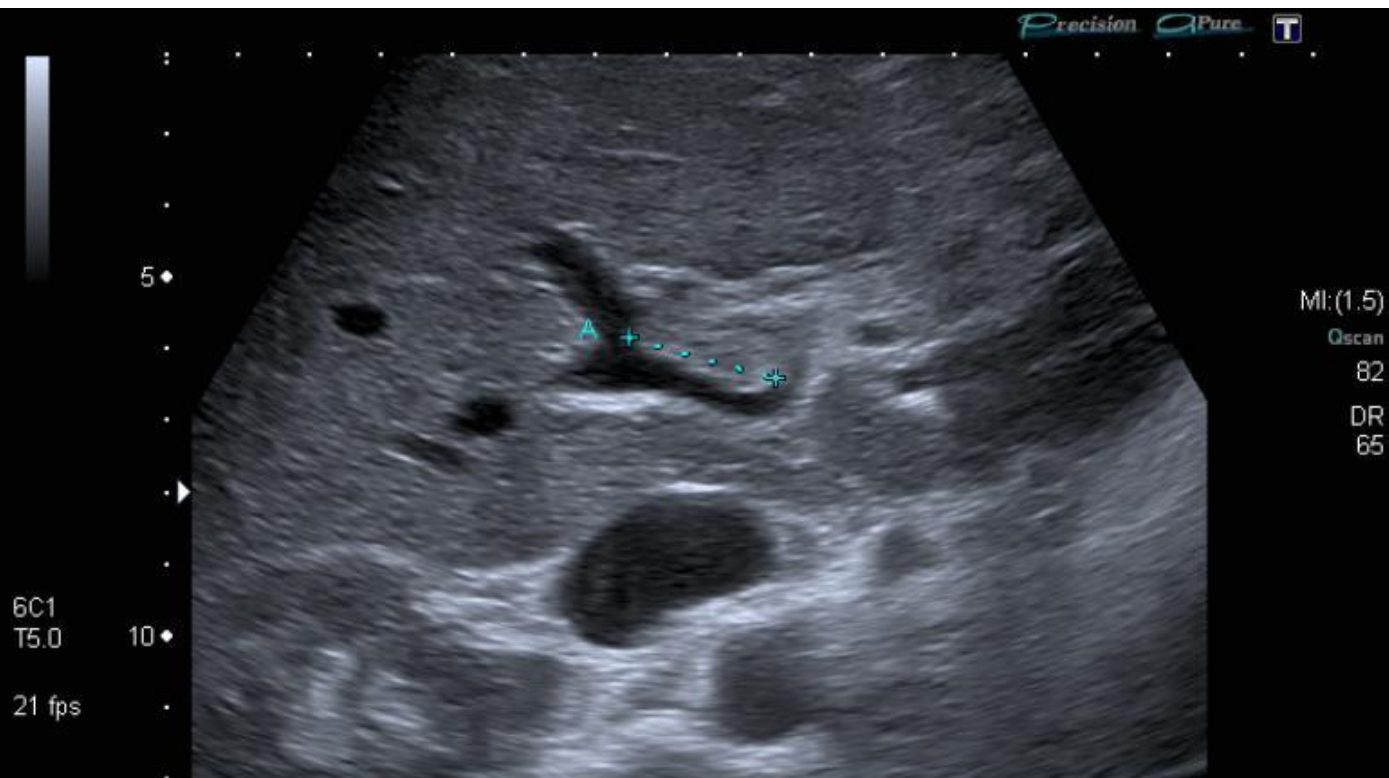
CINE REVIEW ▶

ABC

Cas clinique n°4



Cas clinique n°4



Dist A 21.2 mm

#295
A2 IP5

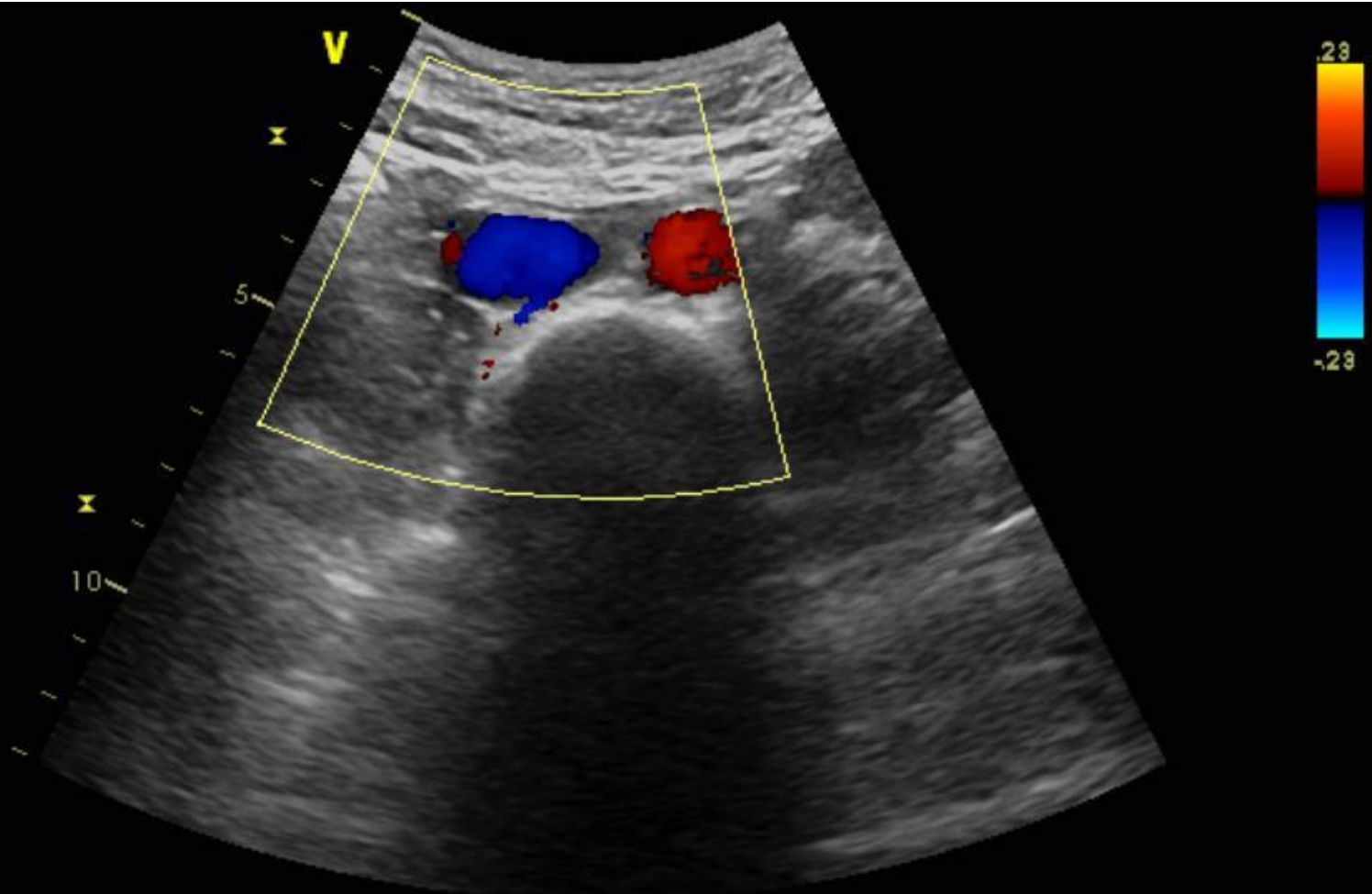
Storing HDD:62% Free

Raw Memory:#0(0%)

CINE REVIEW



Cas clinique n°4



Cas clinique n°4



Cas clinique n°4



Cas clinique n°5

Une patiente âgée de 26 ans vous appelle pour une douleur abdominale. Elle se plaint depuis 24 heures d'une douleur péri-ombilicale, d'installation lentement progressive associée à des vomissements et des selles diarrhéiques. Episode identique il y a 6 mois régressif spontanément.

Examen clinique

- Douleur abdominales diffuses
- Tension artérielle : 110/70 mmHg
- Fréquence cardiaque : 68 /mn
- Température : 37 °C
- EN : 7
- Saturation en oxygène : 100 % en air ambiant
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : Normal
- Abdomen souple, dépressible, sensible dans son ensemble sans défense.

Antécédents

- Gastrite avec présence d'helicobacter pylori en décembre 2012
- Ostospongiose
- Pas de contraception.

Traitement habituel

- Aucun

Cas clinique n°5

Numération

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|---------|
| Globules blancs | 8.9 x10 ⁹ /l | 4-10 |
| Globules rouges | 4.52 x10 ¹² /l | 3.8-5.2 |
| Hémoglobine | 13.5 g/dl | 11.5-16 |
| Taux d'hématocrite | 38.8 % | 35-46 |
| VGM | 85.8 fl | 81-99 |
| TCMH | 29.9 pg | 27-33 |
| CCMH | 34.8 g/dl | 31-36 |
| Indice de distribution des GR | 13.0 % | 11-16 |
| Plaquettes | 243 x10 ⁹ /l | 150-450 |

(Hémocytomètre, COULTER DXH800)

Formule Leucocytaire

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------|
| Polynucléaires neutrophiles | 89.9 % | |
| | * 8.00 x10 ⁹ /l | 2-7.5 |
| Polynucléaires éosinophiles | 0.0 % | |
| | * 0.00 x10 ⁹ /l | 0.04-0.8 |
| Polynucléaires basophiles | 0.2 % | |
| | 0.02 x10 ⁹ /l | 0.-0.2 |
| Lymphocytes | 5.3 % | |
| | * 0.47 x10 ⁹ /l | 1.5-4 |
| Monocytes | 4.6 % | |
| | 0.41 x10 ⁹ /l | 0.2-1 |

Cas clinique n°5

Enzymes

| | | |
|---|-----------|-------|
| Lipase sérique (Méthode enzymatique Beckman) | 27.0 UI/l | 22-51 |
| ASAT (GOT) | 17.0 UI/l | <31 |
| ALAT (GPT) (Méthode enzymatique Beckman) | 15.0 UI/l | <34 |
| Gamma glutamyl transférase (Méthode enzymatique Beckman) | 10.0 UI/l | 7-64 |
| Phosphatases alcalines (PAL) (Méthode enzymatique Beckman) | 57.0 UI/l | 42-98 |

Bilirubine

| | | |
|--|--------------------------|----------|
| Bilirubine totale (Méthode colorimétrique Beckman) | * 62.5 $\mu\text{mol/l}$ | 5.1-20.5 |
| Bilirubine libre (Méthode colorimétrique Beckman) | * 57.4 $\mu\text{mol/l}$ | 1-19 |
| Bilirubine conjuguée (Méthode colorimétrique Beckman) | 5.1 $\mu\text{mol/l}$ | 1-8.7 |

Protéines de l'Inflammation

| | | |
|--|-----------|-----|
| Protéine C-Réactive (Immunoturbidimétrie Beckman) | <1.0 mg/l | <10 |
|--|-----------|-----|

limite inférieure de sensibilité de la technique

Chimie Divers

| | | |
|-------------------------------------|-------------|---------|
| Calcémie (ISE indirecte Beckman) | 2.32 mmol/l | 2.2-2.6 |
|-------------------------------------|-------------|---------|

IMMUNO-ANALYSE

Valeurs de référence

Hormones de la Reproduction

| | |
|--|-----------|
| HCG totale (Chimiluminescence Beckman Access) | <0.5 UI/l |
|--|-----------|

limite inférieure de sensibilité de la technique

Résultat négatif si taux < 3 UI/l

Cas clinique n°5

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Examen réalisé par voie sus pubienne et endo vaginale

Utérus d'aspect normalement antéfléchi, non latéro dévié, de forme et de taille dans les limites de la normal
Endomètre d'échostructure échogène homogène, présentant l'aspect habituellement rencontré en 2ème partie du cycle.

Ovaire droit d'aspect normal

Ovaire gauche difficile à visualiser en raison de la présence de deux formations d'allure kystique, l'une liquidienne, l'autre à contenu échogène, mesurant respectivement 28 et 25 X 16 mm de diamètre, non vascularisées en échodoppler couleur

L'ovaire gauche paraît solidaire de ces deux masses et partiellement englobé

Présence d'importantes douleurs lors du passage de la sonde en regard

Il n'existe pas d'épaississement de la trompe gauche décelable ni d'hyper vascularisation en échodoppler couleur

Petit épanchement liquidien intra péritonéal prédominant à l'étage pelvien

Conclusion :

Tableau échographique compatible, compte tenu du contexte clinique, d'une iléo-colite infectieuse plutôt qu'un épaississement pariétal inflammatoire

Présence de deux formations kystiques situées au contact de l'ovaire gauche, à surveiller ou à explorer ?

Cas clinique n°5

SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

Pas d'anomalie visible au niveau du foie, des voies biliaires, du pancréas, de la rate, des surrénales ou des 2 reins.

On retrouve un petit épanchement liquidien hypodense au niveau du cul de sac de Douglas. Il n'existe pas d'épaississement pariétal digestif d'allure pathologique, même si l'on signalera une discrète distension des anses iléales terminales, sans signe d'invagination, d'iléite ou d'appendicite.

Aucune collection abcédée n'est retrouvée au niveau de la cavité péritonéale.

On notera au niveau de l'ovaire gauche une formation pseudo kystique pouvant correspondre à un corps jaune de 31 mm de diamètre.

CONCLUSION

Présence d'un épanchement liquidien dans le cul de sac de Douglas, dans les limites supérieures de la normale physiologique.

Pas d'appendicite aigue visible.

Pas de signe d'invagination iléo-caecale au moment du scanner.

Pas de signe d'iléite terminal.

Cas clinique n°5



Cas clinique n°6

Un patient âgé de 53 ans vous appelle pour une douleur abdominale. Le patient se plaint d'une douleur du flanc droit irradiant dans le dos d'installation lentement progressive ce jour. Douleur intense avec tendance syncopale. 5 crises depuis ce matin. Transit intestinal normal.

Examen clinique

- Tension artérielle : 140/90 mmHg
- Fréquence cardiaque : 63 /mn
- Température : 36,2
- EN : 0
- Bruits du cœur : Normaux et réguliers
- Examen pulmonaire : Normal
- Abdomen souple, dépressible, sensible au niveau du flanc droit.

Antécédents

- Diverticulite sigmoïdienne

Traitement habituel

- Aucun

Cas clinique n°6

TOSHIBA

CH St Joseph

Abdomen

16:09:30

Precision *QPure*



Cas clinique n°6

Numération

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

(Hémocytomètre, COULTER DXH800)

Formule Leucocytaire

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

Cas clinique n°6

Ionogramme

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

Bilan glycémique

| | | | |
|--|---|-------------|---------|
| Glycémie | * | 6.33 mmol/l | 3.8-6.1 |
| <small>(Glucose oxydase Beckman)</small> | * | 1.14 g/l | 0.7-1.1 |

Enzymes

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

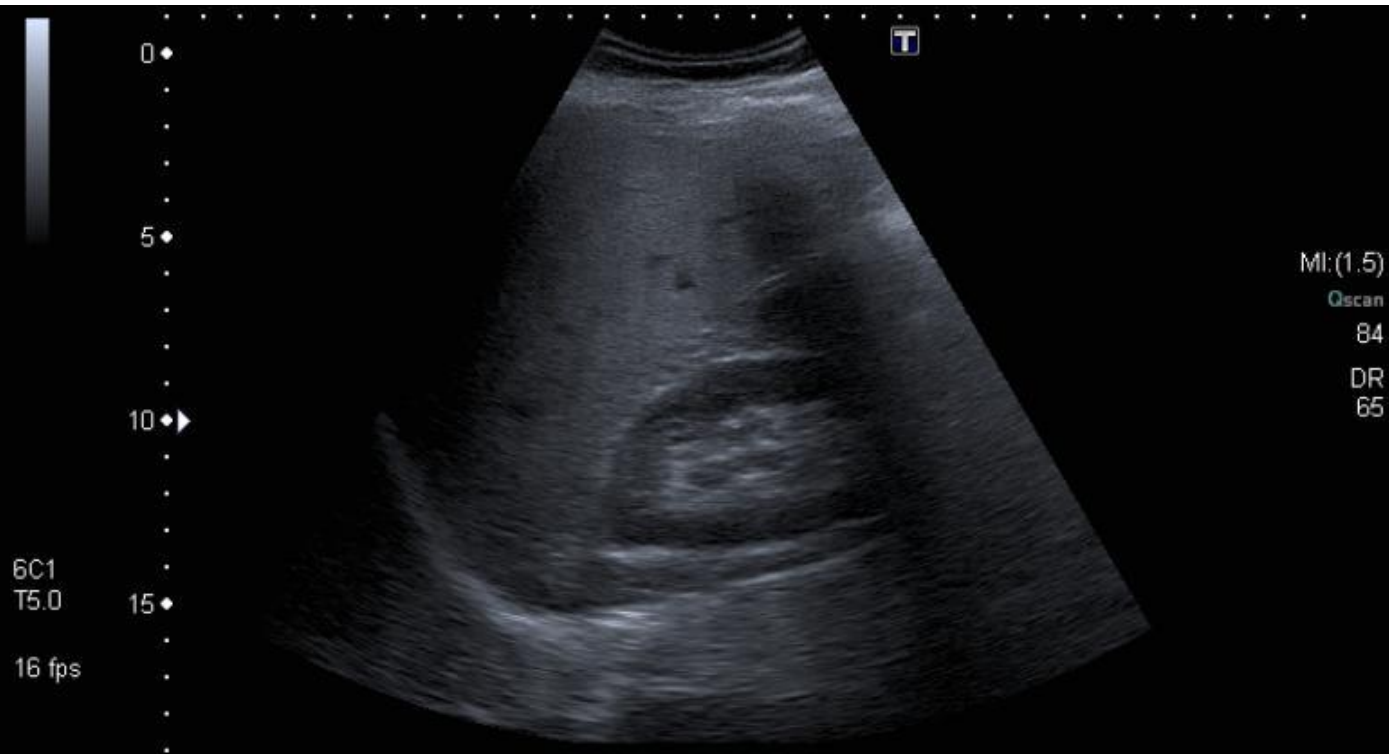
Bilirubine

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

Protéines de l'Inflammation

| | | | |
|---------------------|--|----------|-----|
| Protéine C Réactive | | 2.4 mg/l | <10 |
|---------------------|--|----------|-----|

Cas clinique n°6



6C1
T5.0
16 fps

MI: (1.5)
Qscan
84
DR
65

Storing HDD:38% Free

#69
A2 IP5

Cas clinique n°6

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Douleurs hypochondre droit et flanc droit

Foie, vu par voie intercostale, volume dans les limites, parenchyme assez dense, homogène.

Vaisseaux intra-hépatiques normaux.

Vésicule et VB : aspect normal, pas de lithiase, pas de dilatation des VB.

Pancréas, non vu gaz +++

Rate, pas de splénomégalie, structure homogène.

Reins, petit kyste cortical postérieur à gauche purement liquide

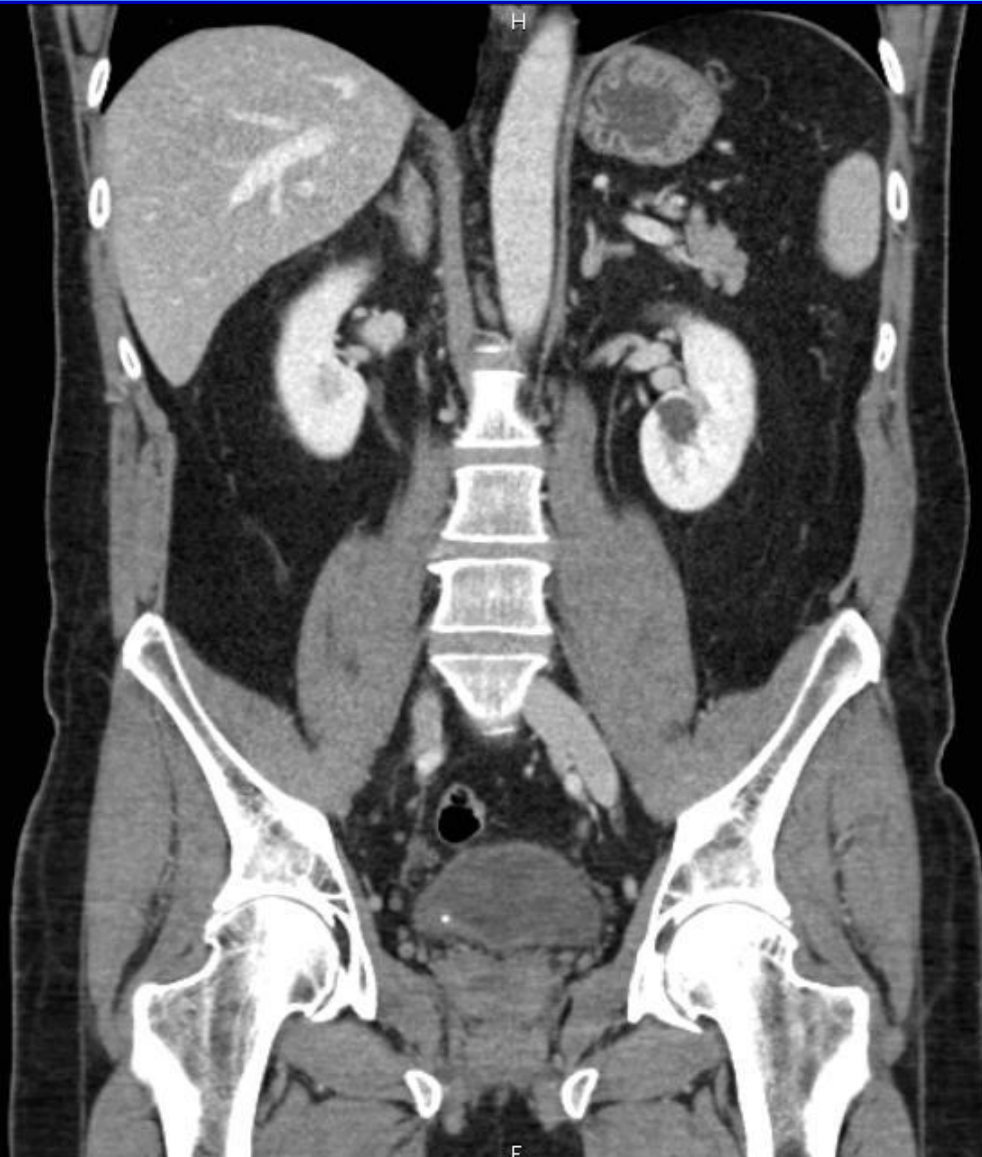
Péritoine : pas d'épanchement liquidien

Tube digestif : ballonnement assez importante sans lésion identifiable à l'échographie

Vessie normale

Conclusion : pas d'image pathologique caractéristique

Cas clinique n°6



Cas clinique n°6

SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

-A droite :

Présence d'un calcul, de 3 mm, au niveau du méta urétéral, avec hypotonie de l'uretère et des cavités excrétrices, sans véritable dilatation.

Absence d'image lithiasique rénale individualisable.

-A gauche :

Kystes corticaux du rein.

Absence d'anomalie rénale notable par ailleurs

Présence de diverticules sigmoïdiens.

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

Conclusion :

Calcul de 3 mm du méat urétéral droit.

Introduction

- ➔ La douleur abdominale est un motif fréquent de consultation aux urgences qui peut représenter jusqu'à 10 % des admissions et le diagnostic demeure imprécis pour 35 à 41 % des patients admis à l'hôpital.
- ➔ Au sein de cette population, 4 à 6 % des patients présentent une pathologie pouvant menacer le pronostic vital à court terme, d'où l'enjeu de les dépister rapidement.
- ➔ La difficulté diagnostique ne se pose pas lorsqu'un patient présente une douleur abdominale associée à une détresse. Mais, la démarche diagnostique est plus complexe lorsque le patient est stable.
- ➔ Les présentations atypiques sont fréquentes, compliquant encore la démarche diagnostique.

Les outils du médecin devant une douleur abdominale



Examen clinique



Bandelette urinaire



Bilan biologique et β HCG



Imagerie

Première étape



La présentation clinique

- ➔ L'absence de position antalgique, un patient ne restant pas immobile.
- ➔ Le facies avec la présence de cernes et exprimant la douleur.
- ➔ Des signes en faveur de mauvais échanges gazeux respiratoires : cyanose, sueurs, polypnée.
- ➔ Une altération de la conscience. Attention à l'agitation qui peut être le témoin d'une défaillance hémodynamique.

Deuxième étape



On recherche

- ➔ Des signes de choc :
 - une pression artérielle systolique < 100 mmHg,
 - une tachycardie supérieure à 100 battements/min ;
 - une saturation en oxygène inférieure à 90 % en air ambiant.
- ➔ Des stigmates de déshydratation (pli cutané, langue rôtie, cernes), ou d'hypovolémie avec vasoconstriction périphérique (extrémités froides, marbrures).
- ➔ La couleur des selles et des urines pour les pathologies hépatobiliaires.
- ➔ La présence d'un transit intestinal: gaz ?

Troisième étape

Analyse sémiologique de la douleur adaptée au patient

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

Quatrième étape

Analyse du type de douleur, de son évolution dans le temps, de son intensité et de ses divers irradiations

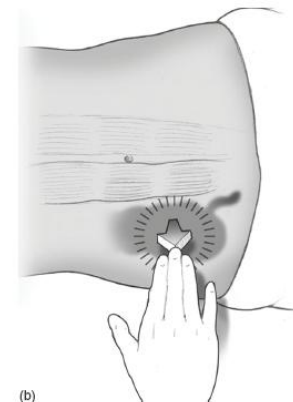
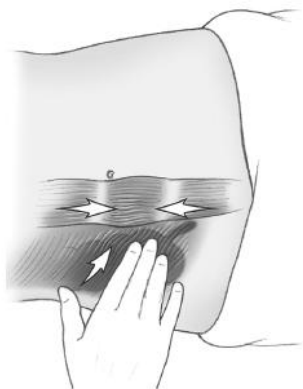
- ➔ Les foyers infectieux intra-abdominaux s'accompagnent d'une hyperthermie, cependant, l'absence de fièvre n'élimine absolument pas un tel foyer.
- ➔ Les irradiations de la douleur sont liées à leur caractère projeté. Une scapulalgie évoque une douleur hépato-biliaire, une irradiation testiculaire évoque une colique néphrétique.
- ➔ L'apparition secondaire de vomissements à la douleur oriente vers une cause chirurgicale, une douleur de moins de 48 h est de signification plus péjorative, ainsi que le caractère continu de la douleur et l'absence de douleur similaire dans les antécédents.
- ➔ L'existence d'antécédents chirurgicaux abdominaux doit faire évoquer une occlusion par bride.

Cinquième étape



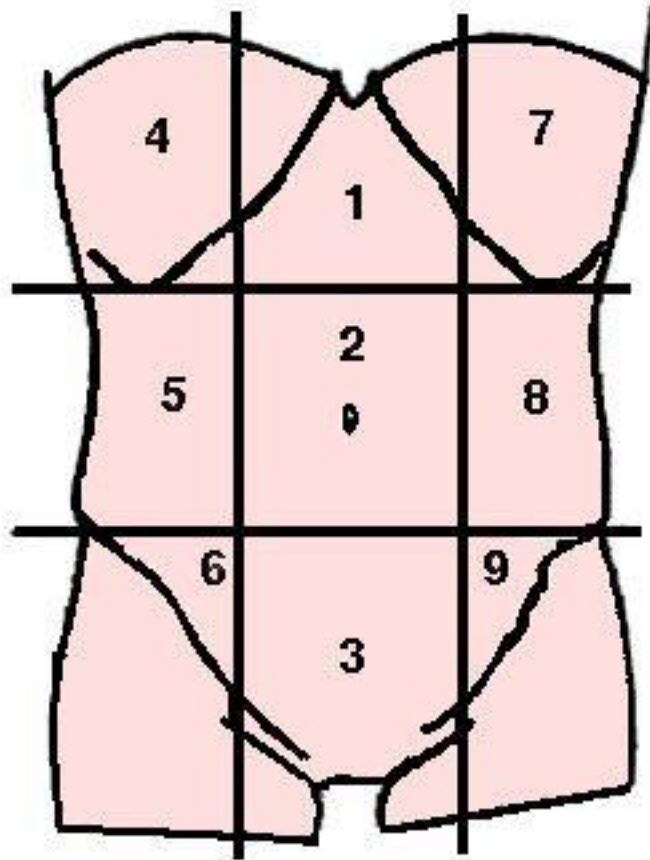
L'examen physique

- ➔ Il doit être attentif et précis, abdominal et extra-abdominal.
- ➔ L'observation du facies lors de la palpation est très importante.
- ➔ L'inspection (cicatrice, voussure, respiration de l'abdomen).
- ➔ Signes locaux de gravité: la présence d'une défense ou d'une contracture.
- ➔ La valeur localisatrice de la douleur abdominale est importante et permet d'orienter le diagnostic.



(b)

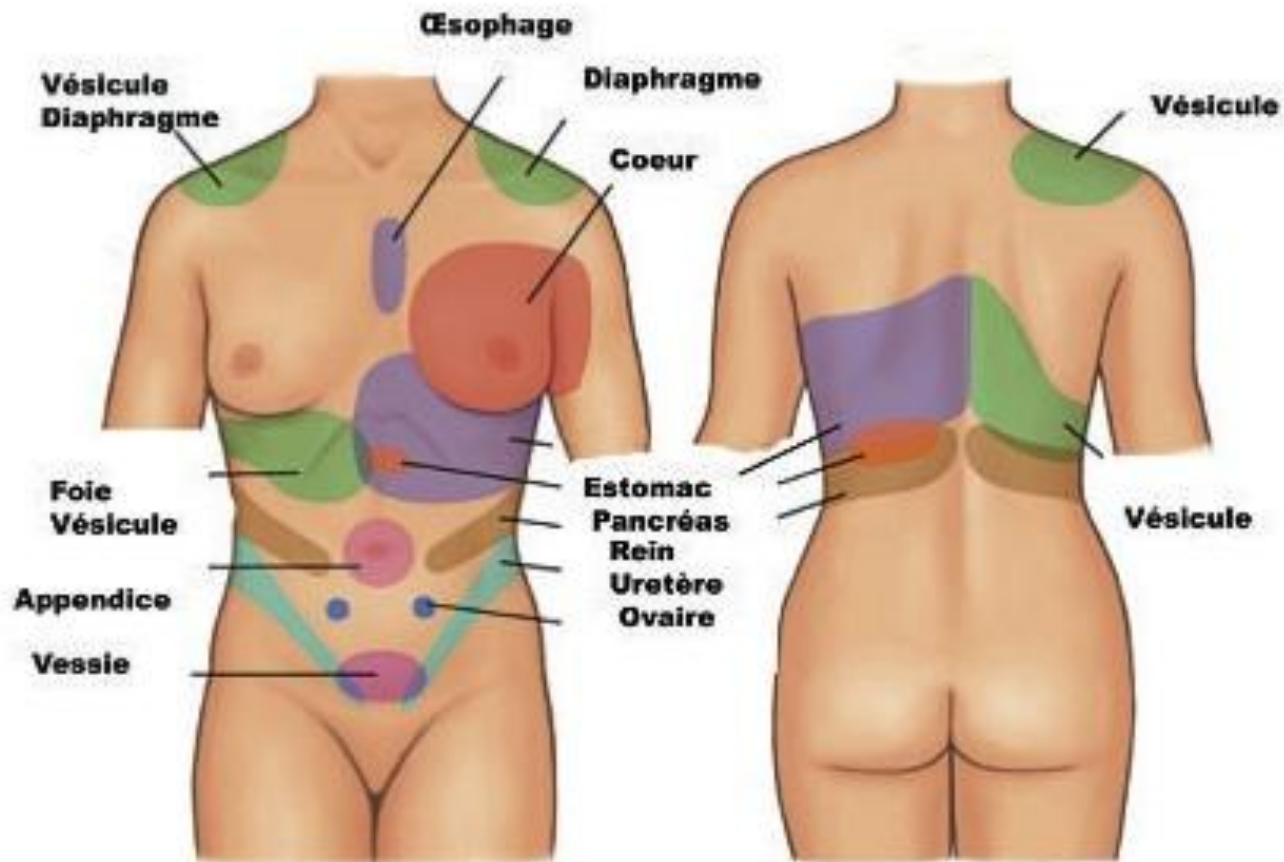
Division de l'abdomen



LES QUADRANTS ABDOMINAUX

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

Projection des douleurs



Quels examens complémentaires demandé ?

Le bilan biologique doit comprendre selon l'orientation clinique :

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

Une imagerie ?

Quel examen de radiologie réaliser ?

Examens de radiologie disponibles

- ➔ Scanner.
- ➔ Echographie.
- ➔ IRM.
- ➔ Abdomen sans préparation (ASP).
- ➔ Lavements opaques.
- ➔ Urographie intra-veineuse.

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

Echographie ou scanner ?

Les trois piliers de la stratégie d'imagerie

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

La démarche ALARA

As Low As Reasonably Achievable

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

L'échographie

Intérêts

➔ Risque quasi nul et un faible coût.

Inconvénients

➔ Sa principale limite est l'absence de sonde dans son champ de vision pendant.

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

Le scanner



Inconvénients

- ➔ Son coût, le risque de réaction allergique au produit de contraste, sa disponibilité et son irradiation.
- ➔ Pour un scanner abdominal le niveau d'exposition moyen du patient est de III (cotation de 0 à IV) soit 5 à 10 mSv.

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

Rayonnements du scanner et cancers

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

➔ Ce risque concerne en particulier, les patients souffrant de maladies chroniques ou **currentes**.

➔ Le **-**
de la **re** suivante : 0,5% pour 20 mSv, 0,6% pour 34 mSv
et 1% pour 100 mSv.

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

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

Etude de Laméris et coll. tentant de déterminer quelle est la meilleure imagerie pour détecter une douleur abdominale.

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

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

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

Les auteurs ont comparé les performances des modalités d'imagerie diagnostiques.

Stratégies diagnostiques

Stratégies diagnostiques

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

Stratégie guidée par les caractéristiques du patient

- [7] Patients de moins de 45 ans, ne présentant pas d'antécédents d'irradiation.
- [8] Patients ayant un BMI < 30 kg/m², chez qui l'échographie suffirait probablement au diagnostic.
- [9] Patients de moins de 45 ans et ayant un BMI < 30 kg/m². Scanner abdominal si échographie négative ou non contributive ou en cas d'échographie négative ou non contributive.

Stratégie guidée par la localisation de la douleur

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

Résultats: diagnostics final

Final diagnoses assigned by expert panel

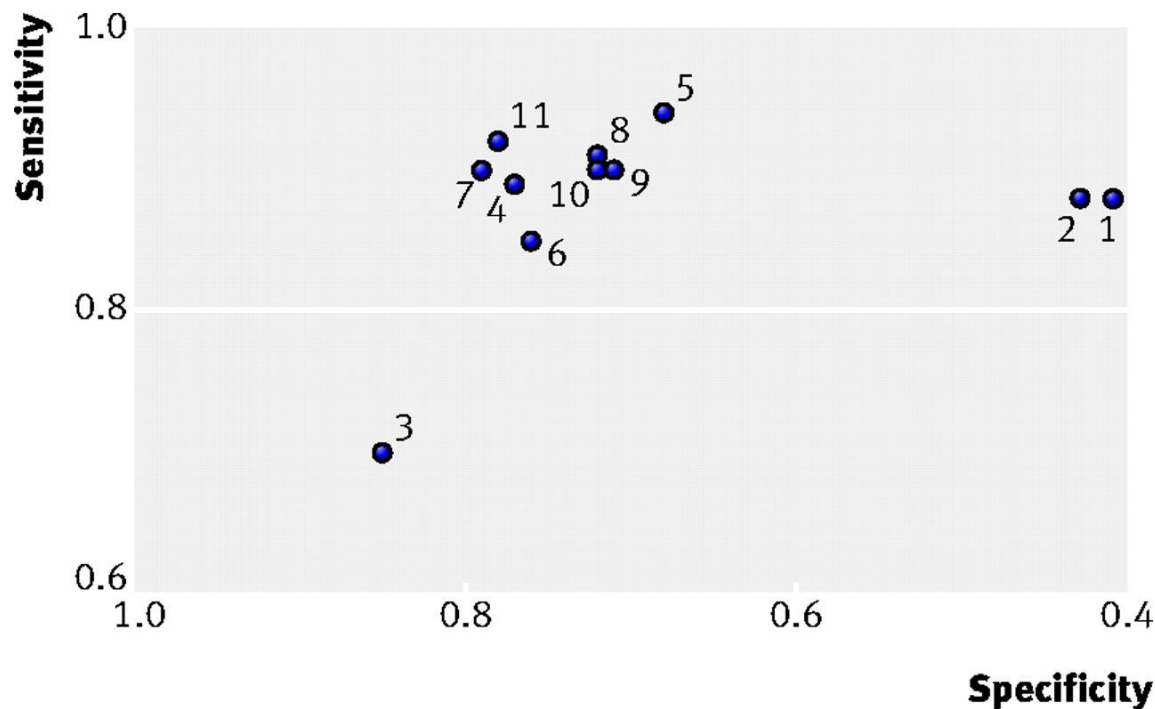
| Final diagnoses in 1021 patients | No (%) |
|--|----------|
| Urgent | |
| Acute appendicitis | 284 (28) |
| Acute diverticulitis | 118 (12) |
| Bowel obstruction | 68 (7) |
| Acute cholecystitis | 52 (5) |
| Acute pancreatitis | 28 (3) |
| Gynaecological diseases* | 27 (3) |
| Urological diseases†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

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

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

Résultats

- L'valuation clinique tait e de nombreux faux diagnostics urgents (1,2).
- La sensibilité tait de 89 % pour le scanner (4) et de 70 % pour l'chographie (3).
- La gie de scanner uniquement en cas d'chographie gative ou non contributive (5) a permis d'obtenir la meilleure sensibilité, ne manquant que 6 % des diagnostics urgents.
- Avec cette gie, seuls 49 % avaient cessité a alisation d'un scanner.



Toutes les gies es sur les risques du patient ou la localisation de la douleur taient es une perte de sensibilité (7,8,0,10,11).

Conclusions

La stratégie la plus avantageuse est:

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

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



Les points essentiels de la
démarche diagnostique des
douleurs abdominales
aiguës

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

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



Tableau clinique

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

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



Diagnostic clinique

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

Stratégie d'imagerie

- ➔ Scanner: examen de première intention. Permet les diagnostics différentiels (péritonite...).
- ➔ Echographie: excellent examen pour le diagnostic d'anévrysme non fissuré.

1) American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Clinical Condition: Pulsatile Abdominal Mass, Suspected Abdominal Aortic Aneurysm.

Ischémie mésentérique aiguë

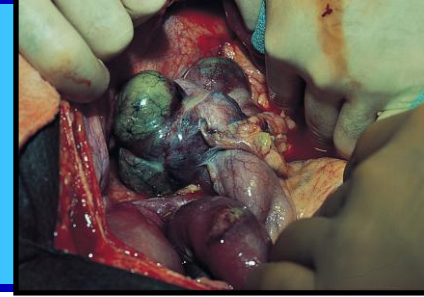


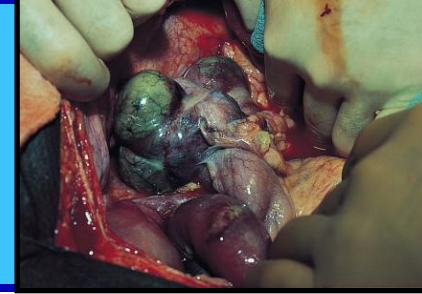
Tableau clinique

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

Epidémiologie

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

Ischémie mésentérique aiguë



Biologie

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

Imagerie

- ➔ Pas de place pour l' échographie.
- ➔ Scanner avec injection temps artériel: montre des signes d' ischémie de la paroi plus ou moins étendue et des signes d'occlusion intestinale, il fait le diagnostic différentiel avec les autres causes d'abdomen chirurgical : péritonite, occlusion, hernie.

Perforation du tube digestif

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

Imagerie

- ➔ Pas de place pour l'ASP et l'échographie.
- ➔ Scanner: permet de prouver la perforation (panchement libre dans le péritoine ou le rétro-péritoine) et permet parfois de trouver le site de la perforation (dans 40% des cas).

Pathologies extra-abdominales



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

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Les femmes en âge de procréer

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

Les douleurs qui peuvent tuer

Chez les patients de plus de 50 ans

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

Les femmes en âge de procréer

Les patients immunodéprimés

Les patients immunodéprimés

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

Quadrant supérieur droit

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

Radiculite, zona
Douleur costale

Douleur biliaire
Cholécystite/cholangite

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

Rein: pyélonéphrite, stase, lithiase,
infarctissement

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

Epigastre/milieu

Etiologies cardiaques: ischémie/
infarctus du myocarde inférieur,
péricardite

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

Dyspepsie

Estomac: peptique, tumeur, trouble
de la vidange gastrique

Toutes étiologies biliaires de douleurs!

Pancréatite, tumeurs pancréatiques

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

Paroi: hernies, phénomènes
de compression nerveuse

Quadrant supérieur gauche

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

Radiculite: comme à droite

Estomac: comme au milieu

Rate: infarctissement,
traumatisme

Pathologies de la queue du
pancréas

Rein: comme à droite

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

Tableau douloureux abdominal
haut

Le reflux gastro-oesophagien



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

Maladie ulcéreuse



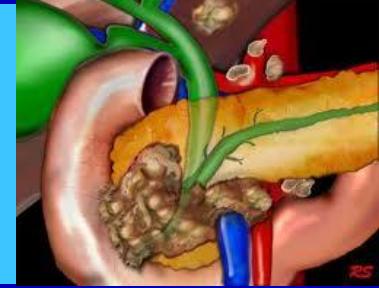
- ➔ Les douleurs sont ressenties comme brûlures ou perforations dans l'épigastre et nettement accentuées ou diminuées par la prise de nourriture.
- ➔ La perception de la douleur dans l'hypochondre droit ou gauche et son irradiation dans le dos sont possibles chez une minorité de patients.
- ➔ La maladie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

Cancer de l'estomac



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

Cancer du pancréas



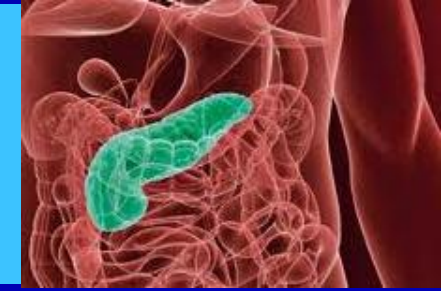
- ➔ Se manifeste pas des douleurs épigastriques ou des hypochondres.
- ➔ Les douleurs peuvent être intenses, à irradiation dorsale associée à une altération de l'état général majeure due à une anorexie.
- ➔ Peut se révéler par un ictère cholestatique, d'apparition progressive, sans fièvre, ni douleurs.
- ➔ L' échographie abdominale est l'examen de première intention devant une symptomatologie évocatrice de cancer du pancréas, mais sa normalité ne permet pas d'éliminer formellement le diagnostic, elle sera complétée par un scanner, celui-ci permet de confirmer le diagnostic et d'établir le stade de la maladie.

Pancréatite aiguë



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

Pancréatite aiguë



Imagerie

- ➔ En l'absence de signes cliniques et biologiques, il n'y a pas lieu de réaliser un examen d'imagerie pour le confirmer.
- ➔ En cas de doute diagnostique, l'examen de référence est le scanner, il permet un diagnostic différentiel chez des malades ayant des signes atypiques d'occlusion ou de perforation intestinales.



Colique hépatique



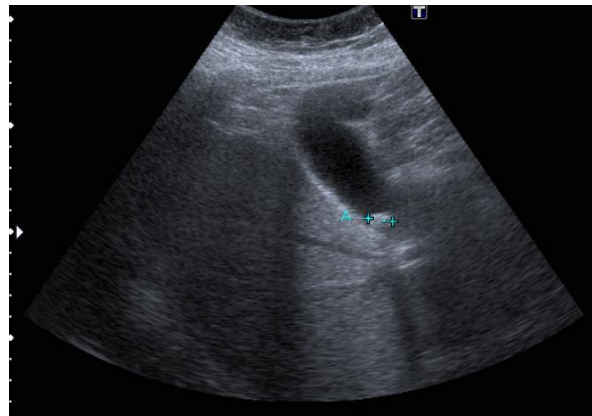
- ➔ Le principal signe clinique est la douleur biliaire: elle se caractérise par une douleur d'apparition brutale de l'hypochondre droit ou de l'epigastre (dans plus de 50 % des cas), avec une irradiation qui peut être en ceinture droite ou en bretelle.
- ➔ Cette douleur apparaît souvent en postprandiale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

Colique hépatique



Stratégie d'imagerie

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



Cholécystite



- ➔ Il s'agit de l'infection aiguë de la vésicule due à une obstruction du canal cystique par un calcul.
- ➔ Elle se traduit par une fièvre et des frissons associés à des douleurs de l'hypochondre droit qui se prolongent au-delà de 24 heures.
- ➔ Il n'y a généralement pas d'ictère puisque la voie biliaire principale n'est généralement pas concernée.
- ➔ L'examen clinique révèle une douleur et parfois une défense de l'hypochondre droit et de la fièvre.

Cholécystite



Signes biologiques

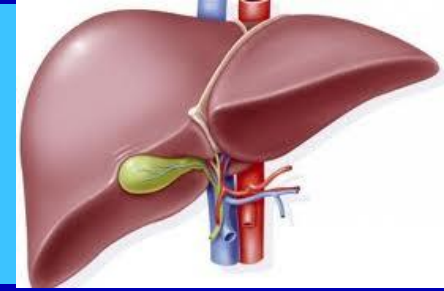
- ➔ Signes biologiques d'inflammation et d'infection sont une élévation de la CRP ou/et une leucocytose neutrophile.

Stratégie d'imagerie

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



Angiocholite



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

Thrombose veine porte



- ➔ Correspond à l'obstruction du tronc de la veine porte par un caillot sanguin. Il peut se tendre dans les branches hépatiques ou dans la veine splénique et/ou les veines mésentériques.
- ➔ Les principales causes locales sont la cirrhose, les tumeurs malignes du carrefour bilio-digestif, les maladies inflammatoires abdominales, les traumatismes de l'axe veineux porte et le ralentissement du flux veineux porte.
- ➔ Les causes systémiques comprennent les thrombophilies héréditaires et acquises ainsi que les maladies auto-inflammatoires.
- ➔ Les manifestations sont une douleur abdominale irradiant à l'épigastre, continue sur plusieurs jours, d'intensité variable. Une fièvre peut être présente, même en l'absence d'infection. L'examen physique est normal, l'abdomen est souple, contrastant avec l'intensité de la douleur.

Thrombose veine porte

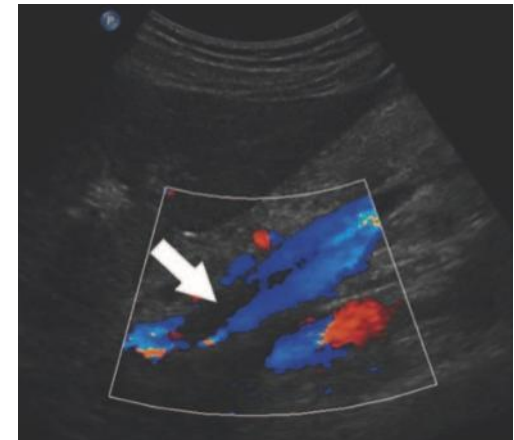


Signes biologiques

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

Stratégie d'imagerie

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



Pathologie pleuro-pulmonaire

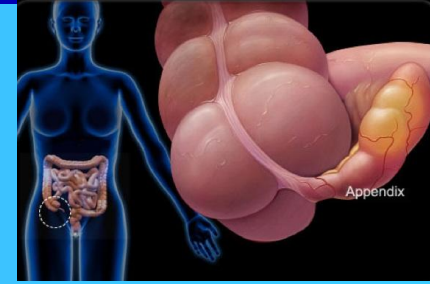


- ➔ Une pneumopathie basale ou un pneumothorax peuvent se présenter par des douleurs de l'hypochondre, de la partie latérale de l'abdomen et dans les lombes, associées ou non à une fièvre ou à des signes respiratoires.
- ➔ L'embolie pulmonaire peut se limiter à un tableau de douleurs abdominales isolées,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



Les douleurs localisées en
fosse iliaque

Appendicite aiguë: généralités



- ➔ Fréquence en baisse depuis le début du siècle en raison de la modification des habitudes alimentaires avec un apport plus important de fibres et une dilution de l'écoulement qui a réduit le nombre des infections bactériennes.
- ➔ Elle reste la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour syndrome douloureux abdominal aiguë.
- ➔ Elle est plus fréquente chez l'adulte, avec une prévalence plus élevée dans cette tranche d'âge.
- ➔ Rare chez l'enfant de moins de 3 ans et chez le sujet âgé, mais dans ces tranches d'âge les complications sont plus fréquentes et la mortalité plus élevée.

Appendicite aiguë: physiopathologie

- ➔ L'infection appendiculaire est provoquée par une obstruction de la lumière de l'appendice, par un obstacle :
- Endoluminal (coprolithe, corps étranger, vers, ascaris, etc.) ;
 - Mural (hyperplasie lymphoïde, tumeur appendiculaire carcinoïde) ;
 - Extraluminal (diverticule caecal).
- ➔ Cette obstruction provoque une pullulation microbienne dans la lumière appendiculaire avec lésions muqueuses puis infiltrat inflammatoire avec lésions infectieuses et ischémiques.

Appendicite aiguë: formes cliniques

Appendicite aiguë en position iliaque droite



est observée dans 60% des cas.



Les signes fonctionnels sont:

- une douleur de la fosse iliaque droite ou une douleur d'abord épigastrique puis localisée à droite,
- des vomissements,
- une constipation ou parfois une diarrhée.
- Les signes généraux sont une fièvre aux alentours de 38 C.
- Les signes physiques sont un abdomen plat et une douleur localisée au point de Mac Burney avec une raideur à la palpation.



Sur le plan biologique, il existe

une augmentation des leucocytes totaux et des polynucléaires neutrophiles, elle est localisée et évolutive. Une appendicite est confirmée si la douleur persiste et s'intensifie depuis plusieurs heures.

Appendicite aiguë: formes cliniques selon la topographie

- ➔ **Appendicite pelvienne** : qui peut simuler une salpingite aiguë. Les douleurs, localisées dans la région hypogastrique droite.
- ➔ **Appendicite sigmoïdienne** - **patique**: qui peut simuler une cystite aiguë : douleurs de l'hypochondre droit, vire et fesse.
- ➔ **Appendicite tro-caecale** localisée en arrière du cæcum et en avant du muscle psoas, les douleurs sont plutôt lombaires droites et le patient a parfois une position antalgique en position fœtale (cuisse droite collée sur le tronc).
- ➔ **Appendicite supra-cœliaque** localisée au milieu des anses grêles. Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale de la vire.
- ➔ **Appendicite sous-cœliaque** localisée au milieu des anses grêles. Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale de la vire.

Appendicite aiguë: formes cliniques selon le terrain

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

Appendicite aiguë: diagnostic

- ➔ Le symptôme initial est presque invariablement la douleur abdominale, de type local. Elle est en général mal localisée dans la région péri-ombilicale ou péri-gastrique. C'est le seul signe constant (95% des cas) qui persiste lors des examens successifs même dans une forme atypique.
- ➔ Le diagnostic d'appendicite aiguë est d'abord clinique et repose sur des signes généraux et abdominaux notamment une fièvre supérieure 38 C, une douleur localisée à la palpation de la fosse iliaque droite et l'existence d'une défécation douloureuse.
- ➔ L'élévation de la leucocytose (supérieure à 10×10^9 cellules /L) est plus fréquente dans les formes atypiques.

Appendicite aiguë: imagerie

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

Appendicite aiguë: quelle imagerie ?

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

Appendicite aiguë: probabilité clinique d'appendicite

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

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

Appendicite aiguë: conduite à tenir

En présence d'une probabilité faible:

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

Appendicite aiguë: conduite à tenir

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

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

Appendicite aiguë: conclusions

- ➔ Il convient aujourd'hui de **rechercher**, devant une douleur abdominale aiguë, les **signes** de la triade suivante « **une douleur en fosse iliaque droite, une leucocytose relative 10×10^9 cellules/L et une CRP relative 8 mg/L** » pour **classer** en trois niveaux de probabilité diagnostique (faible, **intermédiaire** et forte).
- ➔ Lorsque l'imagerie est **nécessaire**, l'**échographie** est **recherchée** en **première** intention, chez le sujet masculin jeune et chez la femme. Elle **présente** de **bonne** valeur diagnostique importante en cas de **visualisation** de l'appendicite. Chez le sujet âgé, l'utilisation du scanner est **recherchée**.
- ➔ Le **taux** de **visualisation** de l'appendicite est **faible** (en **raison** de la palpation, empatement...) ou de terrain fragile (**ostéoporose**, **anticoagulation**) et dans un **contexte** de **faible** probabilité.

Grossesse extra-utérine



Toujours y penser

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

- ➔ L' échographie : examen de référence intention.

Kyste de l'ovaire fonctionnel



- ➔ Il correspond à un follicule ovarien ou à un corps jaune ayant subi une transformation kystique et dont le diamètre moyen dépasse 30 mm.
- ➔ Leur existence est éphémère dans le temps puisque la grande majorité d'entre eux disparaissent spontanément en moins de 6 mois.
- ➔ Les signes d'appels principaux sont douleurs pelviennes d'intensité variable, bloquées, hémorragies, *spottings*, qui peuvent être associées à d'autres signes d'insuffisance ovarienne (mastodynies, pesanteur pelvienne, irritabilité...).
- ➔ La palpation abdominale ne retrouve aucune anomalie la plupart du temps, parfois le kyste pourra être perçu à travers la paroi.

Kyste de l'ovaire: conduite à tenir

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

Imagerie

- ➔ L'échographie: cise les caractéristiques du kyste ovarien.
- ➔ Mais l'argument biologique déterminant pour le diagnostic de kyste est rétrospectif: il doit en effet disparaître 6 mois suivant sa découverte. Cela impose donc des contrôles échographiques réguliers au début de phase folliculaire pour éviter toute confusion avec des images folliculaires en croissance des follicules dominants en croissance.
- ➔ Si l'échographie est peu contributive ou doute sur le caractère fonctionnel une IRM sera demandée.

Torsion d'annexe



- ➔ Bien que rare, c'est la complication la plus fréquente des kystes ovariens fonctionnels.
- ➔ La torsion de l'annexe peut concerner l'ovaire seul ou l'ovaire + la trompe.
- ➔ Elle survient chez les femmes en période folliculaire, susceptible d'entraîner massivement la perte folliculaire.
- ➔ Douleur brutale et intense débutant en fosse iliaque puis irradiant dans tout le pelvis associée à des nausées et vomissements. Défense abdominale voire contracture.
- ➔ TV: masse latéro-utérine unilatérale très douloureuse, indépendante de l'utérus.

Torsion d'annexe: conduite à tenir

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

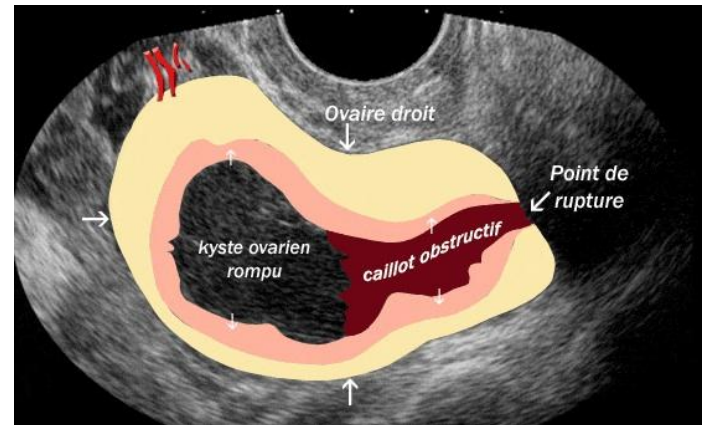
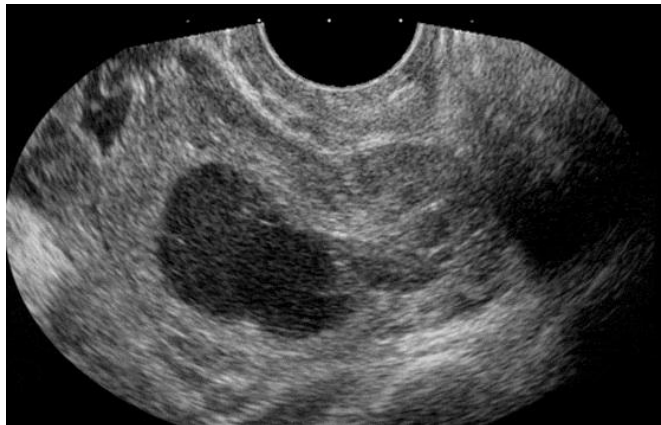
Imagerie

➔ L'échographie: de volume et ne (sence de plages liquidiennes de crose). Il est douloureux lors du passage de la sonde. On y visualise le kyste ovarien dont le contenu est galement ne.

Rupture de kyste de l'ovaire



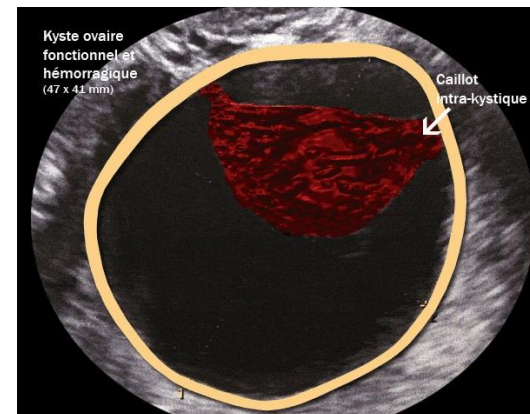
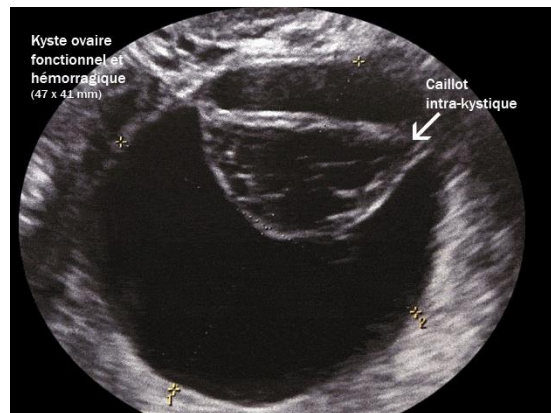
- ➔ Peut donner un tableau clinique d'abdomen chirurgical en raison du caractère brutal de la survenue de l'épanchement péritonéal.
- ➔ L'examen physique retrouve une défense unilatérale pelvienne.
- ➔ L'échographie permet de quantifier l'épanchement péritonéal et éventuellement de visualiser une image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



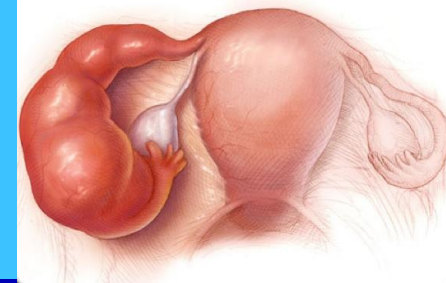
Hémorragie intra-kystique



- ➔ L'involution hémorragique des kystes peut être responsable de douleurs pelviennes importantes.
- ➔ L'examen clinique retrouve une sensibilité dans l'une des deux fosses iliaques.
- ➔ L'échographie permet de faire le diagnostic: hémorragie intrakystique ou kyste rompu avec épanchement dans le Douglas.



Infections génitales hautes



→ Elles regroupent les formes les plus graves des infections génitales hautes, qu'elles soient aiguës ou chroniques, avec ou sans complications. Elles incluent les endométrites, les salpingites, les tubo-ovariens, les péritonites et les abcès d'origine génitale.

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

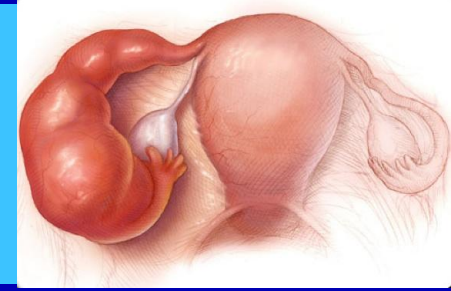
Infections génitales hautes: conduite à tenir

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

Infections génitales hautes: microbiologie

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

Infections génitales hautes: complications



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

Complications des fibromes utérins



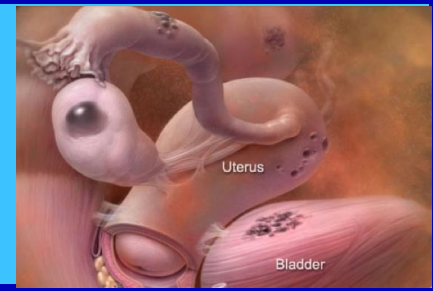
- ➔ Nécrobiose de fibrome : gros fibrome mou, douloureux +/- métrorragies brunâtres, fièvre à 38 °C.
- ➔ Torsion de fibrome : tableau proche de la torsion d'annexe. Diagnostic peropératoire.
- ➔ Accouchement par le col d'un fibrome sous-muqueux: coliques expulsives + métrorragies. Fibrome dans le vagin.

Douleurs cycliques de la femme



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

Endométriose



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

Diverticulite sigmoïdienne



- ➔ La présentation clinique typique est caractérisée par une douleur d'intensité modérée, siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche, plus rarement dans l'hypogastre ou le flanc gauche, sans irradiation.
- ➔ Nausées ou vomissements sont inconstants, parfois diarrhée plus rarement un arrêt des matières et des gaz.
- ➔ La température est d'environ 38,5 C.
- ➔ À l'examen physique, on note une défense de la fosse iliaque gauche +/- importante selon la gravité du tableau clinique.
- ➔ La diverticulite peut se compliquer par un abcès, une fistule, une obstruction intestinale ou une perforation.

Diverticulite sigmoïdienne: imagerie

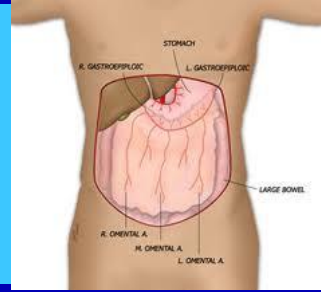


- ➔ Une imagerie est toujours nécessaire pour prouver le diagnostic, rechercher une complication et éliminer les diagnostics différentiels.
- ➔ Le scanner injecté est l'examen de référence.
- ➔ Recommandations HAS 2006: scanner systématique dans les 24 heures suivant l'admission ou dans les 72 heures suivant l'apparition des premiers signes.



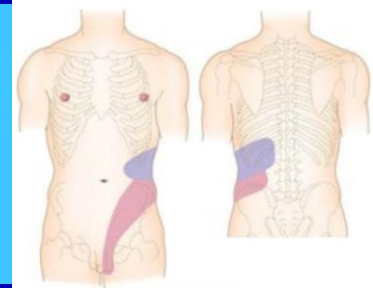
Haute Autorité de Santé (HAS) : recommandations de bonnes pratiques cliniques 2006 : les complications de la diverticulose sigmoïdienne.

Torsion d'un appendice épiploïque: appendagite aiguë



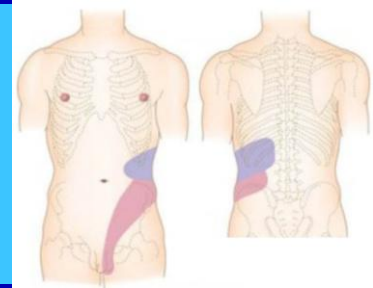
- ➔ Il s'agit de l'inflammation des franges grasses épiploïques.
- ➔ Douleur aiguë très localisée, intense, pseudo-chirurgicale, liée à la nécrose d'une franche grasseuse épiploïque.
- ➔ Diagnostic différentiel: appendicite rétro-caecale et diverticulite sigmoïdienne
- ➔ Le bilan biologique est normal le plus souvent, parfois légère augmentation des leucocytes.
- ➔ Le scanner abdominal retrouve une image grasseuse hypodense avec un discret halo inflammatoire.
- ➔ L'évolution est rapidement favorable spontanément ou avec un traitement antalgique et AINS.

Colique néphrétique



- ➔ Caractérisée par une douleur brutale et intense, unilatérale lombaire ou lomboabdominale et d'irradiation le plus souvent antérieure et descendante vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes.
- ➔ Il existe également des signes digestifs fréquents (**nausées, vomissements** et constipation), des signes urinaires (dysurie, pollakiurie et impériosité) et des signes généraux (agitation, anxiété). Il n'y a pas de fièvre.
- ➔ Symptomatologie plus fréquente le matin (par diminution de la production urinaire) et lors des saisons chaudes (par augmentation des pertes insensibles).
- ➔ Bandelette urinaire recommandée (recherche hématurie microscopique) permet aussi le diagnostic d'une infection urinaire sur la présence de leucocytes et de nitrites = réalisation d'une ECBU systématique.

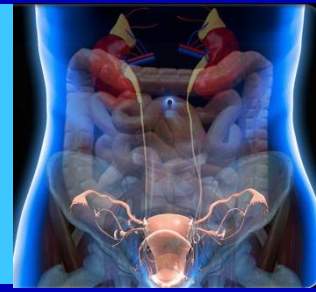
Colique néphrétique: imagerie



Deux stratégies d'imageries sont recommandées:

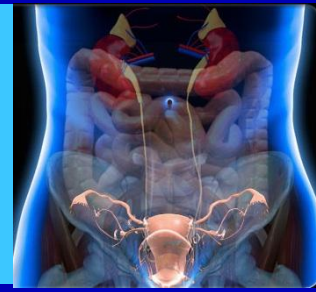
- ➔ Association ASP et échographie.
- ➔ Réalisation d'un scanner spiralé non injecté.

Pyélonéphrite



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

Pyélonéphrite: examens complémentaires



Biologie

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

Examens d'imagerie:

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

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

Douleur de la paroi abdominale



- ➔ Les douleurs somatopariétales: souvent dépendantes de la respiration et des mouvements, elles peuvent être localisées précisément par une palpation consciencieuse et sont en tout temps reproductibles. Il n'est pas rare que des examens aussi inutiles qu'ennuyeux soient proposés à ces patients.
- ➔ Les douleurs zostériennes.

Douleur hypogastrique



Rétention aiguë d'urine

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

Cystite aiguë

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



Les autres...
Douleurs abdominales diffuses

La péritonite



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

La péritonite



- ➔ Les signes péritonéaux peuvent être modérés voire absents chez les personnes âgées, dénutries ou immunodéprimées.
- ➔ Ils peuvent être difficiles à évaluer chez un patient obèse ou chez un malade dans le coma.
- ➔ La présence de signes de gravité (choc) doit conduire à une intervention en urgence sans autre examen complémentaire.

La péritonite: imagerie



: la référence.

- Permet de confirmer le diagnostic de péritonite (paississement et opacification du péritoine, +/- collections extra-digestives liquidiennes ou cales)
- En rechercher la cause.



Occlusion intestinale



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

Occlusion intestinale



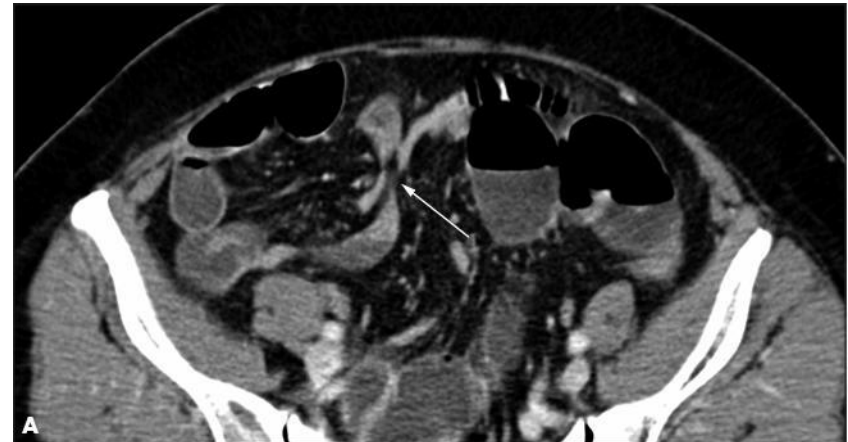
- ➔ Les douleurs abdominales constantes, précoces, localisées ou diffuses.
- ➔ Les vomissements variables dans leur fréquence et leur abondance. Ils sont d'autant plus précoces que l'obstacle est haut situé.
- ➔ **L'arrêt des matières et des gaz** est le symptôme principal, mais il peut être masqué par la vidange du segment intestinal distal. Il est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas situé.
- ➔ Le météorisme associe un ballonnement abdominal visible à l'inspection et un tympanisme décelé par la percussion. L'abdomen est tendu et sensible de façon diffuse, habituellement souple mais une défense localisée peut traduire la souffrance d'une anse intestinale.
- ➔ La palpation comporte l'examen attentif des orifices herniaires. Les touchers pelviens permettent parfois de retrouver la cause de l'occlusion (fécalome, cancer du rectum).
- ➔ La recherche d'une cicatrice abdominale est essentielle.

Occlusion intestinale: imagerie



: examen de **radiologie** re intention

- Occlusion du grêle (dilatation > 2,5cm d'une anse grêle), occlusion colique = dilatation > 8cm,
- **la** sence de niveaux **liquides**.
- **cise** le site et le **canisme** de l'occlusion (bride , volvulus, tumeur)
- **la** sence de niveaux **liquides**.



L'échographie: pas d'indication, montre rarement le **ge** et le **canisme** de l'occlusion, examen rendu difficile par la **sence** de nombreux gaz digestifs.

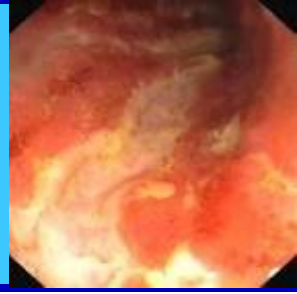
Le syndrome de l'intestin irritable

- ➔ Trouble fonctionnel récidivant dont les symptômes ne sont pas spécifiques.
- ➔ Sa prévalence est estimée entre 8 à 10 % en France, Il survient le plus souvent entre 15 et 65 ans.
- ➔ Les signes d'orientation:
 - La chronicité des symptômes.
 - Le type de douleur : intermittente ou continue.
 - Les épisodes antérieurs de douleurs.
 - Soulagement de la douleur par la défécation ou le passage de gaz
 - Absence de douleur nocturne.
 - Autres symptômes abdominaux : ballonnement, distension abdominale, borborygmes.
- ➔ L'examen clinique est pauvre avec une sensibilité diffuse à la palpation.

Le syndrome de l'intestin irritable

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

Douleur abdominale et diarrhée



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



Les douleurs abdominales qui
masquent une pathologie
extra-digestive

Point important

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

Acido-cétose diabétique



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

Acido-cétose alcoolique

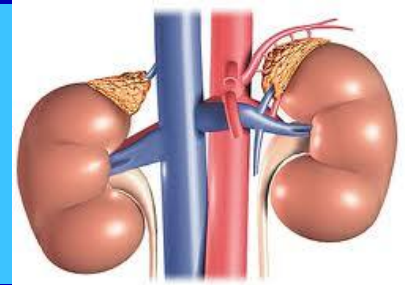


- ➔ Survient chez l'alcoolique chronique, dans un contexte de jeun prolongé, parfois lié à une intolérance alimentaire secondaire à une gastrite ou à une pancréatite aiguë, avec poursuite de la consommation alcoolique.
- ➔ Elle prédomine chez la femme.
- ➔ Se traduit cliniquement par des douleurs abdominales,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

Hypercalcémie

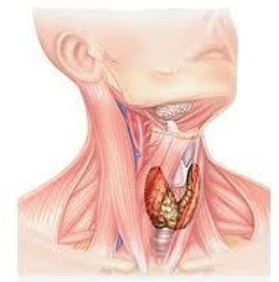
- ➔ Les symptômes sont relativement peu spécifiques.
- ➔ Les patients présentant une hypercalcémie aiguë peuvent se présenter avec des douleurs abdominales vagues, associées à une anorexie, des nausées, des vomissements et à une constipation.
- ➔ L'hyperparathyroïdie primaire et les localisations osseuses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

Insuffisance surrénalienne



- ➔ C'est une pathologie rare (1/10 000 habitants), mais grave, mettant en jeu le pronostic vital si un traitement adéquat n'est pas débuté en urgence.
- ➔ Symptomatologie digestive manifestation clinique classique, mais diagnostic retardé en raison de la nature non spécifique des symptômes.
- ➔ Douleurs abdominales intenses, diffuses, pseudo-chirurgicales, associées à des nausées, des vomissements, des diarrhées et des signes généraux (fièvre, hypotension) évocatrice de péritonite, contredit par l'examen clinique qui retrouve un abdomen souple.
- ➔ Présence d'une altération importante de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement. Une confusion peut être présente.
- ➔ Etiologie la plus fréquente: sevrage brutale d'une corticothérapie per os.
- ➔ Autres causes: nécrose hémorragique bilatérale des surrénales (postpartum), l'infarctus hypothalamo-hypophysaire ou la tuberculose surrénalienne.

Dysthyroïdie



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



Douleurs abdominales et
pathologies de système

Porphyries hépatiques aiguës

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

La fièvre méditerranéenne familiale



- ➔ Atteint de manière prédominante les sujets originaires de l'est méditerranéen, Juifs séfarades et Arméniens.
- ➔ Il s'agit d'un syndrome abdominal aigu, qui commence brusquement chez un sujet jusqu'alors en bonne santé.
- ➔ Lors des crises, l'examen clinique retrouve un abdomen sensible, météorisé, évoquant notamment une urgence chirurgicale devant la présence d'une défense ou d'une véritable contracture pariétale.
- ➔ La fièvre est quasi-constante.
- ➔ Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire.
- ➔ Le diagnostic doit être évoqué devant le contexte familial et ethnique du patient et la présentation clinique.
- ➔ Le traitement de la crise est essentiellement symptomatique, le traitement préventif repose sur l'administration de colchicine.

Conclusion

- ➔ La prise en charge initiale d'un syndrome douloureux abdominal est dominée par l'élimination des grandes urgences qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital à court terme.
- ➔ L'interrogatoire doit être précis.
- ➔ L'examen physique minutieux est fondamental dans la démarche diagnostic.
- ➔ Dans la majorité des cas, le diagnostic va être simple et permettra, devant des tableaux relativement typiques, d'envisager les principales urgences.
- ➔ La bandelette urinaire est un outil indispensable dans leur prise en charge.
- ➔ L'échographie peut être utile en première intention compte tenu de son esprit sa faible sensibilité, le recours au scanner est de plus en plus fréquent en raison de sa performance diagnostic.