

# Douleurs abdominales aiguës

Soirée AMMPPU du 04.04.2017

Docteur MC d'Huart

# Anamnèse

- Siège de la douleur
- Irradiation → transfixiante, vers épaule droite, vers OGE...
- Mode d'installation → brutale, en quelques heures, en quelques jours....
- Facteurs déclenchants → alcool, médicaments, alimentation, voyage récent...
- Facteurs d'exacerbation ou de soulagement

# Anamnèse

- Signes associés → AEG, troubles du transit, nausées, vomissements...
- Terrain + antécédents du patient

# Examen clinique

- Etat général → hémodynamique, hyperthermie, signes de choc
- Inspection → ictère cutanéomuqueux, pâleur, cyanose, ....
- Palpation → douleur provoquée, défense, contracture, orifices herniaires,
- Percussion → matité, ballonnements....
- Auscultation → BHA

# Examen clinique

- Signes d'alarme
  - Instabilité hémodynamique/signes de choc
  - Défense abdominale/contracture
  - Arrêt matières + gaz
  - Altération de l'état général importante

# Examens complémentaires

## Biologie

- NFS → anémie, hyperleucocytose
- Ionogramme sanguin
- TP, TCA (ictère/éthylisme chronique)
- Lipase (douleur épigastrique transfixiante brutale)
- Bilan hépatique (ictère/douleur hypochondre droit)

# Examens complémentaires

## Biologie

- BU/ECBU
- PCR
- Hémocultures si fièvre

# Examens complémentaires

## Biologie

- Signes d'alarme
  - Anémie avec retentissement clinique/saignement actif
  - Syndrome inflammatoire bio majeur
  - Lipasémie > 3N
  - Ictère + perturbations du BH



# Examens complémentaires

## Imagerie

- Ne sont pas systématiques
- Radiographies standards
  - RP (éliminer path pleuro pulmonaire)
  - ASP (quasi plus d'indications)

# Examens complémentaires

## Imagerie

- Echographie abdominale
  - - Simple, rapide, peu coûteux
  - +++ dans pathologie biliaire
  - Éliminer diagnostic différentiel gynécologique ou urinaire

# Examens complémentaires

## Imagerie

- Scanner abdomino pelvien
- Si suspicion d'une urgence chirurgicale (occlusion intestinale, péritonite)

# Autres

- Penser à l'ECG
- Douleurs abdominales épigastriques /  
hypocondre droit d'apparition brutale chez  
sujet avec facteurs de risque cardio vasculaires

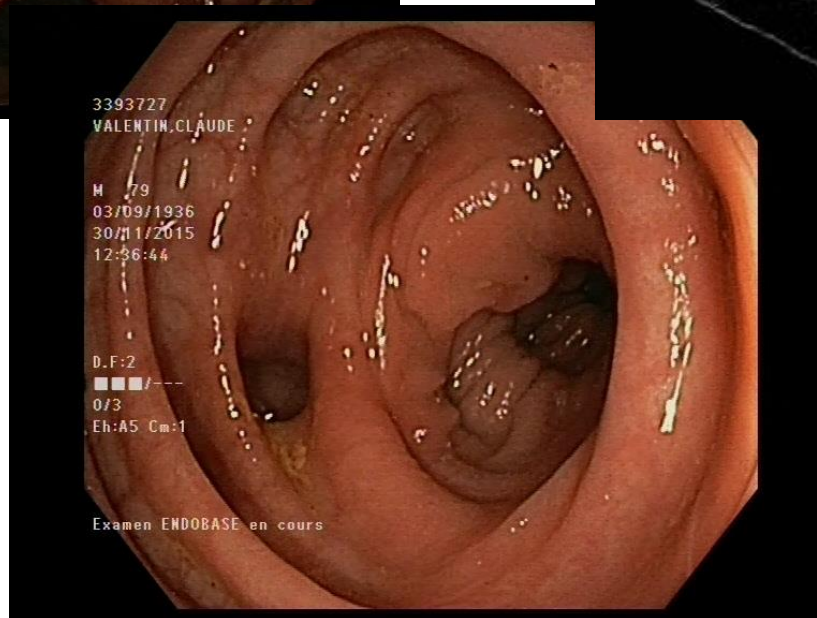
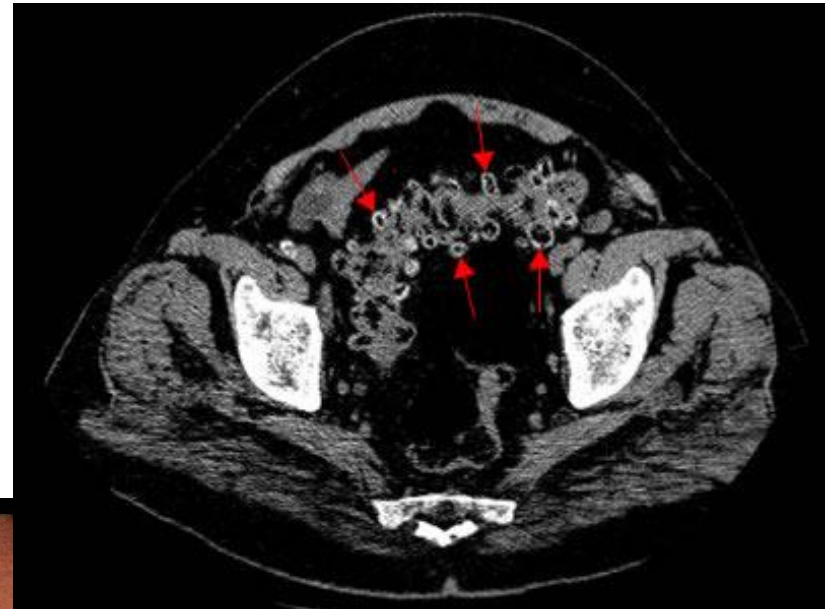
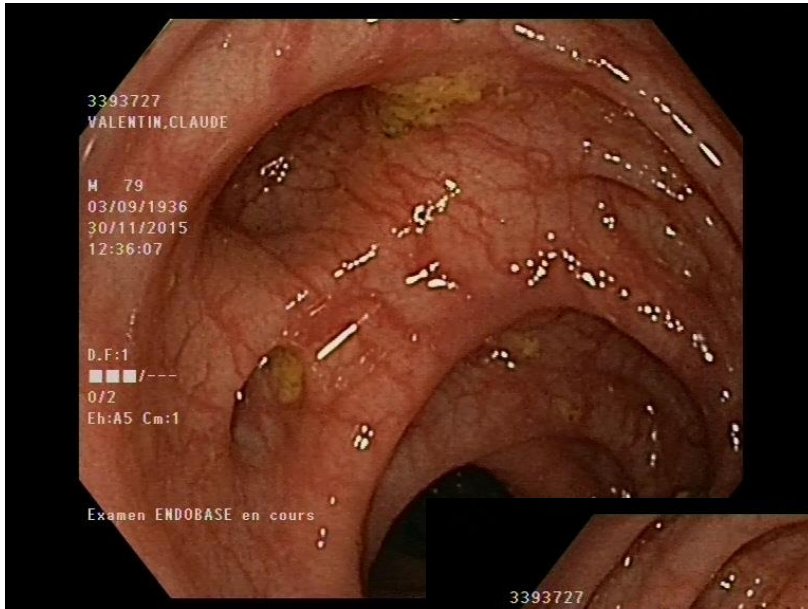
# Etiologies

Biliaire Hépatique  (Pleuro-pulmonaire)	Gastrique/duodénale Pancréatique Biliaire  (Cardio-vasculaire)	Rares Splénique  (Gastrique/Pancréatique)
Causes chir +++ Iléale/colique  (Gynécologique/urologique )	Coliques  (Gynécologique/urologique )	Colique  (gynécologique/urologique )

# Diverticulose colique

- Pathologie fréquente, prévalence augmente avec l'âge
- Diverticules coliques: 1/3 patients âgés de + 60 ans, 1/2 patients âgés de + 90 ans
- Asymptomatique dans 70 %, diverticulite dans 30 % des cas
- Taux de récurrence de 30 % (< 50 ans, sévérité lésions au scanner)

# Diverticulose colique

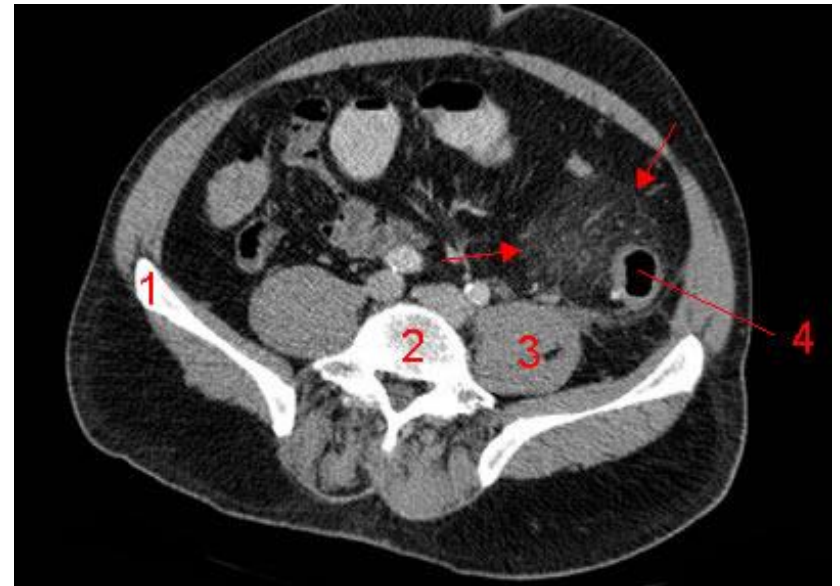
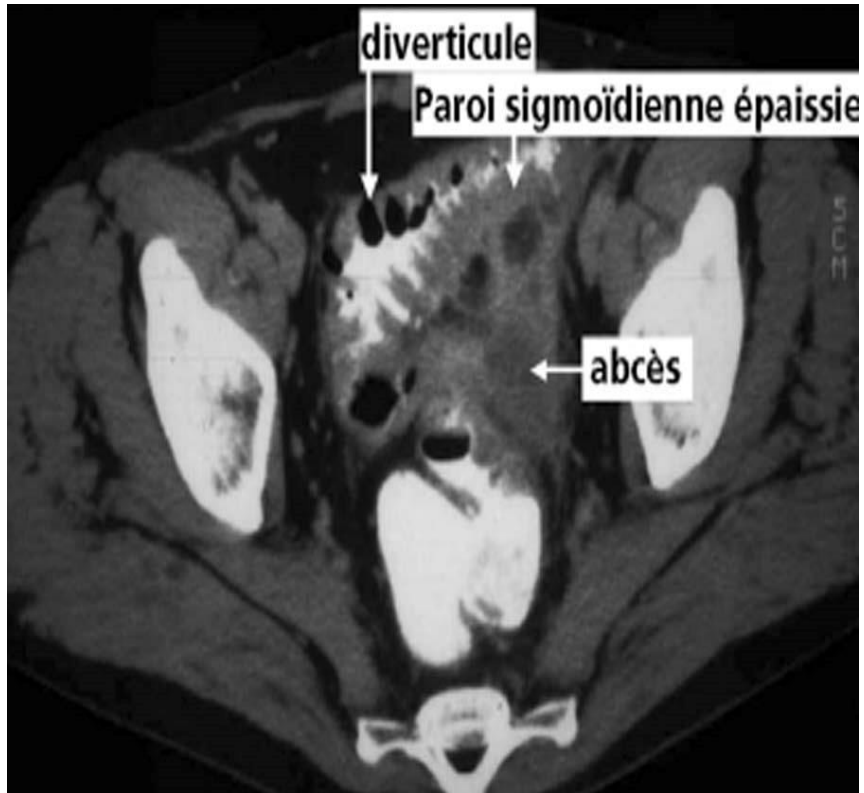


# Diverticulite sigmoïdienne

- Clinique → douleurs abdominales en FIG ou hypogastre + hyperthermie +/- diarrhées +/- rectorragies
- Biologie → syndrome inflammatoire biologique
- Imagerie: Scanner abdomino pelvien → diagnostic + pronostic



# Diverticulite sigmoïdienne



# Diverticulite sigmoïdienne

- Standard → traitement médical → mise au repos digestif + antibiothérapie de courte durée
- Travaux récents
  - limiter antibiothérapie aux formes sévères, complications ou patients immunodéprimés
  - drainage radiologique des abcès péri sigmoïdiens pour éviter chirurgie en urgence

# Diverticulite sigmoïdienne

- Traitement chirurgical → diverticulites perforées si impossibilité ou échec drainage radiologique

# Diverticulite sigmoïdienne

- Coloscopie à distance → recommandée pour éliminer pathologie tumorale sous jacente
- Pas de recommandations actuelles concernant la prévention de la récurrence
- Sigmoidectomie à froid → sujet à controverse

Formes compliquées +++, < 50 ans,  
immunodéprimés

# Pathologie biliaire

- Limitée à la vésicule biliaire → cholécystite
- Avec migration d'un calcul dans la voie biliaire principale
  - Migration spontanée réussie → colique hépatique
  - calcul enclavé → angiocholite

# Pathologie biliaire

- Facteurs de risque
  - Âge
  - Sexe
  - Poids → surcharge pondérale, régime hypercalorique, perte de poids rapide et importante
  - Médicaments → oestrogènes

# Cholécystite aiguë

- Clinique → douleur brutale hypocondre droit/ épigastre irradiant héli ceinture droite ou bretelle avec défense localisée, bloque inspiration profonde + fièvre
- Biologie → syndrome inflammatoire, BH normal le plus souvent
- Imagerie → échographie abdominale +++

# Cholécystite aiguë

- Traitement médical: antibiothérapie
- Traitement curatif: cholécystectomie à réaliser précocement quand d'origine lithiasique
- Drainage percutané en cas de signes de gravité (dysfonction organes, instabilité hémodynamique, complication locale)



# Angiocholite aiguë

- Clinique: triade de Charcot → douleur hypocondre droit ou épigastre + ictère cutanéomuqueux + hyperthermie
- Biologie → syndrome inflammatoire biologique + cholestase ictérique + cytolyse
- Imagerie: échographie abdominale / échoendoscopie biliopancréatique / IRM biliaire

# Angiocholite aigue

- Traitement → antibiothérapie (BGN) + drainage de voies biliaires par voie endoscopique
- Traitement préventif récidence → cholecystectomie

# Angiocholite aigue

# Colique hépatique

- Clinique → douleur abdominale hypocondre droit ou épigastre  
durée limitée entre 2 et 4 heures
- Biologie → perturbations BH rapidement régressives
- Imagerie → éliminer un calcul résiduel

# Colique hépatique

- Traitement chirurgical: cholécystectomie prophylactique

# Quid des calculs de la VBP asymptomatiques?

- Découverte fortuite en per opératoire / sur examen d'imagerie
- Traitement recommandé
- Intérêt de la bili IRM ou écho endoscopie bilio pancréatique si moindre doute

# Épigastralgies

- Divisée en 2 groupes
  - Dyspepsie de type **ulcéreuse** => douleur ++
  - Dyspepsie de type **moteur** => inconfort ++  
(sensation de plénitude gastrique ou de gonflement de la partie haute de l'abdomen, satiété précoce, nausées)
- **Signes d'alarme** => anémie, dysphagie, perte de poids récente involontaire, saignement digestif récent

# Épigastralgies

- Sujet de plus de 50 ans et/ou présence d'un signe d'alarme et/ou antécédents personnels ou familiaux de cancer gastrique => endoscopie digestive haute
- Sujets de moins de 50 ans sans symptômes d'alarme ni antécédents personnels ou familiaux de cancer gastrique => endoscopie digestive haute SI
  - Positivité d'un test diagnostique d'*Helicobacter pylori*
  - Echec d'un traitement symptomatique ou récurrence à l'arrêt du traitement (IPP pleine dose 4-8 semaines)



# Traitement *Helicobacter pylori*

- 1<sup>ère</sup> ligne:

IPP + clarithromycine + amoxicilline+ métronidazole 14 jours

OU oméprazole + bismuth + tétracycline + métronidazole 10 jours

CONTRÔLER ÉRADICATION AVEC TEST HELIKIT +++

- 2<sup>ème</sup> ligne: autre traitement
- Si échec: ANTIBIOGRAMME
- Quinolone R: IPP + rifabutine + amox 10 jours
- Macrolide S: IPP + clarithromycine + amox 14 jours
- Quinolone S: IPP + levofloxacin + amox 10 jours

# Pancréatite aiguë

- Clinique → douleurs épigastriques transfixiantes, à début brutal, permanente + vomissements
- Biologie → lipase > 3N

**NE PLUS DOSER L'AMYLASE**

- Imagerie → pour évaluation de la gravité/rechercher une cause → scanner abdomino pelvien injecté

# Pancréatite aiguë

- Récidive des douleurs typiques à distance
  - Nouvelle poussée
  - Complications tardives → pseudo kystes

NB: dans contexte de pancréatite chronique calcifiante → douleurs typiques de pancréatites récidivantes au traitement médical → stenting pancréatique

# Savoir penser aux autres étiologies

- Vasculaires → écho doppler des artères digestives, angio scanner abdominal
- Cardiaques → ECG, cycles enzymatiques
- Pleuro pulmonaires → RP
- Gynécologiques →  $\beta$ HCG, échographie pelvienne
- Urologiques

# Savoir penser aux étiologies rares

- Affections endocriniennes
  - Insuffisance surrénalienne aiguë
  - Hypercalcémie
  - Acidocétose diabétique, hyperthyroïdie...
- Affections héréditaires
  - Maladie périodique
  - Porphyrie, ....
- Autres: intoxication au plomb

# Bibliographie

- Référentiel HGE ECN
- UEJW 2012
- FMC en HGE
- Traitement de la diverticulose colique: place et indications de la chirurgie
- Nouvelles recommandations sur la PEC des patients infectés par *helicobacter pylori*
- La cholécystite aiguë lithiasique: diagnostic, critères de gravité, traitement. Quand et comment chercher une lithiasie de la voie biliaire principale? Comment traiter une lithiasie de la voie biliaire?