

Douleur abdominale aigue

Colloque de médecine de premier recours
11/10/2017



T'inquiète
pas,
cela va
s'arranger !

Dr Dupuis Arnaud
Chef de clinique
arnaud.dupuis@hcuge.ch

Bip : 34708

Dr Ris Frédéric
Médecin adjoint
frederic.ris@hcuge.ch

Bip : 32689

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE

chirurgie
viscérale &
transplantation
genève
www.visceral-surgery.ch

Douleur abdominale aigue

Vaste sujet....



Douleur abdominale aigue

Anamnèse

Examen clinique



Examens
paracliniques

Chirurgie



Plan

- Définition et épidémiologie
- Anamnèse
- Examen clinique
- Examens paracliniques
- Vignettes cliniques



Définition et épidémiologie

- Douleurs spontanées, se projetant sur l'abdomen et évoluant depuis moins de 7 jours *[Flament Y, MASSON 1991]*
- 10% des consultations aux urgences *[Bouillot et Bressler, Congrès AFC 2004]*
- Médicale 80% versus chirurgicale 20%
- 35% sans diagnostic

Epidémiologie

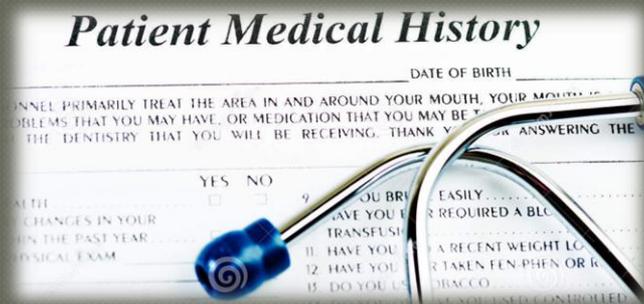
- <30 ans : Appendicite, affections gynécologiques et les douleurs abdominales non spécifiées (DANS) sont les pathologies les plus fréquentes.
- >70 ans, les pathologies les plus fréquentes sont les hernies étranglées, les anévrysmes rompus, les cancers, les sigmoïdites, les cholécystites et les péritonites
- Plus le patient est âgé plus la pathologie est organique et souvent chirurgicale.

Epidémiologie

Références	Wilson BJS	De Dombal Scand J Gastro	AURC et ARC Nouv Press Med	Bouillot et Bressler Congrès AFC
Année	1977	1979	1981	2004
Nombre de cas	991	6097	3772	953
Douleurs abdominales non spécifiées	53.3%	43.0%	22.0%	34.8%
Appendicite	18.8%	24.1%	26.0%	7.5%
Cholécystite	7.0%	8.9%	10.0%	6.1%+1.5% colique hépatique
Occlusion intestinales aiguës	3.2%	4.0%	9.0%+3.0% hernie	6.7%+3.4% hernie
Coliques néphrétiques	5.8%	2.8%	4.0%	11%
Ulcère perforé	2.8%	2.8%	4.0%	-
Pancréatite aigue	1.7%	2.1%	4.0%	4.3%
Diverticulite	1.4%	2.1%	2.0%	3.8%
Pathologies gynécologiques	3.2%	-	7.0%	6.1%
Autres diagnostics	1.3%	9.3%	6.0%	6.0%

Anamnèse

- Antécédents



- AINS : Perforation ulcéreuse , VPP/P = 6,4
- Laparotomie : occlusion, VPP/P = 2,7
- Ingestion d'alcool : pancréatite, VPP/P = 4,9
- Traitement
- Age

Causes en fonction de l'âge (%)

Diagnostic	<20 ans	20-29	40-49	60-69	70-79
Appendicite	37	31	6	2	3
UGD	4	14	36	12	23
Occlusion	4	11	12	14	19
Cholécystite	1	4	10	16	23
Pyélonéphrite	18	22	8	4	4
CN	6	14	20	8	8
Sigmoidite	0	1	10	14	21
Gynéco	18	51	5	4	5
Anévrisme Ao	0	0	0	27	36
Non spécifique	33	28	8	6	6

Douleur

◎ Type et intensité

◎ Localisation

◎ Migration

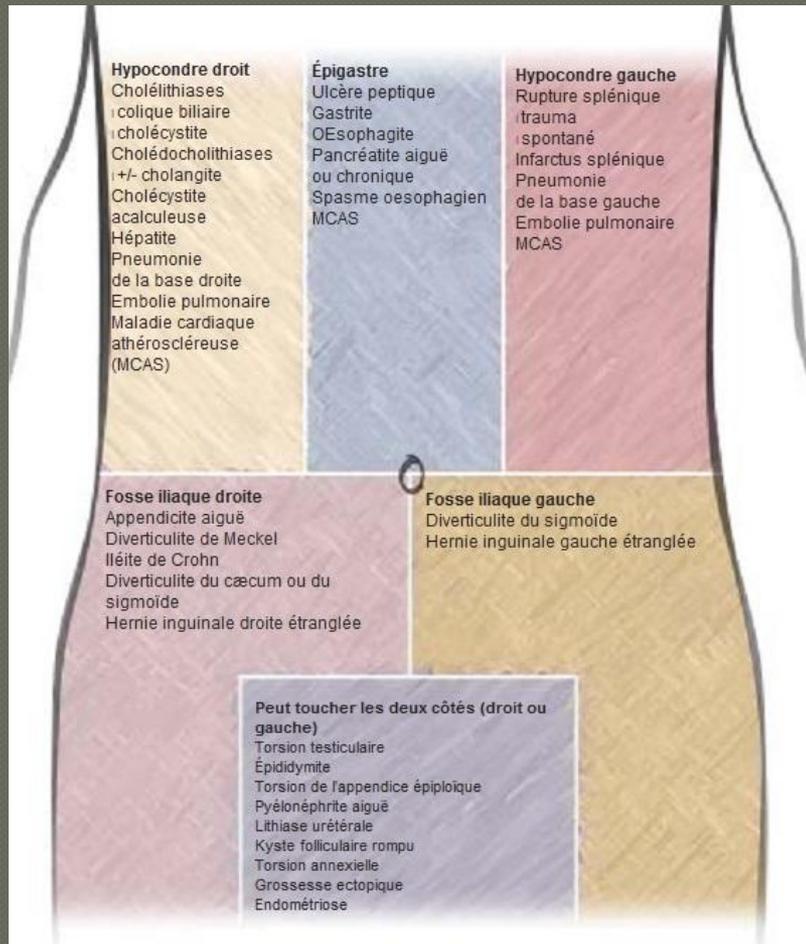
◎ Irradiation

- Scapulalgie des affections biliaires (VPP/P : 3,6)
- Irradiation descendante des coliques néphrétiques (VPP/P : 4,5)

◎ Position antalgique



Localisation



Signes d'accompagnement

- Hématurie : CN (VPP/P 13,8)
- Vomissements fécaloïdes : Occlusion (VPP/P 5,4)
- Arrêt des gaz : Occlusion (VPP/P 3,5)
- Vomissements répétés : Occlusion (VPP/P 1,9)
- Diarrhées : sigmoïdite (VPP/P 1,4)



Examen clinique

- ◉ Constantes hémodynamiques
- ◉ Température
- ◉ Inspection
- ◉ Auscultation
- ◉ Palpation (Cave : orifices herniaires)
- ◉ Toucher rectal



Examen clinique

- Valeurs prédictives positives de l'examen clinique > 70 % pour l'appendicite, la colique néphrétique, la pancréatite et la hernie étranglée (90%).
- VPP médiocres pour les coliques hépatiques, les ulcères, les occlusions.
- Après examens complémentaires, VPP >80%.
- Sigmoidite nécessite examens complémentaires (50% de VPP)



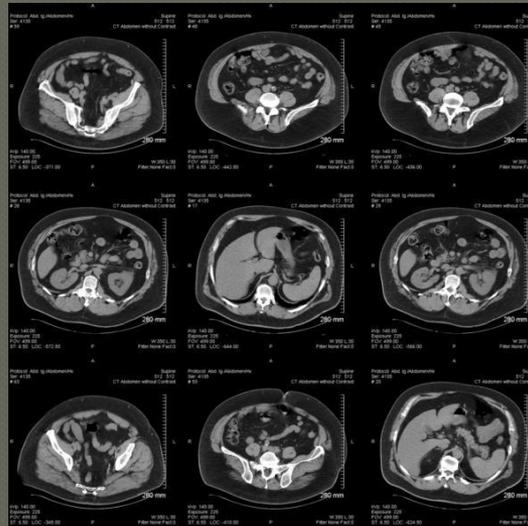
Examens paracliniques

- ◉ Sang (FSC, électrolytes, créatinémie, tests hépato-pancréatiques, CRP, coagulation, lactates)
- ◉ Urines (Leucocytes, nitrites, érythrocytes)
- ◉ ECG (cave : STEMI inf.)



Examens paracliniques

- Ultrason abdominal
 - Pathologie urinaire ou biliaire
- Radiographie conventionnelle
- Scanner



Utilité de la radio conventionnelle?

- Radiographie conventionnelle

- Abdo : corps étrangers ou test gastrographine
- Thorax : DD ou pneumopéritoine

CT low dose (même irradiation et plus d'informations)

CT scanner et diverticulites

Sur 150 patients, récoltés prospectivement, avec une suspicion clinique de diverticulite, seuls 64 (43%) seront confirmés par scanner.

[Rao et al. AJR, 1998]

Sur 120 patients suspectés cliniquement de présenter une diverticulite aiguë, seulement 67 (56%) auront une confirmation par scanner.

[Werner et al. Eur Radiol, 2003]

CT scanner et diverticulites

Sensibilité 98 %

Spécificité 99 %

- Diagnostique
- Scorer la sévérité

[Ambrosetti P et al. Dis Colon Rectum 2000]

Examens paracliniques : pièges!!!

- Douleurs pelviennes chez patiente en âge de procréer : enceinte dans 13 % [Ann Emerg Med, 1994]
 - Interrogatoire et contexte non fiable => Béta HCG
- FSC normale : 10 à 60 % des appendicites chez l'adulte [Br J Clin Pract, 1987]
- CRP dans le diagnostic d'appendicite [Scand J Clin Lab invest, 1997]
 - Sensibilité : 62 % (+NFS : 88%)
 - Spécificité : 66 % (+NFS 90%)
- Leucocyturie dans 20-30 % des appendicites
- Hématurie dans 30 % des ruptures d'anévrisme abdominal

Quand faire l'imagerie?

→ Délai de réalisation de l'imagerie

Immédiat

Ischémie mésentérique
Anévrysme aorte
Occlusion avec signe
d'ischémie
Perforation
Péritonite

Rapide (<6h)

Cholécystite
Appendicite
Colite
Diverticulite
Occlusion sans
signe d'ischémie

Différé

Pancréatite aigue

Vignette 1

- ◉ Homme, 25 ans
- ◉ Douleurs FID depuis 48H, afébrile
- ◉ Défense localisée au McBurney
- ◉ Leuco 11, CRP 10

Vignette 1



Appendicite

- Pathologie fréquente (7-10%)
- Tableau classique versus présentation atypique (VPP 70% après US 74%)
- Appendicectomie
- Traitement conservateur (63% d'éviction de chirurgie à 1 an, ATB IV 1 semaine) [Hanson, BJS 2009]



Vignette 1'

- ◉ Femme, 25 ans
- ◉ Douleurs FID depuis 48H, subfébrile
- ◉ Défense localisée au Mc Burney
- ◉ Leuco 12, CRP 110

Vignette 1'



Abcès tubo-ovarien

- ◉ Symptômes gynécologiques +
- ◉ CAVE : DD = GEU!!!!
- ◉ MST
- ◉ Antibiothérapie adaptée (Zithromax et Vibramycine)

Vignette 1''

- ◉ Homme, 18 ans
- ◉ Douleurs FID depuis 48H, afébrile
- ◉ Défense localisée au McBurney
- ◉ Leuco 13, CRP 80

Vignette 1''



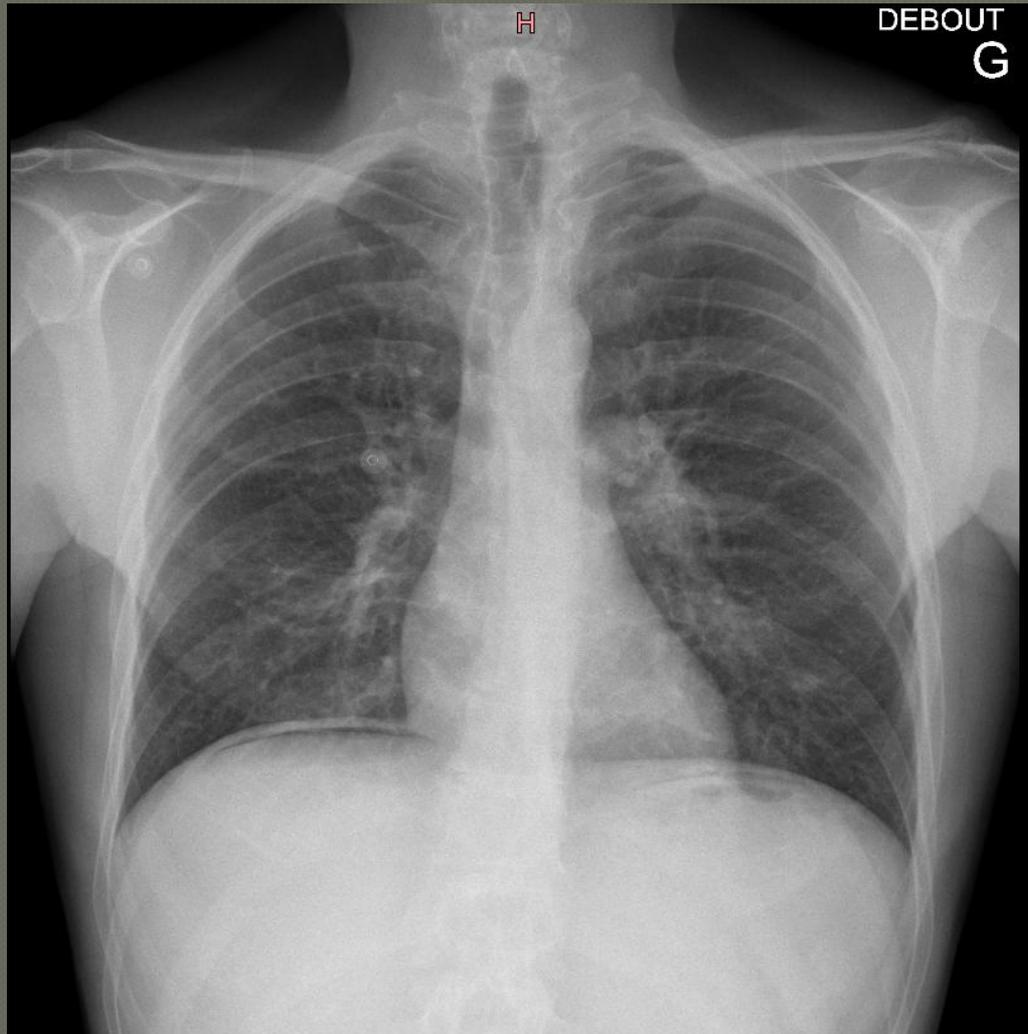
Iléite terminale

- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (diagnostic anatomopathologique)
- Pathologie infectieuse (Campylobacter, Yersinia enterocolitica, Y. pseudotuberculosis)
- Traitement médical > chirurgical

Vignette 2

- ◉ Homme, 43 ans
- ◉ Choc (hypotension, tachycardie)
- ◉ Douleurs abdominales vives, ventre de bois
- ◉ Patient sous AINS pour des lombosciatalgies

Vignette 2

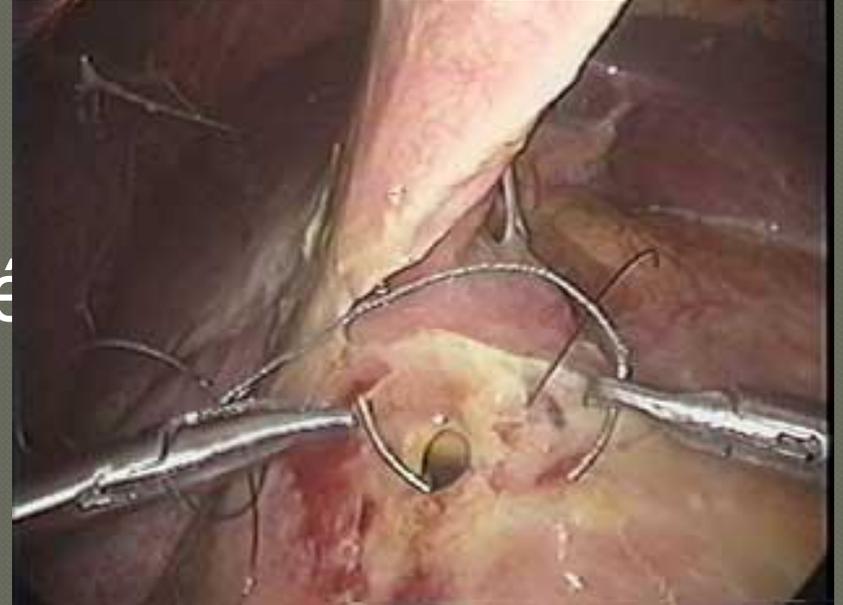


Vignette 2



Perforation d'ulcère

- ◉ Bulbaire +
- ◉ Si gastrique : cave né
- ◉ SNG, ATBttt, IPP
- ◉ Lavage et raphie d'ulcère par laparoscopie
- ◉ Antrectomie rare mais parfois nécessaire



Vignette 3

- ◉ Homme, 65 ans
- ◉ Tabac ++, HTA
- ◉ Douleurs abdominales vives
- ◉ Pas de péritonisme, masse pulsatile palpable.

Vignette 3



Rupture d'AAA

- ◉ Urgence vitale
- ◉ Si rupture contenue : ttt endovasculaire
- ◉ Si rupture intrapérionéale : laparotomie
- ◉ Mortalité importante

Vignette 4

- ◉ Femme, 40 ans
- ◉ Douleurs HCD
- ◉ Murphy +
- ◉ Leuco 14, CRP 75, test hépatopancréatique dans la norme.

Vignette 4



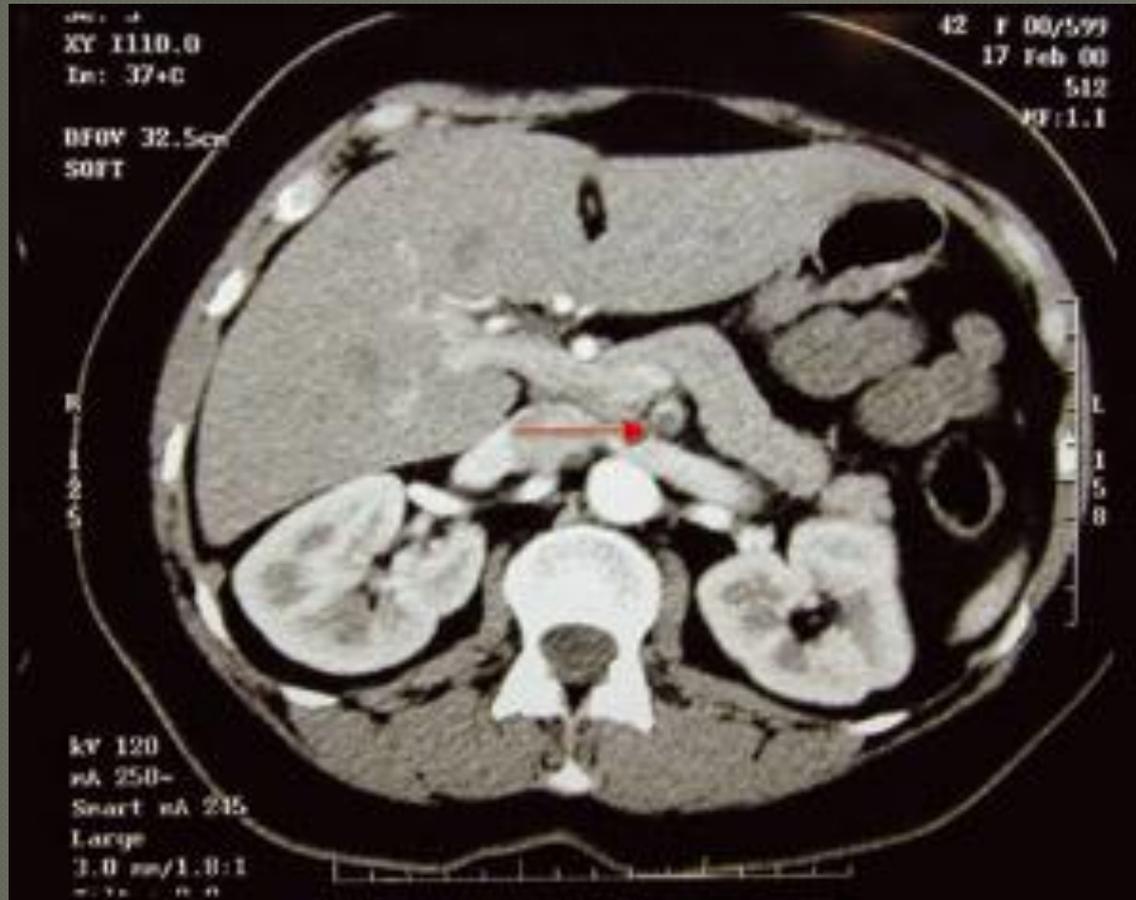
Cholécystite

- Une expression de la lithiase vésiculaire
 - Asymptomatique
 - Colique biliaire
 - Cholécystite aiguë ou chronique
 - Migration biliaire
 - Pancréatite
 - Cholangite
 - Iléus biliaire
- 4F (Female, Forty, Fatty, Fertility)
- US est l'examen de référence
- Cholécystectomie versus ATBttt et opération différée

Vignette 5

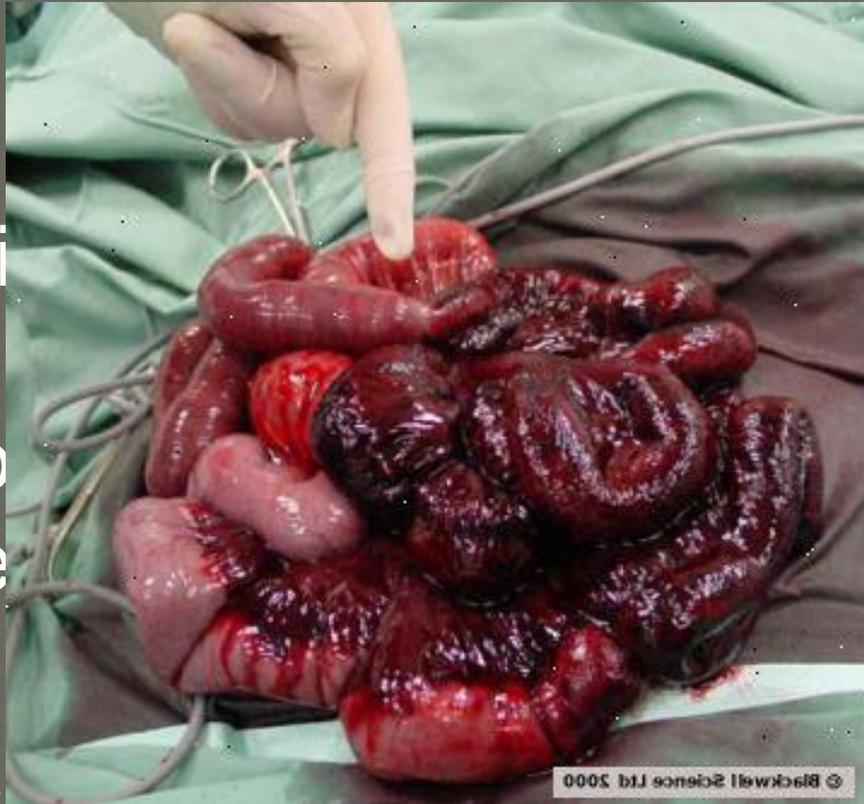
- ◉ Homme, 56 ans
- ◉ Douleurs abdominales vives sans réponse aux opiacés
- ◉ FRCV
- ◉ AOMI bilat.
- ◉ Pas de péritonisme

Vignette 5



Ischémie mésentérique

- Urgence vitale
- Revascularisation
- Approche endo
laparoscopique
- Diagnostic retarde



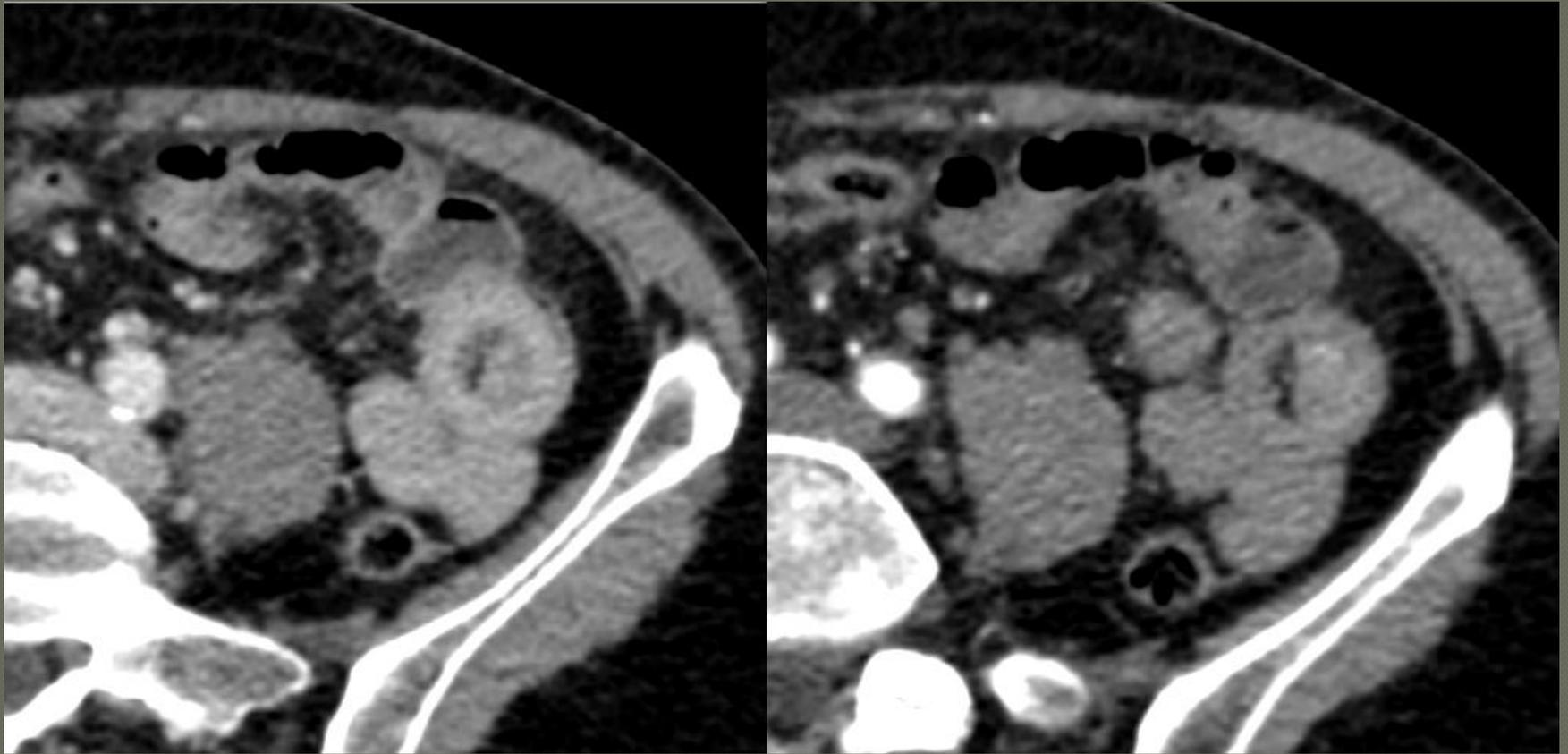
nale

ante

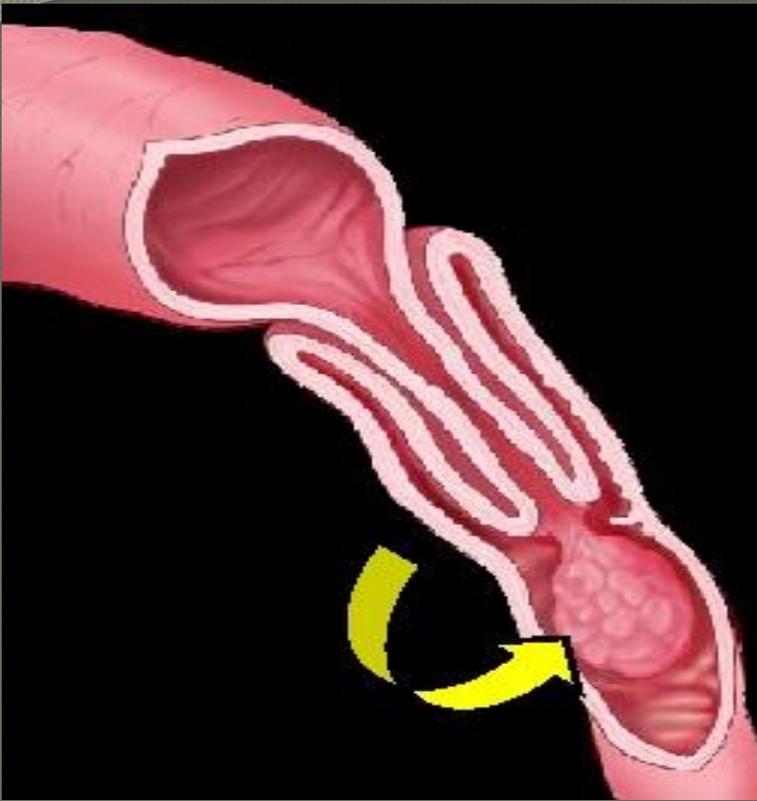
Vignette 6

- ◉ Homme, 35 ans
- ◉ Douleurs abdominales crampiformes d'apparition brutale
- ◉ Pas de syndrome inflammatoire
- ◉ Détente +, défense -

Vignette 6



Invagination



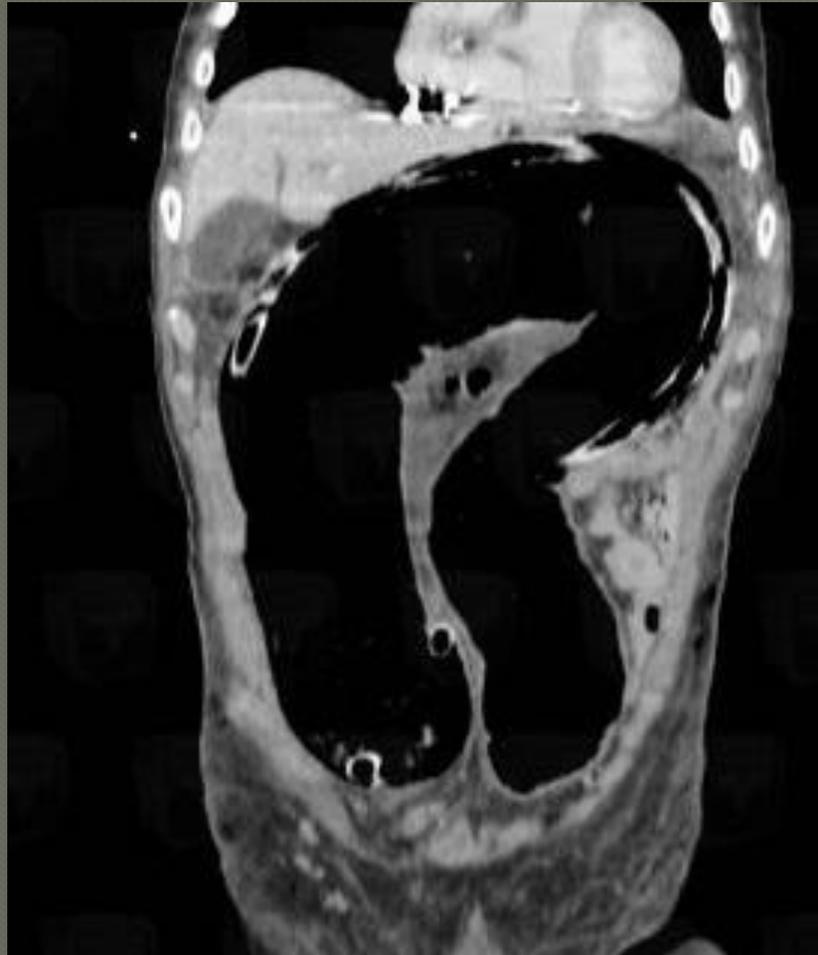
rateur (lavement,
flation)

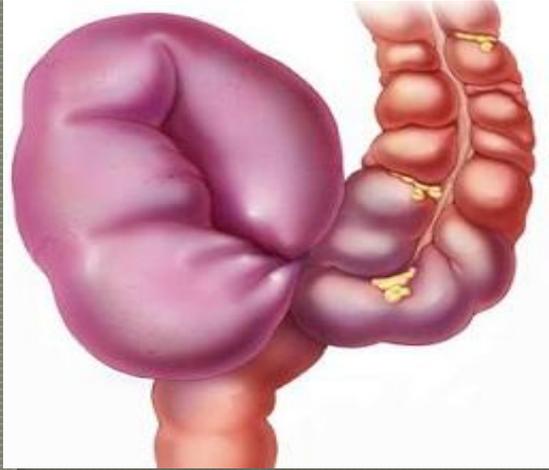
- **Etiologie sous-jacente : néoplasie!**
(adénocarcinome, lymphome, métastase, lipome)

Vignette 7

- ◉ Homme, 63 ans
- ◉ Douleurs abdominales avec arrêt du transit, distension abdominale
- ◉ Abdomen distendu, hypertympanisme, défense –
- ◉ Leuco 13, CRP 12

Vignette 7





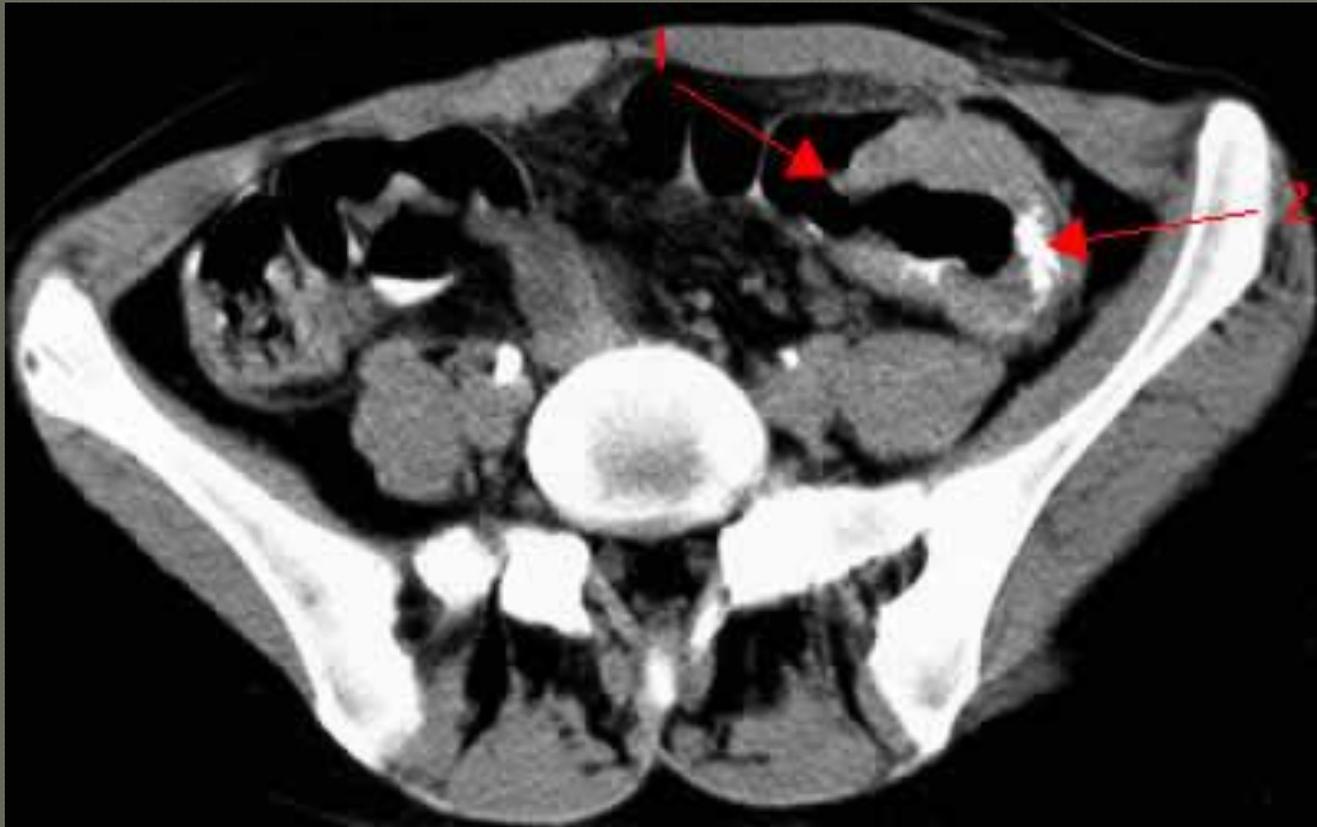
Volvulus du sigmoïde

- ⦿ Exsufflation par colonoscopie en urgence (ou lavement gastrografine)
- ⦿ Sigmoidectomie
- ⦿ Volvulus du caecum moins fréquent

Vignette 8

- ◉ Femme, 56 ans
- ◉ Douleurs abdominales, arrêt du transit, perte pondérale récente
- ◉ Abdomen distendu, défense -, TR -

Vignette 8





Occlusion sur néoplasie colorectale

- ◉ Rectum (1/3) > colon G > colon D
- ◉ Opération en urgence
- ◉ Colectomie (+/- anastomose) versus colo/iléostomie d'amont
- ◉ +/- Stent endoscopique

Vignette 9

- ◉ Femme, 33 ans
- ◉ ATCD de Bypass gastrique
- ◉ Douleurs abdominales vives
- ◉ Défense -, détente +
- ◉ Leuco 9, CRP 1

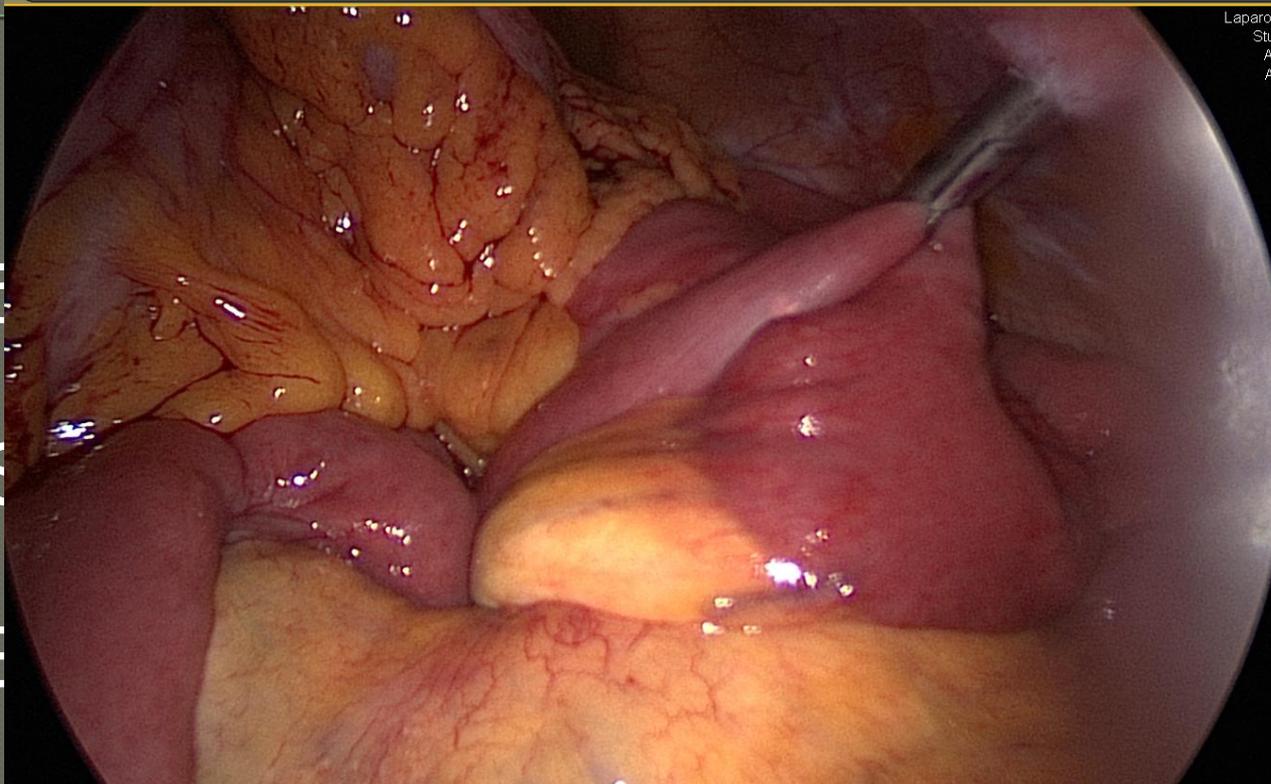
Vignette 9





Hernie interne

Laparosc
Stud
Ac
Ac



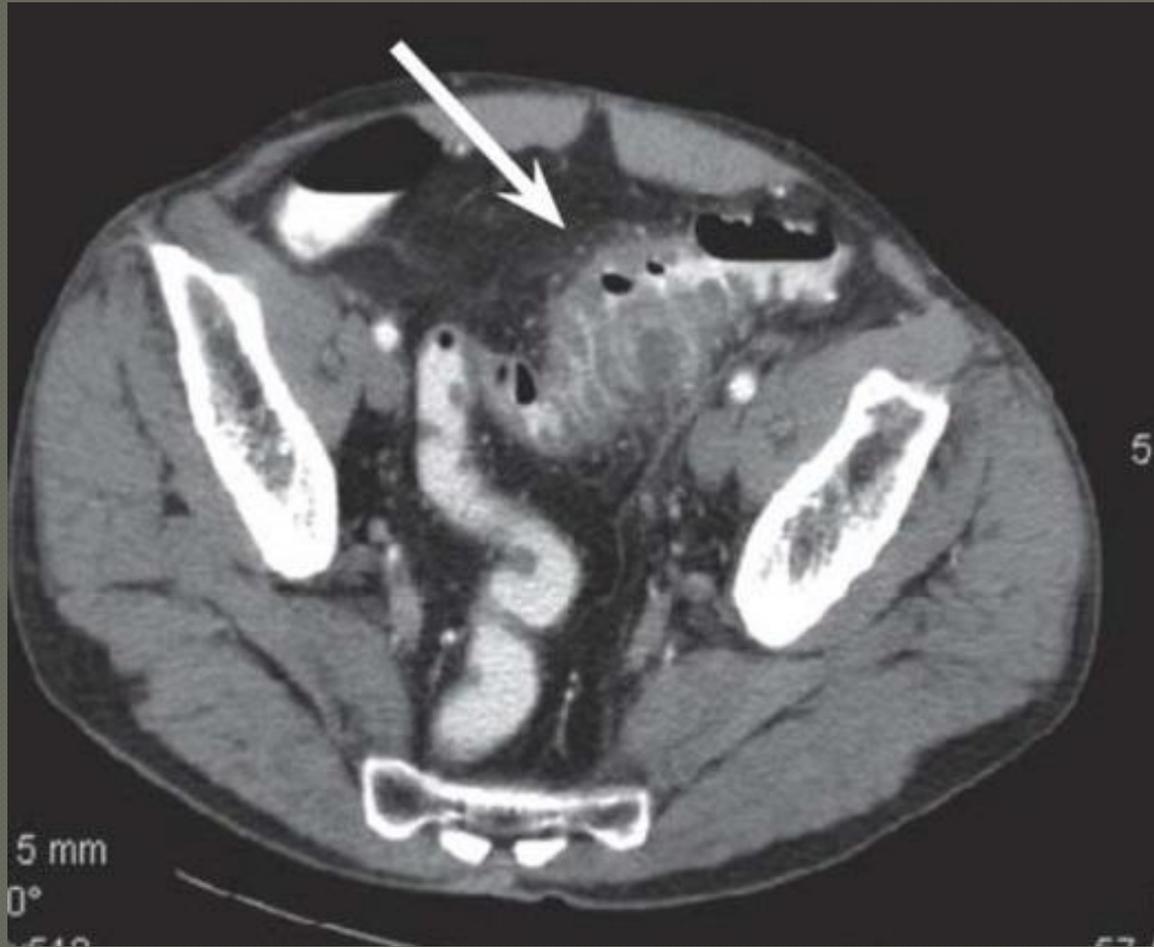
rôle

- 5
- S
- E
- Laparoscopie exploratrice : réduction et fermeture fenêtres (Laparotomie +)

Vignette 10

- ◉ Femme, 57 ans
- ◉ Douleurs abdominales FIG en augmentation progressive
- ◉ Défense localisée FIG, détente +
- ◉ Leuco 13, CRP 145

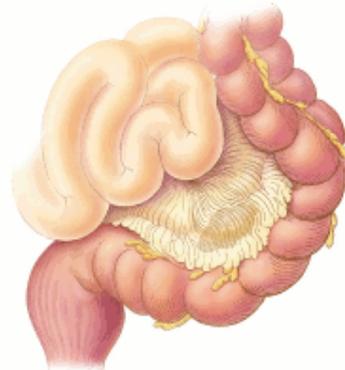
Vignette 10



Diverticulite

- ◉ CT scanner nécessaire
- ◉ Hinchey I
- ◉ Ttt conservateur pas ATB
- ◉ Sigmoidectomie élektive en fonction du nombre de récidence, de l'âge et des comorbidités du patient

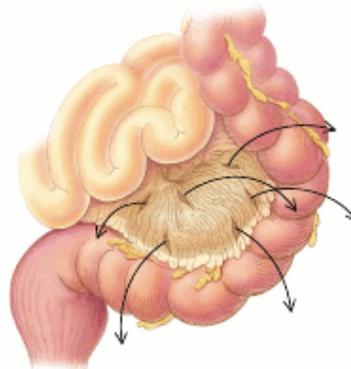
Classification Hinchey



Localized Pericolic Abscess
(Hinchey Stage I)



Large Mesenteric Abscess
(Hinchey Stage II)



Free Perforation
(Hinchey Stage III)

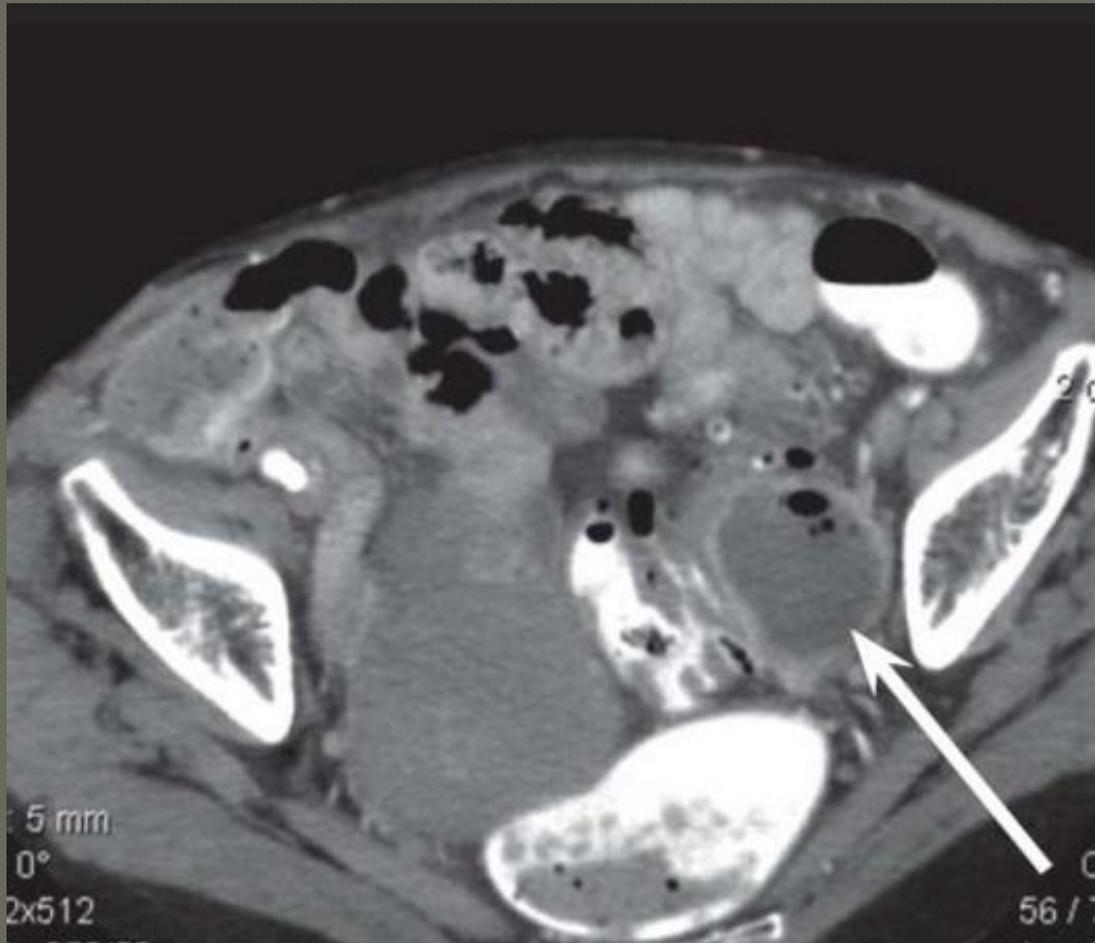


Free Perforation Causing Fecal Peritonitis
(Hinchey Stage IV)

Vignette 10'

- ◉ Femme, 57 ans
- ◉ Douleurs abdominales FIG en augmentation progressive
- ◉ Défense localisée FIG, détente +
- ◉ Leuco 13, CRP 145

Vignette 10'



Diverticulite compliquée

- CT scanner
- Hinchey II (15-20% des diverticulites)
- ATB
- +/- Drainage sous scanner vs drainage laparoscopique
- Sigmoidectomie électorive après refroidissement

Vignette 10''

- ◉ Femme, 57 ans
- ◉ Douleurs abdominales FIG en augmentation progressive
- ◉ Péritonisme diffus
- ◉ Leuco 13, CRP 145

Vignette 10''



Diverticulite compliquée

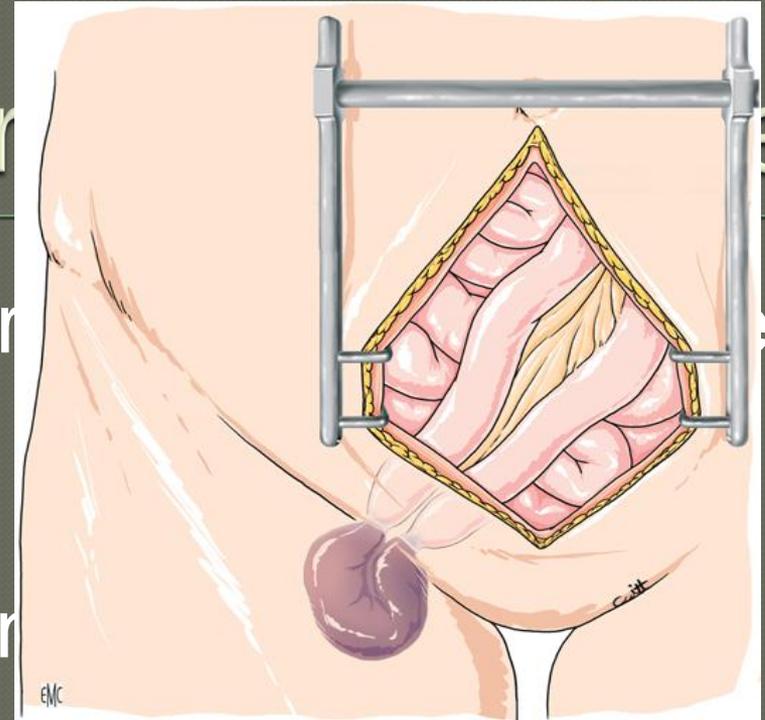
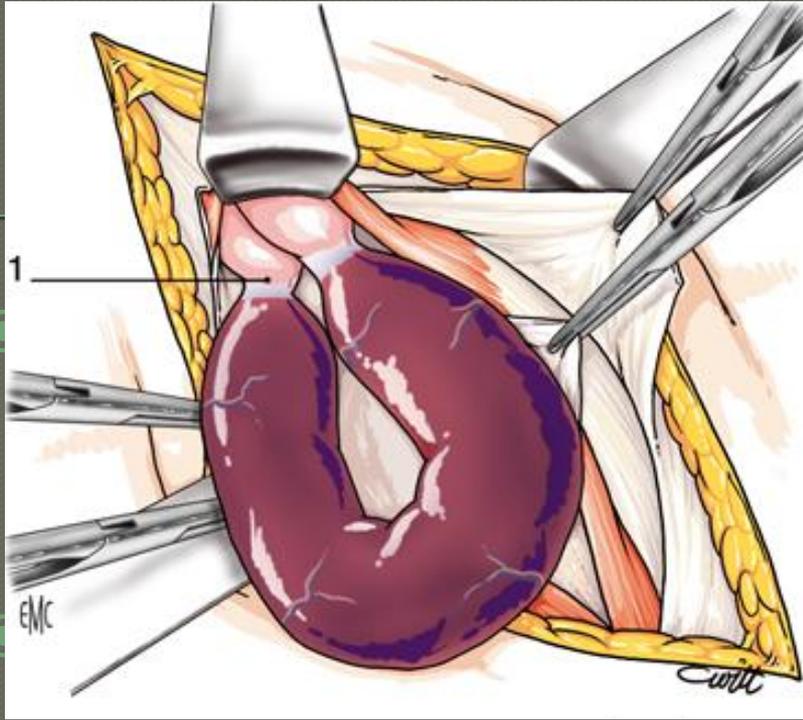
- CT scanner: Hinchey III et IV
- Opération en urgence
- Sigmoidectomie avec colostomie terminale selon Hartmann
- Rétablissement de continuité en différé

Vignette 11

- ◉ Femme, 80 ans
- ◉ Arrêt du transit depuis 4J, distension abdominal et vomissement
- ◉ Voussure inguinale gauche
- ◉ Leuco 8, CRP 57

Vignette 11





- Cure de hernie et laparoscopie exploratrice (+/- laparotomie)

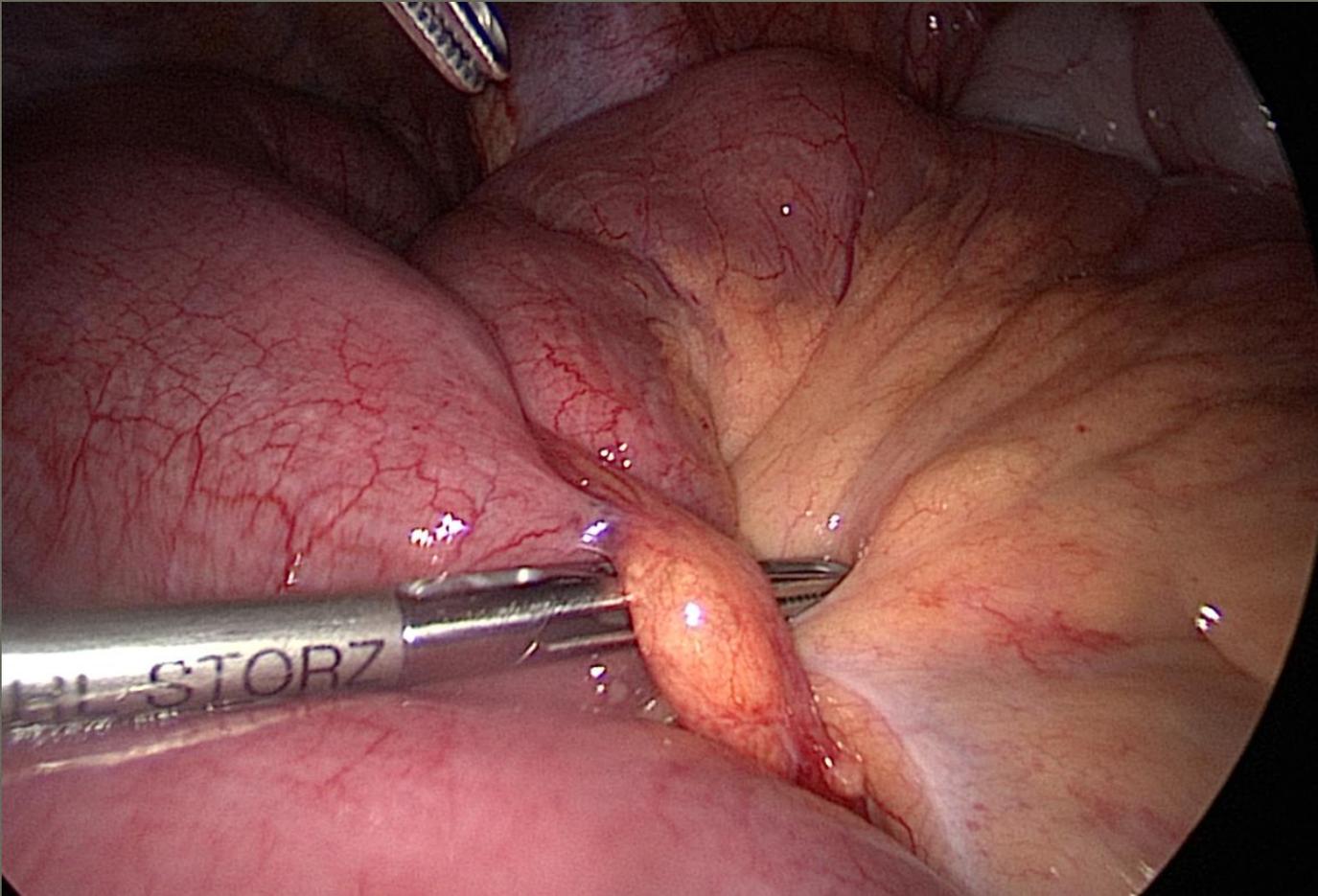
Vignette 12

- ◉ Femme, 29 ans
- ◉ S/P APP par laparotomie sous ombilicale pour une péritonite en 2015
- ◉ Douleurs abdominales, arrêt du transit, vomissement
- ◉ Leuco 9, CRP 2, lactates 1

Vignette 12



Ileus



ment

NG

- Laparoscopie possible mais conversion fréquente

Take Home Message

- Clinique permet le plus souvent un diagnostic correct
- La radiologie est une aide décisionnel pour la prise en charge mais ne doit pas retarder la prise en charge
- 80% des douleurs abdominales ne sont pas chirurgicales

Merci de votre attention!

