

Sémiologie des douleurs abdominales

- Les douleurs abdominales viennent en tête des plaintes les plus fréquentes.
- Les causes peuvent être **fonctionnelle** (85%) ou **organique** (15%)
- Interrogatoire :
 - 1) **Ancienneté et mode de début** : brutal, d'emblée intense, progressif, insidieux
 - 2) **Siège et irradiations**
 - 3) **Type** : brûlures, spasme, décharges électriques, broiement, pesanteur, tension douloureuse
 - 4) **Intensité** (0 à 10), compatibilité avec l'activité en cours ?
 - 5) **Mode et type évolutifs** : continue, intermittente, avec ou sans paroxysme, périodicité ? , périodes de douleurs quotidiennes alternant avec de s'intervalles libres de plusieurs jours, semaines ou mois ?
 - 6) **Facteurs déclenchants/aggravants** : position, prise alimentaire, effort
 - 7) **Facteurs calmants** : position antalgique, certains aliments, évacuation d'un gaz ou d'une selle, antalgiques
 - 8) **Signes associés digestifs** : nausées, vomissements, diarrhée, constipation, arrêt des matières et des gaz
 - 9) **Signes associés extra-digestifs** : gynécologiques (leucorrhée, retard de règle, métrorragie), urinaires (brûlures urinaires, pollakiurie, dysurie, hématurie)
 - 10) **Signes généraux** : fièvre, ictère, anorexie, asthénie, perte de poids
- Faire raconter au patient « une journée avec la douleur » : douleur présente, se modifiant lors : en ouvrant les yeux dans le lit ? au lever ? lors petit-déjeuner ? dans les transports ? au travail ? déjeuner et dîner ? en fin de soirée ? début et milieu de nuit, réveille-t-elle ?

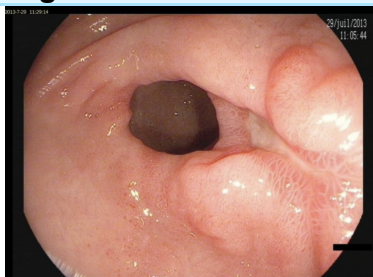
A - Différents types de douleurs

Douleur ulcéreuse	<u>Généralités</u>	▪ <u>Ulcère</u> : perte de substance circonscrite d'une partie de la paroi gastro-duodénale ; résulte d'un déséquilibre entre facteurs d'agression de la muqueuse (acide) et les facteurs de défense (mucus, épithélium, vascularisation, prostaglandines) ▪ Prévalence : 8%, en baisse régulière depuis la diminution de la prévalence de l'infection à <i>Helicobacter pylori</i> ▪ 80% ulcères duodénaux, 20% gastriques ▪ Sex ratio : 2 : 1 (H :F) pour duodénum, parité pour estomac
	<u>Siège</u>	▪ Epigastrique +/- à droite
	<u>Irradiations</u>	▪ Pas ou peu
	<u>Type</u>	▪ Crampe, torsion, faim douloureuse
	<u>Intensité</u>	▪ Modérée
	<u>Horaire</u>	▪ Post-prandiale : 1-4h après le repas (nocturne)
	<u>Durée</u>	▪ 30-60 minutes
	<u>Soulagée</u>	▪ Ingestion d'aliments ou d'anti-acides ▪ Vomissements ▪ Spontanément
	<u>Signes associés</u>	▪ Aucun ▪ Parfois vomissements
	<u>Rythme</u>	▪ Par les repas ▪ Périodique : > 1 semaine, souvent 3-6 semaines, 2-3 périodes annuelles

Douleur atypique

- Siège, irradiation, intensité différentes
- Meilleurs arguments : rythme et périodicité, caractère post-prandial, sédation ou atténuation par aliments ou anti-acides
- **Aucun parallélisme** entre taille de l'ulcère et intensité des douleurs
- 20-25% sont **asymptomatiques** => diagnostic par **endoscopie gastro-duodénale**

Ulcère antral



Kissing ulcer (ulcère duodénal)



Ulcère gastrique prépylorique



Ulcère gastrique volumineux



Douleur biliaire

Début

- Rapidement **progressif**, souvent **vespéral** après un repas

Siège

- **Epigastrique** 50% ou **hypochondre droit/base thoracique droite**

Irradiations

- **Postérieures, médianes ou droites ascendantes vers l'épaule**

Type

- **Broiement, étai, crampe**

Intensité

- Parfois très intense (douleur de tension canalaire)

Facteur aggravant

- Inspiration profonde (**inhibition respiratoire**)

Calmée

- Difficilement par anti-spasmodiques et antalgiques
- **Pas de position antalgique évidente** (parfois décubitus latéral droit/immobilité)

Durée

- **Continue avec paroxysme**
- Parfois **séquence angiocholitique** (douleur-fièvre-ictère) complète ou tronquée, durant <48h

Durée

- **Plusieurs heures**

Signes associés

- **Nausées, vomissements**, ballonnement
- Pas de fièvre, d'ictère dans colique hépatique simple
- **Endolorissement de 2-3 jours**

Périodicité

- Ni rythme ni périodicité (exception : parfois répétition des crises 2-3 j de suite)

Signification

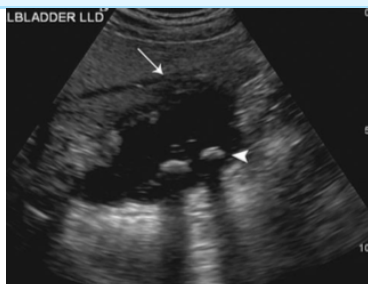
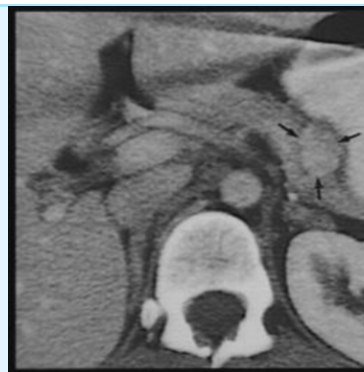
- **Distension aigüe des voies biliaires**

Causes

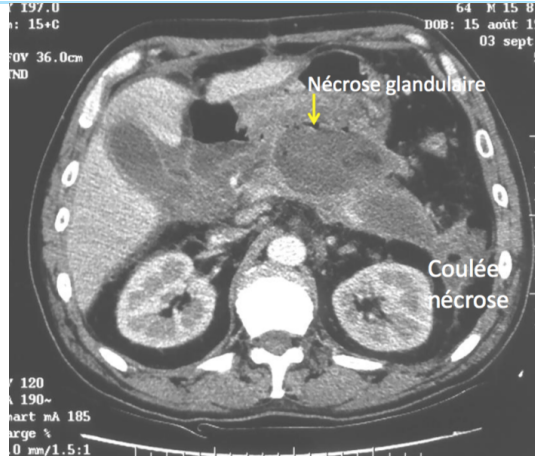
- **Lithiase biliaire**
 - Vésiculaire : **colique hépatique – cholécystite**
 - Cholédocienne : **angiocholite**

Douleur

- **Peu intense**

<u>biliaire atypique</u>		▪ <i>Siège gauche ou limité aux irradiations postérieures</i> ▪ <i>Douleur pseudo-occlusive ou pseudo-angineuse</i> ▪ <i>Associées à des douleurs de pancréatite en cas de pancréatite associée</i>
Lithiase vésiculaire (écho)		Lithiase du cholédoque (CPRE) 
Douleur pancréatique	<u>Début</u>	▪ Installation rapidement progressive ▪ Déclencher +/- repas abondant, gras et alcoolisé
	<u>Siège</u>	▪ Epigastre ou hypochondre gauche
	<u>Irradiations</u>	▪ Dos, parfois en ceinture
	<u>Type</u>	▪ Arrachement, broiement
	<u>Intensité</u>	▪ Très intense, insomniente
	<u>Durée</u>	▪ Qq heures à qq jours ▪ Continue avec paroxysmes
	<u>Calmée</u>	▪ Difficile à calmer ▪ Position (chien de fusil) ▪ Antalgiques puissants
	<u>Signes associés</u>	▪ +/- Intolérance gastrique ▪ Pas de fièvre ▪ +/- AEG, diarrhée, diabète
	<u>Evolution</u>	▪ Episode de qq heures à qq jours (pancréatite aigüe) ▪ « Colique pancréatique » (distension canalaire) brève, immédiatement postprandiale voire perprandiale ▪ Douleurs chroniques fluctuantes (pancréatite chronique) ▪ Douleur sourde permanente (cancer du pancréas)
<u>Douleur pancréatique atypique</u>	▪ <i>Siège lombaire (pseudo-lumbago)</i> ▪ <i>Douleurs en hémi-ceinture droite ou gauche</i> ▪ <i>Collapsus dans les formes les plus graves</i> ▪ <i>Douleur d'allure ulcéreuse</i> ▪ <i>Douleur absente dans de rares cas</i>	
Pancréatite chronique calcifiante		Cancer du pancréas 

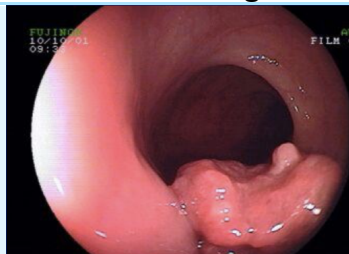
**Pancréatite
sévère avec
nécrose**



**Douleur
colique**

<u>Siège</u>	▪ « Tourne en cadre », fosses iliaques, épigastre
<u>Irradiations</u>	▪ Postérieures possibles, ou descendantes
<u>Type</u>	▪ Colique
<u>Intensité</u>	▪ Parfois très intense
<u>Déclenchée</u>	▪ Repas, aliments précis
<u>Durée</u>	▪ Brève ▪ Intermittente (spasmes) avec parfois fonds douloureux
<u>Calmée</u>	▪ Evacuation des selles ou des gaz +++
<u>Signes associés</u>	▪ Diarrhée, constipation ▪ Balonnement, gargouillements (borborygmes)
<u>Périodicité</u>	▪ Pas de rythme précis
<u>Evolution</u>	▪ Variée selon la cause ▪ Aigüe (gastro-entérite) ▪ Chronique fluctuante périodique (troubles fonctionnels intestinaux)
<u>Signification</u>	▪ Troubles fonctionnels intestinaux ▪ Lésions organiques coliques symptomatiques (cancer obstructif, colite) ▪ Toujours se méfier de symptômes récents
<u>Douleur colique atypique</u>	▪ <i>N'importe quelle région de l'abdomen</i> ▪ <i>Douleur « en barre »</i> ▪ <i>Simple inconfort</i> ▪ Le plus souvent, persistance du rôle de l'évacuation des selles et des gaz

**Cancer du
côlon**

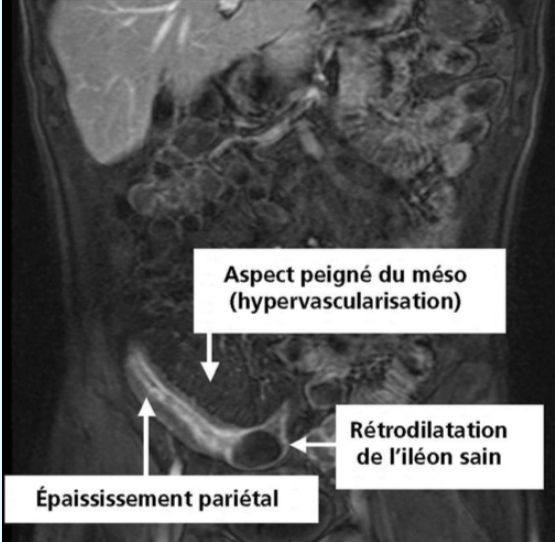


**Polype pédiculé
=> NON
responsable de
douleurs**



**Diverticul
s non
compliqué
s => NON
responsabl
es de
douleurs**



Douleur de l'intestin grêle - Syndrome de König	<u>Siège</u>	▪ Varié mais toujours le même pour un malade donné
	<u>Irradiations</u>	▪ Non
	<u>Type</u>	▪ Colique
	<u>Intensité</u>	▪ Modérée à moyenne ▪ Intensité croissante puis en plateau ou avec paroxysmes, puis cède rapidement avec sensation de passage interne d'eau et de gaz ++
	<u>Début</u>	▪ Post-prandial +/- précoce selon le siège
	<u>Durée</u>	▪ Brève ▪ Qq min à 30 min
	<u>Association</u>	▪ Ballonnement localisé ▪ Nausées, vomissements ▪ AEG, fièvre
	<u>Evolution</u>	▪ Variée selon la cause
	<u>Signification</u>	▪ Sténose chronique du grêle (Crohn, cancer, ischémie)
	<u>Syndrome d'obstruction chronique incomplet</u>	▪ Ventre indolent, et plat au réveil ▪ Petit déjeuner pris sans problème ▪ Déjeuner suivi d'un inconfort digestif (sensation de liquides accumulés et stagnants, ballonnement) ▪ Dîner pris difficilement (nausées) et déclenche parfois un ou plusieurs vomissements alimentaires qui soulagent le patient
<u>Maladie de Crohn iléale sténosante</u>		 Aspect peigné du méso (hypervascularisation) Rétrodilatation de l'iléon sain Épaississement pariétal

B - Troubles dyspeptiques

- Troubles **vagues survenant après le repas**, en général postprandiaux précoces
 - **Pesanteur** épigastrique
 - Sensation de **lenteur à la digestion**
 - **Ballonnement**, somnolence, éructations, borborygmes
- Le plus souvent, ce sont des **troubles fonctionnels intestinaux**
 - Troubles anciens et fluctuants
 - Rôle du stress, des vacances
- Mais **ces troubles peuvent aussi révéler une lésion organique** (ulcère gastro-duodénal, cancer gastrique, cancer du pancréas)
 - **Les troubles récents ou la modification récente de troubles anciens méritent le plus souvent investigation**

C - Douleurs abdominales brutales

- Révèlent des **URGENCES** vraies (minutes ou heures)
- Ischémie (douleur permanente)
 - **IDM** (épigastre)
 - **Infarctus du mésentère** (diffuse)
- Rupture d'un organe
 - **Dissection aortique**
 - **Rupture d'anévrisme**
 - **Perforation ulcéreuse ou intestinale**
 - **GEU**
- Torsion d'un organe : **volvulus** de l'intestin grêle

D - Douleurs abdominales regroupées par mécanismes

- **Irritation du péritoine** (douleurs permanentes)
 - **Péritonite** (appendicite, cholécystite...)
 - **Carcinose** (pancréas, côlon, ovaires, ...)
- **Ischémie aiguë** (douleur permanente pendant l'ischémie)
 - **Angor mésentérique**
- **Tension canalaire** (**paroxysmes +/- fonds permanent douloureux**)
 - Voies biliaires : colique h »patique
 - Voies urinaires : colique néphrétique
 - Structures digestives : occlusion aiguë, König
- **Douleurs mixtes**
 - Pancréatites aiguës (inflammation, tension canalaire)

E - Orientations sémiologiques :

- Douleurs postprandiales => ulcère, angor mésentérique
- Douleurs soulagées par l'émission de gaz ou de selles => origine colique
- Douleur exacerbée par la marche, l'inspiration profonde => péritonite
- Douleurs soulagées par l'alimentation => ulcère ; les vomissements => obstruction du tube digestif
- Douleurs abdominales non systématisables : **cause générale médicale possible** (examens bio ++): ISA, acido-cétose, hypercalcémie, maladie périodique, TRAPS syndrome, syndrome des Hyper-IgD, porphyrie, saturnisme, œdème angio-neurotique, purpura rhumatoïde, drépanocytose, phéochromocytome