

## Douleurs abdominales fébriles

L'examen clinique avec l'interrogatoire reste la base du diagnostic et le guide de la conduite pratique dans une situation qui peut nécessiter une prise en charge chirurgicale en urgence :

**À l'interrogatoire**, on précise :

- les caractères de la douleur abdominale (siège, irradiation...) et des signes digestifs associés : un arrêt du transit (interruption persistante des selles et des gaz et présence de vomissements) doit faire craindre une occlusion ; la notion d'émission de parasites (ascaris, oxyures...) dans les selles ;
- les caractéristiques de la fièvre (oscillante ou continue) et les signes associés (frissons, sueurs...) ;
- la chronologie des événements et notamment les facteurs déclencheurs et le mode d'installation des symptômes qui peut avoir une valeur indicative : si la douleur a précédé l'apparition de la fièvre, c'est en faveur de l'extension d'une infection locale ; si la fièvre a précédé la douleur, c'est en faveur d'une infection générale... ;
- le terrain et les antécédents (âge, alcoolisme, prise de médicaments...).

**À l'examen**, on détecte :

- des signes de souffrance péritonéale :
  - une contracture généralisée ou une défense extensive ;
  - une douleur provoquée au toucher rectal ± perception d'une collection dans le cul-de-sac de Douglas.
- une contracture localisée, abdominale ou lombaire, une douleur à la mobilisation de la cuisse contractant le psoas (psoïtis) ;
- une hernie avec souffrance au niveau du collet ;
- une sensibilité de l'organe suspecté (ex : douleur à l'ébranlement du foie dans l'abcès hépatique, douleur à la palpation d'une fosse lombaire dans la pyélonéphrite, douleur latéro-utérine pour une salpingite, un syndrome occlusif, un souffle abdominal évocateur d'anévrisme de l'aorte abdominale...).

Il est par ailleurs important de détecter des signes de choc, de déshydratation ou un état général très altéré lié à une infection chronique. Ce contexte va conditionner le traitement hémodynamique (transfusion, expansion volémique, réhydratation, transfusion...) à appliquer d'urgence.

**Les examens complémentaires** permettront de confirmer ou de préciser une hypothèse diagnostique. Leur fiabilité dépend de l'opérateur et de la technique utilisée. Ils doivent être interprétés de manière critique.

- **Les examens morphologiques** sont utiles pour préciser ou confirmer la suspicion d'une occlusion, d'un épanchement péritonéal, d'une collection :
  - la radiographie du thorax de face peut être utile pour éliminer une pneumopathie ou une pleurésie ;
  - l'abdomen sans préparation (ASP) n'a d'intérêt qu'en cas d'indisponibilité d'un scanner et peut montrer un croissant gazeux (pneumopéritoine), des niveaux hydro-aériques (occlusion), une grisaille diffuse (épanchement péritonéal) ;
  - l'échographie en cas de suspicion d'affection bilio-pancréatique, gynécologique ou urinaire, de foyer infectieux intra-abdominal, d'affection vasculaire ;
  - Le scanner fournit des images statiques précises des lésions (abcès, infiltrats...) des organes sous-diaphragmatiques ;
  - l'endoscopie peut être justifiée pour rechercher une inflammation muqueuse du colon ou de l'estomac...
- **Des examens biologiques et microbiologiques** sont utiles :
  - le bilan hydro-électrolytique pour guider la réhydratation et les soins d'urgence (déshydratation, acidose métabolique, hypokaliémie...), la créatininémie en cas de nécessité un scanner injecté ;
  - la protéine C-réactive à recherche d'un syndrome inflammatoire ;
  - la lipase (ou à défaut l'amylase) à la recherche d'une pancréatite aiguë, le bilan hépatique (ASAT/SGOT, ALAT/SGPT, PAL, GGT, Bilirubine) à la recherche d'une hépatite ou d'un obstacle biliaire ;
  - l'hémogramme fournit des arguments d'orientation : leucocytose d'une infection à pyogènes, leucopénie d'une typhoïde, éosinophilie d'une helminthiase tissulaire... ;
  - la bandelette urinaire (et l'ECBU), les hémocultures, la coproculture, les examens parasitologiques des selles avec recherche de kystes, d'œufs, et de parasites adultes (KOP), les sérologies amibiennes, de Widal-Félix ou VIH permettent de donner des éléments d'orientation.

Au terme de cet examen on envisagera dans une perspective thérapeutique (et parfois exploratrice combinée) :

- une pathologie justifiant une intervention : ponction, abord chirurgical, coelioscopie... ;
- une infection justifiant un traitement antibiotique spécifique ou probabiliste ;
- une pathologie pour laquelle aucune de ces interventions n'est justifiée.

Ce sont ces objectifs que l'on cherche à obtenir par les arbres de décision suivants (figures 1 à 5) :

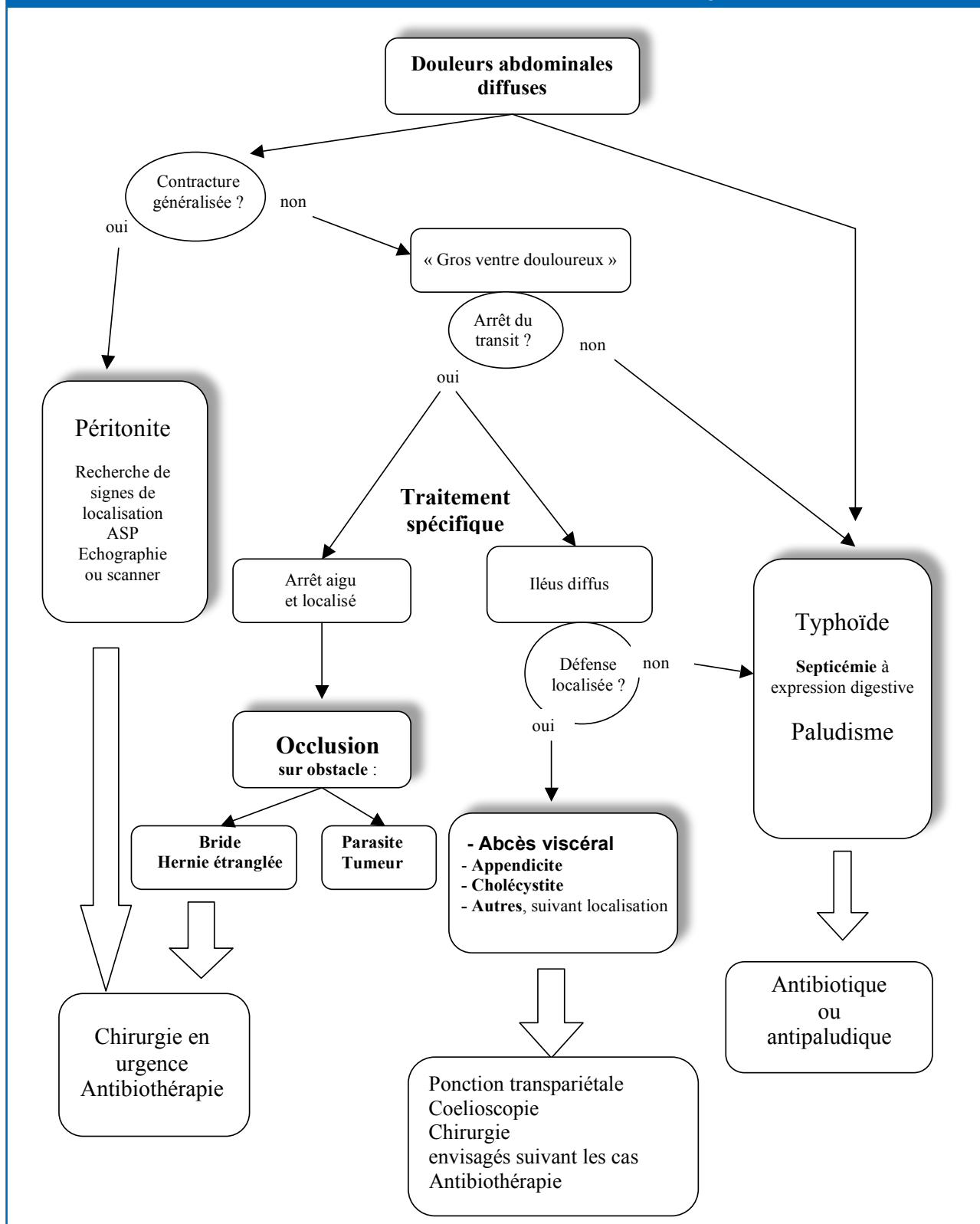
- arbre 1 : en cas de douleur abdominale fébrile diffuse ;
- arbre 2 : en cas de douleur abdominale fébrile de l'hypochondre droit ;
- arbre 3 : en cas de douleur abdominale fébrile de l'hypochondre gauche et/ou de l'épigastre ;
- arbre 4 : en cas de douleur de la fosse iliaque droite ;
- arbre 5 : en cas de douleur de la fosse iliaque gauche et/ou de l'hypogastre.

L'antibiothérapie probabiliste, associée à la chirurgie lorsqu'elle est nécessaire doit être administrée dès que possible. Le choix se porte essentiellement sur une association ceftriaxone 2 g/j en une injection IV + métronidazole (500 mg x 3/j)  $\pm$  aminoside les trois premiers jours.

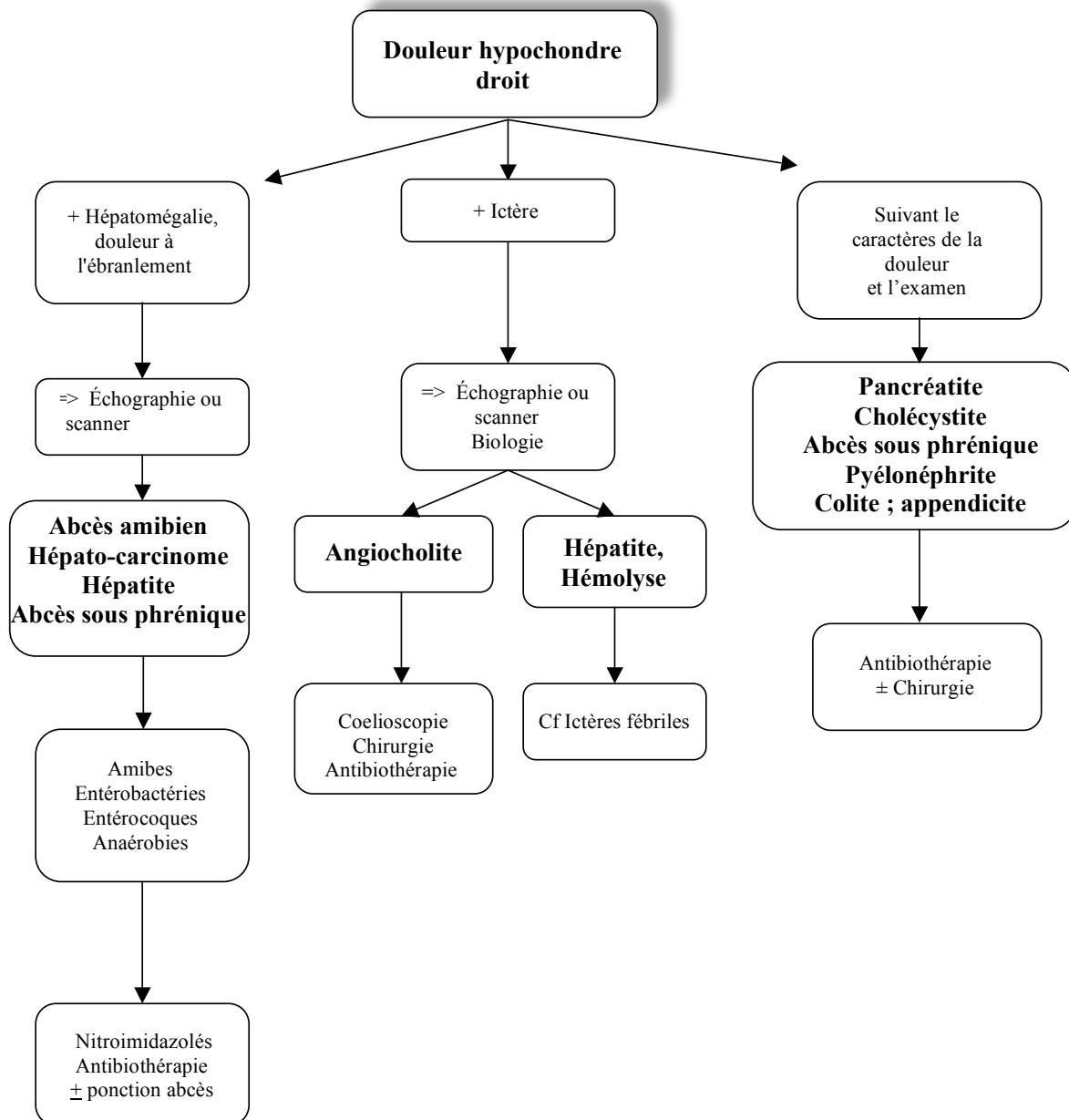
Si utilisée, l'amoxicilline - acide clavulanique (4 à 6 g/j) doit être associée à un aminoside ou à une fluoroquinolone (ofloxacin 200 mg x 3/j ; ciprofloxacine (400 mg x 2/j en IV ou 500 mg x 2/j *per os*).

La durée de l'antibiothérapie est fonction de l'infection en cause. Elle a tendance à être brève dans les infections communautaires : 1 jour pour une appendicite aiguë opérée non perforée ou une cholécystite aiguë non compliquée opérée dans les 24h, 3 à 5 jours pour une péritonite communautaire ou une angiocholite drainée, 7 à 15 jours pour une diverticulite sigmoïdienne compliquée, 4 à 7 jours pour une cholécystite aiguë. Le traitement d'un abcès bactérien du foie nécessite 4 à 6 semaines, tandis que l'abcès amibien du foie est traité par un nitroimidazolé comme le métronidazole (40 mg/kg/j) pendant 10 jours.

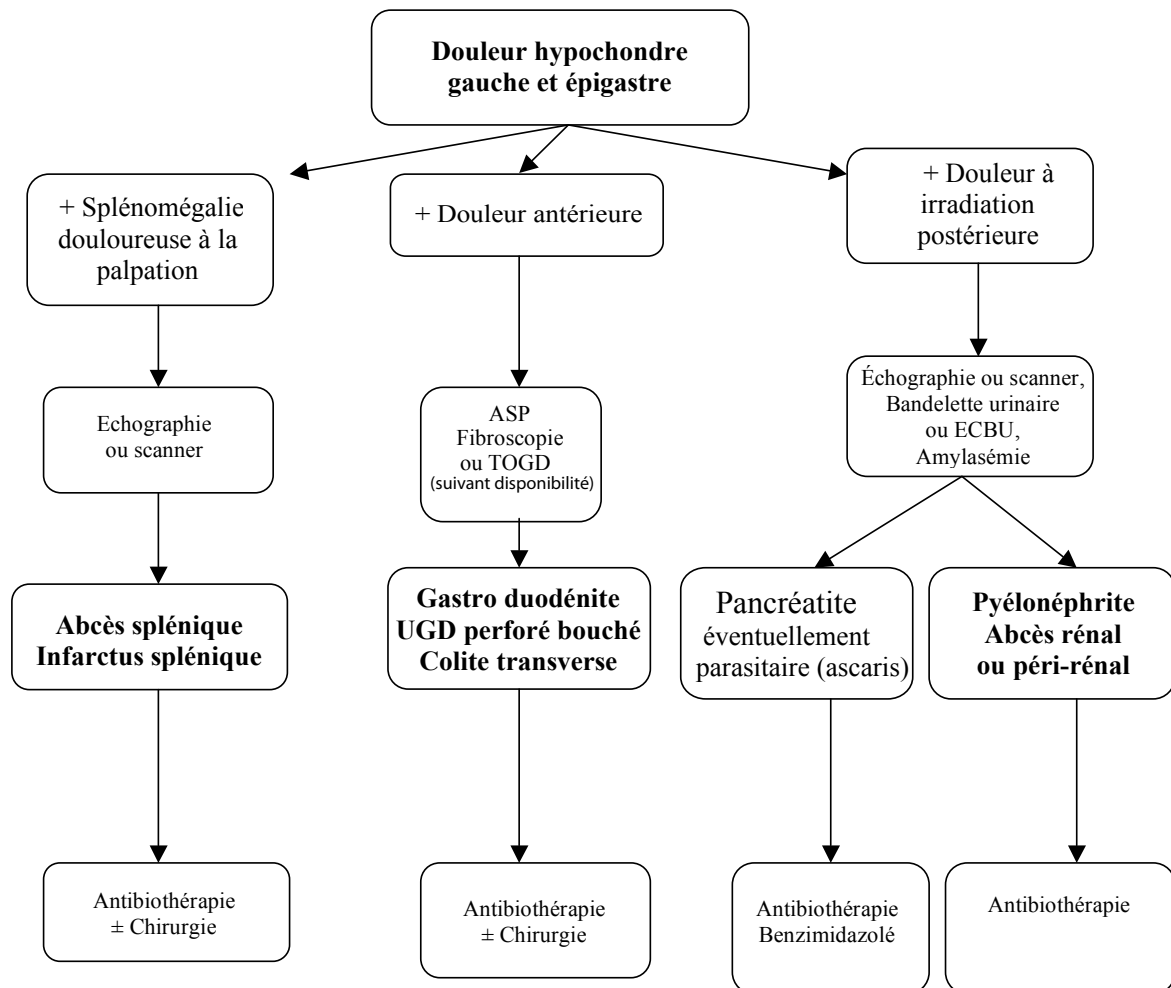
**Figure 1. Douleurs abdominales diffuses avec fièvre : arbre décisionnel en fonction des données cliniques**



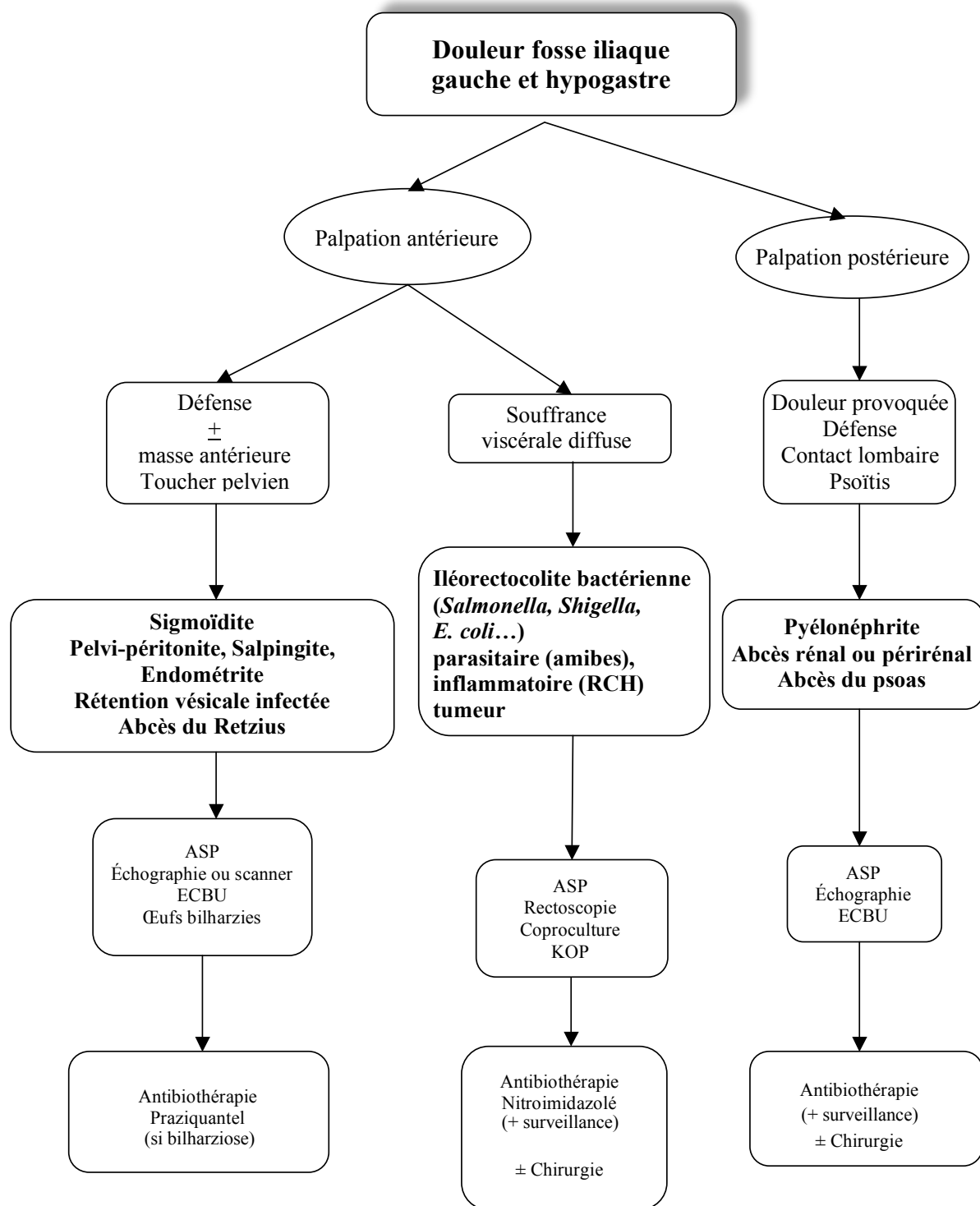
**Figure 2. Douleur de l'hypochondre droit avec fièvre :  
arbre décisionnel en fonction des données cliniques et paracliniques**



**Figure 3. Douleur de l'hypochondre gauche et de l'épigastre avec fièvre : arbre décisionnel en fonction des données cliniques et paracliniques**



**Figure 4. Douleur de la fosse iliaque gauche et de l'hypogastre : arbre décisionnel en fonction des données cliniques et paracliniques**



**Figure 5. Douleur de la fosse iliaque droite :  
arbre décisionnel en fonction des données cliniques et paracliniques**

