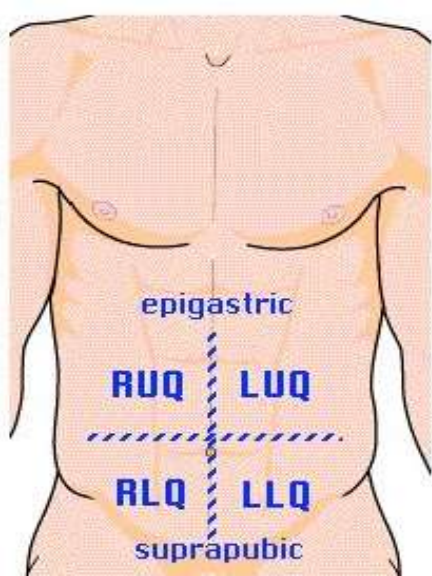




Syndrome douloureux épigastrique aigu

Introduction



Motif fréquent de consultation en urgence

Douleur localisée ou à début épigastrique apparue il y a quelques heures / jours

- S'agit il d'une cause fonctionnelle ou organique?
- Des examens complémentaires sont ils nécessaires?
- Quand solliciter un avis chirurgical?
- Quand hospitaliser en urgence?



Priorité



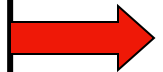
Reconnaître les situations pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme



Raisonnement clinique correct

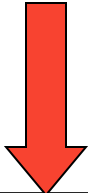


Interrogatoire +++
Examen clinique



90% cas

Connaissance des affections
même les plus rares



Précision du degré de l'urgence ++

Interrogatoire +++ précis, rigoureux, ± répété

Intensité

- Progressive
- D'emblée maximale (perforation)

Irradiations

- Dos
- Scapulaire
- Hypochondre...

Type

- Crampe
- Brûlure
- Coup de poignard
- Continue

Caractères de la douleur

Facteurs aggravants ou de sédation

- Alimentation
- Médicaments: AINS ++
- Position antalgique

Antécédents

- Digestifs
- Cvx
- Médicaments
- Alcool

Signes associés

- Nausées / vomissements
- Troubles du transit intestinal (diarrhée)
- Ictère (affection hépato-biliaire)
- État de choc

Examen clinique Méthodique et complet

Inspection



- Cicatrice d'intervention
- Asymétrie de respiration
- Mobilité
- Distension

Auscultation

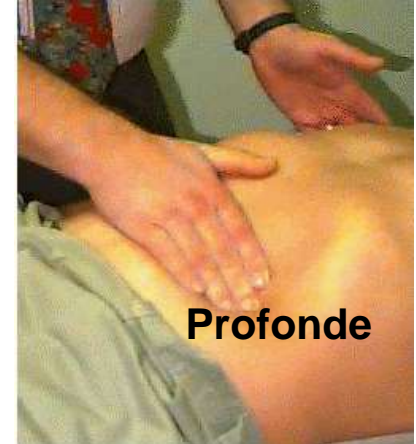


- Avant la palpation
- Silence: iléus paralytique
- Souffle vx: anévrisme

Palpation



Superficielle



Profonde

- Mains à plat, réchauffées
- Débute zone non douloureuse
- Défense / contracture
- Masse abdominale / HPM

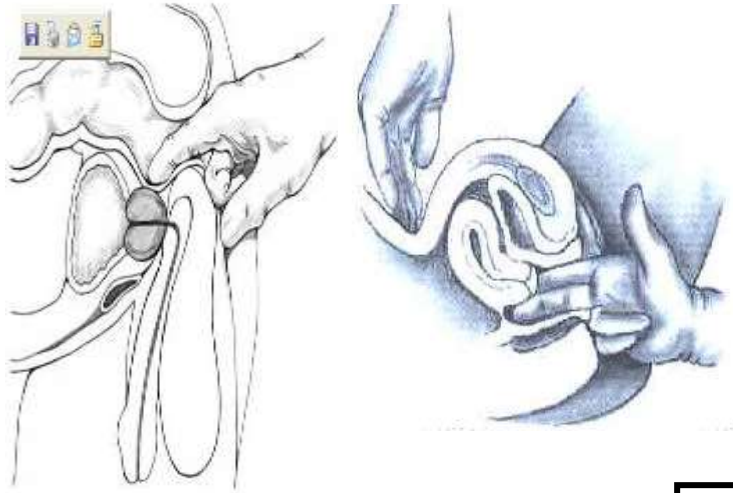
Examen clinique

Percussion



Disparition de la matité
pré-hépatique

Touchers pelviens



Douleur à la palpation
du CDS Douglas++

Température



- Outil indispensable
- T° chiffrée
- Fièvre = affection organique++

Ne pas hésiter à répéter l'examen clinique au moindre doute

Examens complémentaires

Demandés en fonction du contexte clinique

Biologie

- FNS
- Lipasémie
- Enzymes cardiaques..

Radiologie

- Téléthorax / ASP
- Echographie abdominale
- \pm TDM

Examens complémentaires

Endoscopie digestive haute

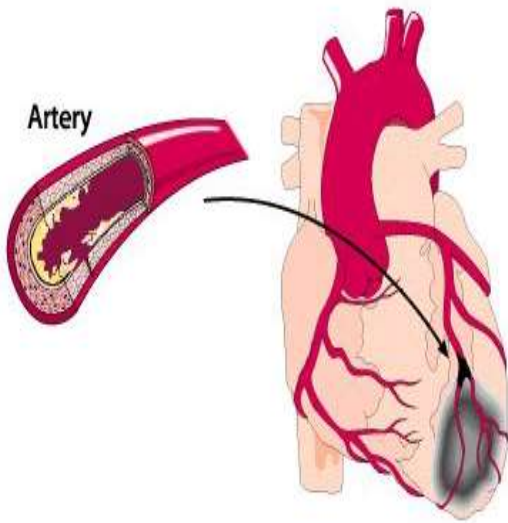
- IDM
- Perforation digestive



Apport

Apprendre à bien interpréter +++ 

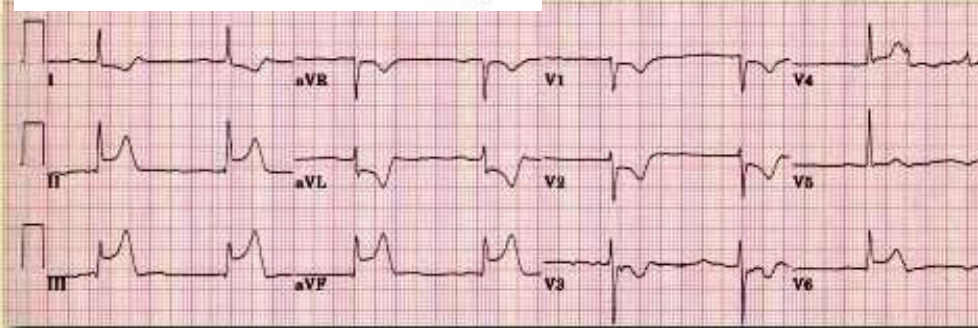
Limites



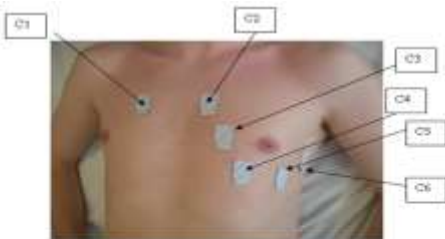
Infarctus du myocarde

SDE aigu + nausées / vomissements

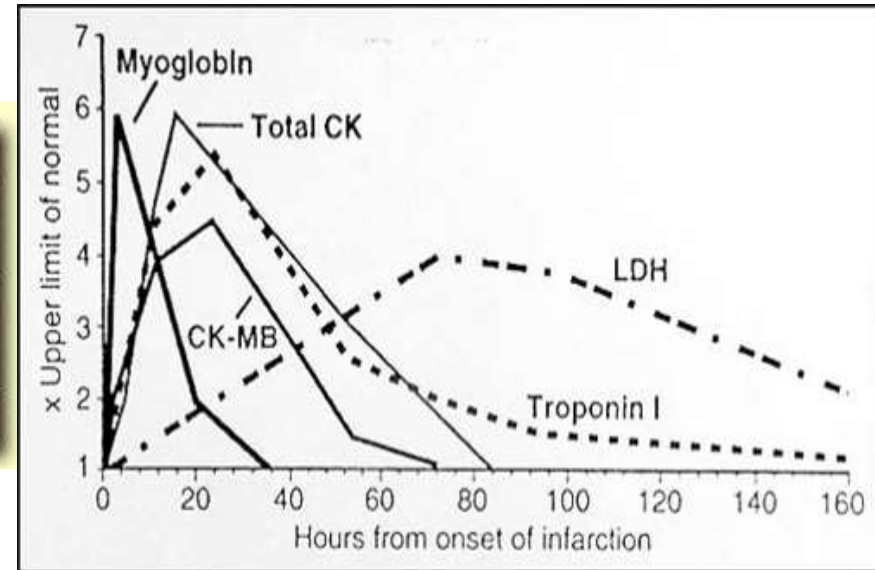
ATCD: I^{ce} coronarienne, HTA, Obésité



Infarctus inférieur : élévation du segment ST en DII, DIII, aVF
Images en miroir en V1, V2



V7-V8-V9 (et R/S >1 en V1)



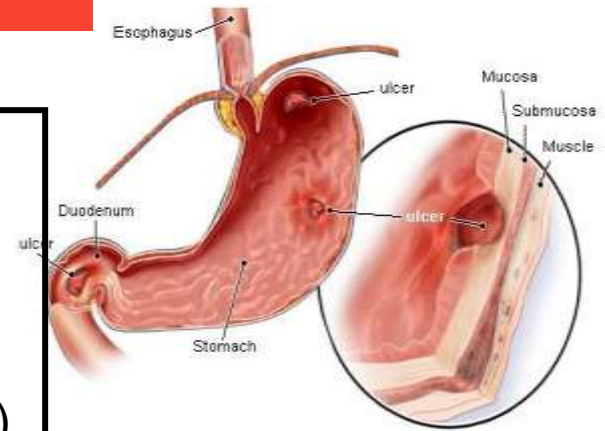
Troponine I: spécifique du myocarde

CPK-MB: ↑3-4 h

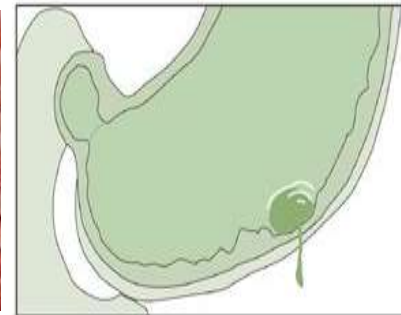
ASAT/LDH: ↑tardive

Perforation d'origine ulcéreuse

- Antécédents: MUBD ou SDE
- Facteur déclenchant: AINS+++
- Douleur intense, à début brutal en coup de poignard épigastrique puis diffuse à tout l'abdomen
- Ex clinique: irritation péritonéale(défense/contracture, TR)

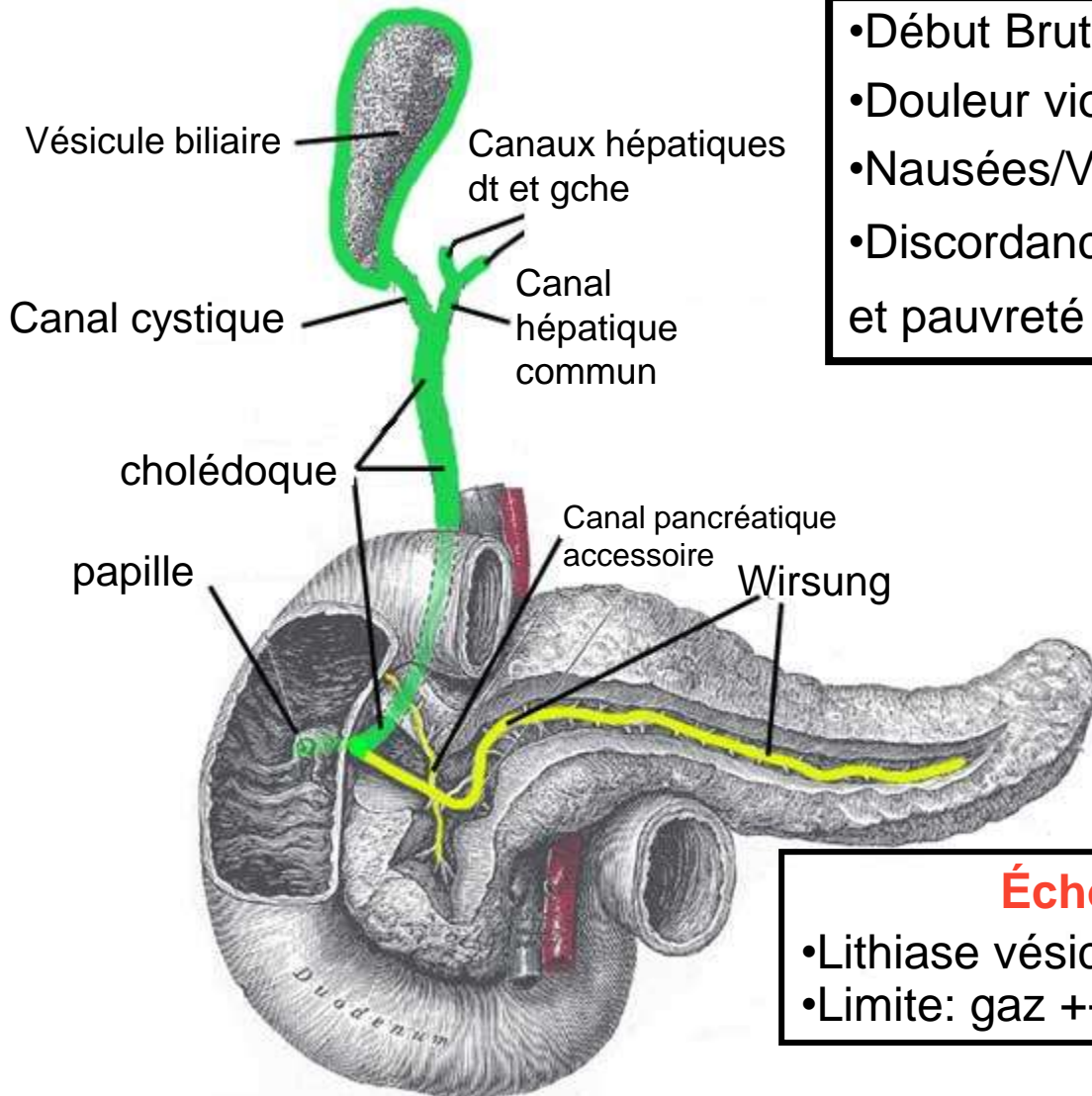


- Température peut être normale au début (péritonite chimique)
- Endoscopie contre-indiquée
- Pneumopéritoine: inconstant +++



Cas difficiles: CT / Hydrosolubles

Pancréatite aiguë



- Début Brutal
- Douleur violente, transfixiante
- Nausées/Vomissements
- Discordance: Gravité signes généraux et pauvreté des signes cliniques +++

Biologie

- ~~Am~~ Amylasémie/amylasurie: non spécifique
- Lipasémie: spécifique si $> 3N$
- Importance amylasémie: ~~PC~~

Échographie abdominale

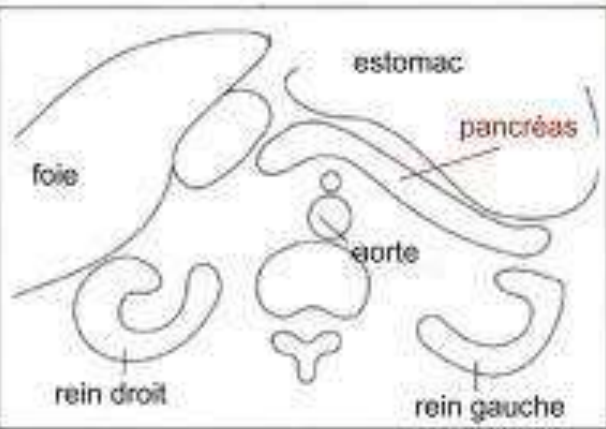
- Lithiase vésiculaire++
- Limite: gaz +++

Critères prédictifs de l'origine lithiasique: SF, age > 55 ans, \uparrow PA, \uparrow ASAT

Pancréatite aiguë TDM

Retardé à 72 heures si Dc de PA certain

Meilleure appréciation de l'étendue de la nécrose



PA oedémateuse

Forme bénigne

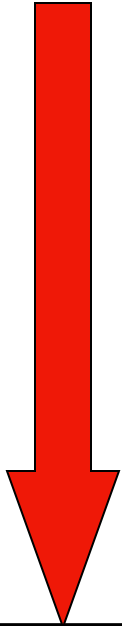


PA nécrotico-hémorragique

Forme grave

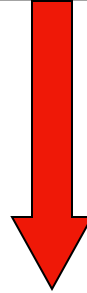
Affections biliaires

Colique hépatique



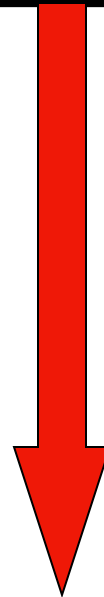
- Douleur:
 - HD / épigastre
 - Irradiations: omoplate/épaule droits
- Nausées \pm vomissements
- Examen: (Murphy +)

Cholécystite aiguë



- Persistante > 6h
- T°: 38-38°5
- Défense
- Hyperleucocytose

LVBP



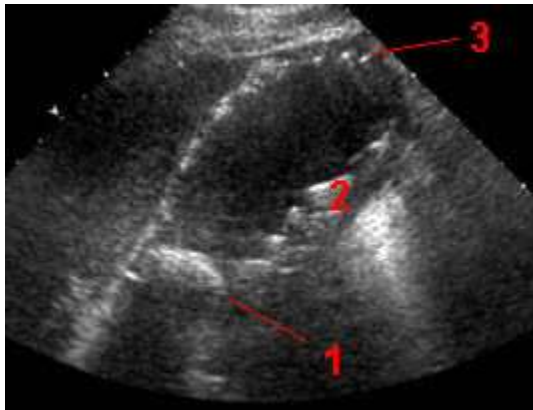
- Douleur plus franche
- T° plus élevée, frissons ++
- Ictère cholestatique
- Hyperleucocytose franche
- Bilan rénal ++++

Affections biliaires

Échographie abdominale++

Cholécystite

LV



Epaississement pariétal vésiculaire
Lithiase dans le collet

LVBP



Dilatation VBP

Echographie : lithiase cholédoque



Calculs multiples



Epaississement hétérogène
de la paroi vésiculaire sans lithiase



Cas particuliers

Femme enceinte

- Utérus gravide examen difficile
- Irritation péritonéale moins nette
- Pronostic foetal: prématurité, MIU

Ages extrêmes

Enfant

Interrogatoire difficile

Sujet âgé

- Fréquence ↑: biliaire, néoplasie
- Contracture abdominale: ↓ nette
- Hyperleucocytose et fièvre: fréq↓
- Intérêt des ex complémentaires

Immunodépression

- Fréquence: infections, médicaments

SDE aigu

Interrogatoire
Examen clinique

Critères de gravité

Pc vital mis en jeu:
instabilité hémodynamique

Absents

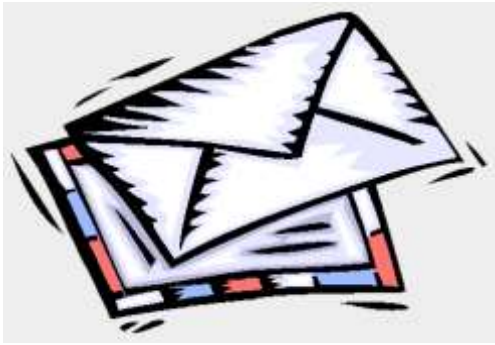
OUI

Non

- Programmation des examens en fonction de l'orientation
- Adresser pour avis spécialisé

Hospitalisation
Mesures de réanimation
Avis spécialisé

Examens complémentaires en
urgence



Conclusion

- Le SDE aigu peut être la traduction d'une affection grave
- L'interrogatoire et l'examen clinique bien conduits sont la clé du diagnostic
- Dans les cas difficiles les examens complémentaires orientés permettent d'éviter les erreurs diagnostics
- Les affections pouvant se traduire / un SDE aigu doivent être connues
- Tout retard diagnostic entraîne un retard thérapeutique et peut être fatal pour le patient

A scenic view of a rocky coastline. The foreground is filled with dark, jagged rocks and patches of green vegetation. The ocean is a deep blue, with white foam from the waves crashing against the rocks. The sky is not visible.

***Merci de votre
attention***

Mélanie Beuf