



**Université Alger1.Faculté de Médecine. Département de
Médecine. Cycle gradué
Module UMC**

Douleurs abdominales

**Dr Ammari
Hôpital universitaire de Ain Taya**

Introduction

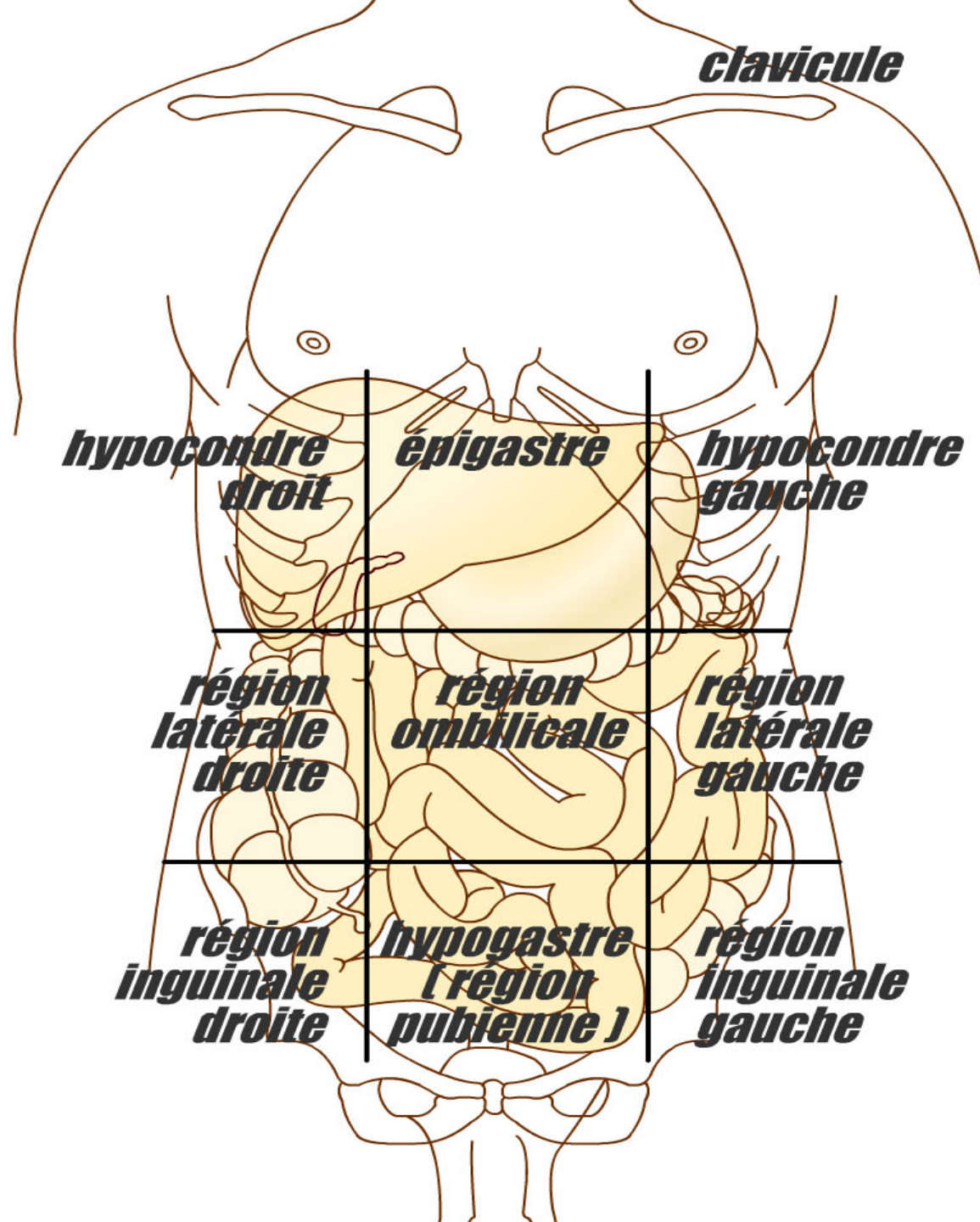
- *La douleur est le maître symptôme de l'urgence abdominale*, elle peut être isolée ou prédominante, Elle révèle une *lésion organique chirurgicale dans 20%* des cas.

L'abdomen aigu chirurgical

Etat pathologique d'un ou de plusieurs organes intra péritonéaux réclamant en **urgence** une intervention chirurgicale de **sauvetage**.

Exclure:

- abdomens aigus traumatiques
- abdomens aigus non traumatiques et non chirurgicaux)



Signes Fonctionnels

- **Douleur**
- **Vomissements**
- **Nausées**
- **Troubles du transit intestinal: Diarrhée, constipation, ou arrêt complet du transit intestinal matières et gaz**

Etat général du patient : (Signes généraux)

- un ***saignement*** (sub-ictère, pâleur des conjonctives, langue saburrale)
- une **déshydratation** (soif, pli cutané)
- un ***début de choc*** (pouls filant, TA faible, faciès altéré, sueurs, polypnée)
- Fièvre
- Asthénie
- Amaigrissement

L'interrogatoire

1. **La douleur:** début, siège, irradiation, évolution
2. La présence de nausées et vomissements
3. Les troubles du transit
4. La date des dernières règles
5. La présence de signes urinaires
6. ***Les Antécédents:***
 - médicaux et chirurgicaux
 - médicaments: corticoïdes, AINS, anti-coagulants...
 - notion de traumatisme abdominal, même éloigné
- 7- Heure du dernier repas et de la dernière miction.

Examen physique

- L'inspection

- Distension ou non de l'abdomen
- Si distension: Symétrie ou asymétrie
- Masse ou tuméfaction visible
- Circulation veineuse collatérale.

La palpation: +++

- Doit être douce, mains réchauffées, bien à plat, elle débute à l'endroit le moins douloureux pour se porter vers la zone la plus sensible.
- Elle recherche:
 1. une **douleur provoquée**, que l'on peut parfois déclencher par la décompression brutale de l'abdomen à distance (irritation péritonéale)
 2. une **défense**: réaction pariétale douloureuse à la palpation douce de l'abdomen qui reste dépressible
 3. une **contracture**: contraction permanente, douloureuse et invincible des muscles de la paroi abdominale antérieure
 4. une **masse abdominale**.
- ***L'examen des orifices herniaires +++ doit être systématique***

La percussion

- ***La disparition de la matité pré-hépatique*** (en position demi-assise) qui traduit l'existence d'un pneumopéritoine
- ***Une matité des flancs***, chez un malade en décubitus dorsal qui montre l'existence d'un épanchement péritonéal abondant

L'absence de ces signes ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'épanchement intra-péritonéal aérique ou liquidien.

L'auscultation

- Un **souffle vasculaire**
- Des ***bruits hydro-aériques***

Le toucher rectal:+++

Il est **fondamental** et doit être effectué en décubitus dorsal, cuisses et genoux fléchis, en demandant au malade de pousser.

On recherche:

- une ***sensation de tension douloureuse***

(bombement du cul-de-sac) qui traduit la présence d'un épanchement liquidien intra-péritonéal

- la ***présence de nodules*** qui témoignent d'une carcinose péritonéale

- on notera aussi:

- . La présence ou non de selles dans l'ampoule,
- . La présence de sang (rectorragie ou méléna)
- . L'existence d'une tumeur ano-rectale
- . Le volume et la consistance de la prostate chez l'homme

Le toucher vaginal:

Systematique devant tout syndrome douloureux abdomino-pelvien chez la femme, il recherche:

- Une ***douleur à la mobilisation utérine***
- Une ***hémorragie utérine, des leucorrhées*** et précise la taille de l'utérus et de ses annexes

1^{ère} CONCLUSION;

-Le patientconsulte en urgence
pour.....accompagné de...../Isolé(e)

le diagnostic clinique retenu est.....

Cependant des examen biologiques et
radiologiques sont indispensables.....

- prouver l'urgence.
- le caractère chirurgical.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le bilan biologique:

- Numération formule sanguine, ionogramme sanguin
- Urée, glycémie, créatininémie
- Hémostase
- Éventuellement, bilan hépatique (transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT, bilirubine), pancréatique (amylasémie, amylasurie, lipasémie, calcémie), de souffrance cardiaque (CPK, LDH)
- Groupe sanguin, Rhésus, agglutinines irrégulières

L' ECG:

Les explorations radiologiques:

- Radiographie thoracique de face + ASP (en dehors d'une grossesse débutante)
Face, debout et couché, un cliché centré sur les coupes (debout ou assis)
- **L'échographie abdominale +++**
- Le ***scanner abdomino-pelvien*** (+++) qui prend une place majeure dans les syndromes abdomino-pelvien atypiques.

Dans 50% des cas une étiologie médicale est retrouvée

dans 20% des cas la cause est chirurgicale.

Il est donc impératif de reconnaître ces affections
médicales à expression abdominale pseudo-
chirurgicale afin d'éviter une laparotomie inutile:

... PENSER SYSTEMATIQUEMENT A CERTAINES CAUSES MEDICALES:

- 1. IDM+++**
- 2. Embolie pulmonaire**
- 3. Pneumopathie**
- 4. Gastro-entérite aigue**
- 5. Maladies inflammatoires en poussée.**
- 6. Pyélonéphrite.**
- 7. Salpingite.**
- 8. prostatite**

Diagnostic Etiologique

A/ Péritonites aiguës:

1 Péritonites par perforation d'organes creux :

La perforation peut siéger sur n'importe quel segment du tube digestif en allant de l'œsophage abdominal au rectum.

2 Péritonites par diffusion:

a- Péritonites appendiculaires.

b- Péritonite biliaire.

c -péritonites d'origine génitale.

d- péritonites urinaire.

e-péritonites primitives.

f- péritonite post-op .

Tableau clinique:

- Des douleurs abdominales à début brutal.
- Des vomissements.
- Arrêt du transit intestinal.

L'interrogatoire : rechercher les antécédents médico-chirurgicaux du patient (gastrite, ulcère entérocolites inflammatoires, pathologie biliaire...

L'examen physique : contracture abdominale (ventre de bois).

TR: classique cri de douglas

A un stade plus avancé : installation d'un état de choc septique et hypovolémique avec défaillance multi viscérale.

Examens complémentaires

ASP :

Croissant gazeux inter hépato diaphragmatique.
Grisaille diffuse.

Echographie abdomino-pelvienne:

Epanchement intra-péritonéal
diagnostique étiologique

Traitement:

- Réanimation et rééquilibre hydro-électrolytique.
- Laparotomie d'urgence :

En cas de perforation

A l'étage sus mésocolique: suture de la perforation
+toilette + drainage.

A l'étage sous mésocolique : stomies + toilette + drainage.

En cas de péritonite par diffusion

_traitement en fonction de l'organe atteint.

B / Les occlusions intestinales aiguës

C'est l'arrêt total de la progression du contenu intestinal matières et gaz.

Mécanisme:

Par obstruction:

- Obstruction de la lumière intestinale
- Epaississement inflammatoire de la paroi intestinale.
- Compression extrinsèque.

Par strangulation: volvulus, étranglement, invagination.

Occlusions fonctionnelles:

Au contact d'un foyer inflammatoire, infectieux, douloureux.

A des troubles ioniques.

Clinique

Douleurs abdominales, vomissements, et arrêt du transit intestinal. Distension abdominale

Interrogatoire:

antécédents médico-chirurgicaux du patient .

TR : vacuité de l'ampoule rectale

éventuelle tumeur sténosante du rectum.

rétraction de la muqueuse rectale vers le haut

Examens complémentaires:

ASP: niveaux hydro- aériques.

Parfois TDM.

ETIOLOGIES:

Patient déjà opéré: occlusion sur brides, éventration étranglée.

Occlusion par obstruction du grêle: iléus biliaire.
tumeur du grêle.

-Occlusion par obstruction colique: cancer du colon dans 75% des cas.

-Occlusion intestinale par strangulation:

- Volvulus du grêle
- Volvulus du colon pelvien.
- volvulus du caecum.
- invagination intestinale aigue.
- hernies étranglées.

Traitement: c'est une urgence médico-chirurgicale.

Réanimation et rééquilibrage hydro-électrolytique.

Lever l'obstacle et rétablir la continuité digestive : en fonction de l'étiologie et des données per opératoires.

C-Infarctus entéro-mésentérique

C'est la nécrose intestinale en rapport avec une ischémie aiguë qui est elle-même due à un dérèglement brutal de la circulation mésentérique.

Les causes du dérèglement sont :

- Une baisse du débit cardiaque. (bas débit splanchnique) 50% des cas.
- Une embolie de l'artère mésentérique supérieure. 25%
- une thrombose du tronc coélique ou de l'AMS 15%.
- une thrombose de la veine mésentérique supérieure.



Cliniquement:

- Début brutal.
- douleurs abdominales.
- parfois diarrhées et méléna, puis arrêt total du transit.

Interrogatoire: notion de terrain athéromateux.

antécédents cardio-vasculaires (IDM,
valvulopathies.

Examen physique : ventre distendu atone.

défense généralisée.

TR: doigtier souillé de sang.

silence auscultatoire.

Examens complémentaires:

ASP: niveaux hydro-aériques.

TDM avec injection (agio-scann):

Anomalie de fixation intestinale du produit de contraste.

Image d'occlusion artérielle mésentérique.

Pneumatose intestinale.

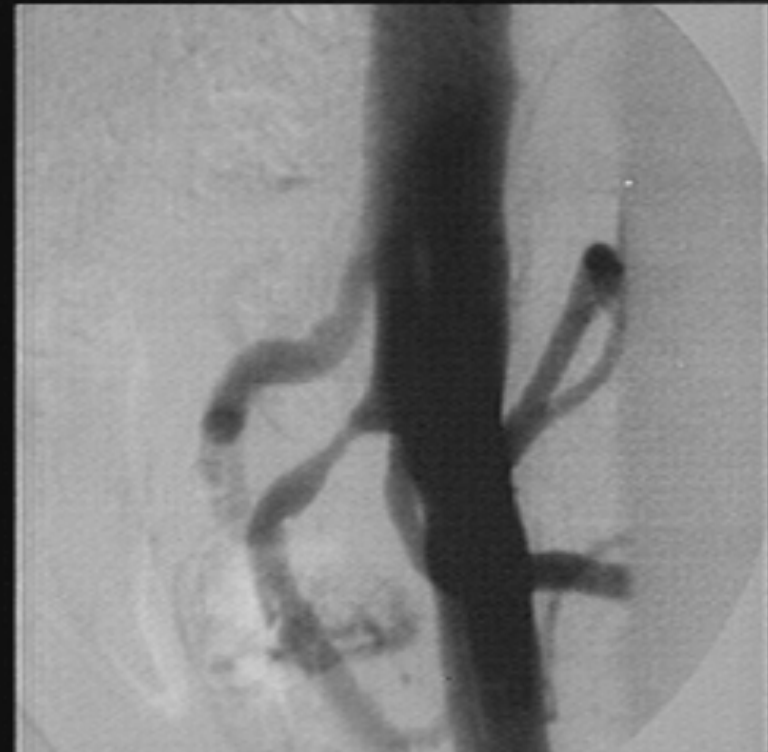
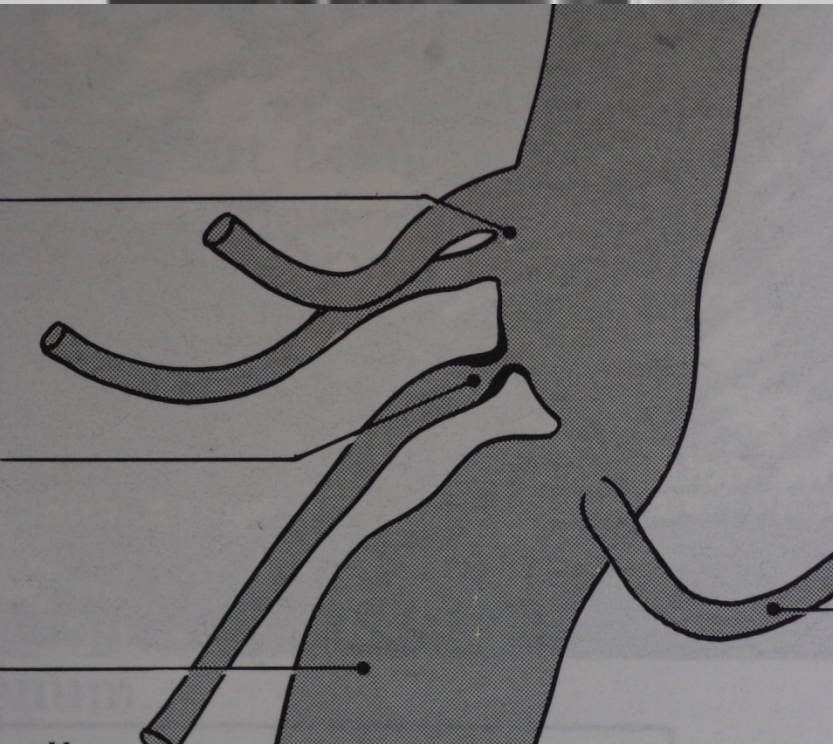
Artériographie: **c'est l'examen clé.**

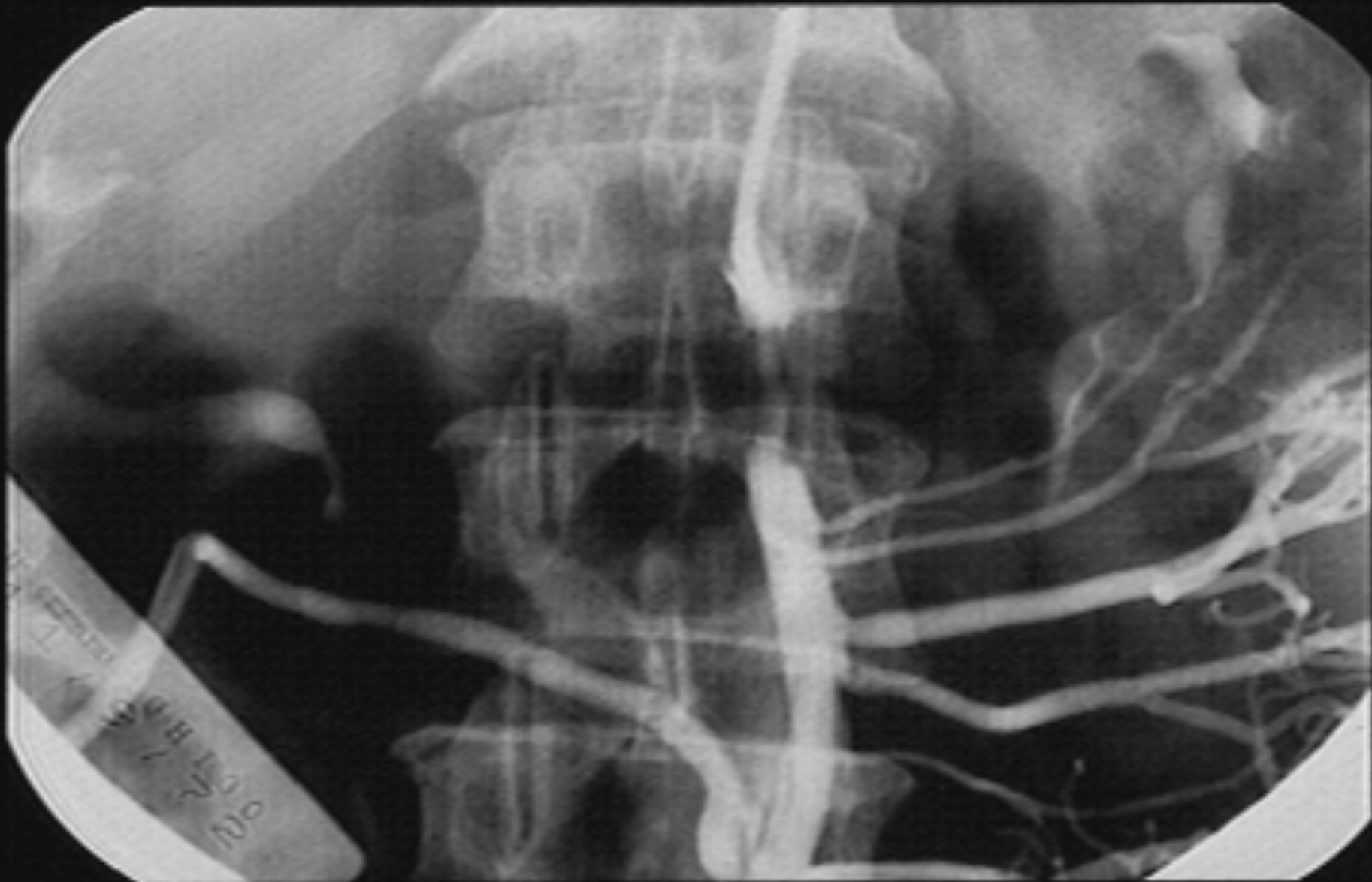
- Arrêt cupuliforme en cas d'embole.
- Oblitération ostiale ou juxta ostiale avec retard d'opacification de l'arbre mésentérique périphérique en cas de thrombose.



Arrêt total sur embole

***Sténose de l'artère
mésentérique supérieure***





Sténose de l'artère mésentérique supérieure

Traitement:

Au stade d'ischémie: thrombolytique (papavérine, urokinase...).

Au stade d'infarctus:

- Embolectomie à la sonde de FOGARTY.
- Thrombo-endarterectomie
- pontage aorto-mésentérique.
- réimplantation de l'artère mésentérique supérieure sur l'aorte.

Les lésions intestinales :résection anastomose.

Pathologies Hépatobiliaires et **pancréatiques**

H- cholécystite aiguë

C'est une inflammation non spécifique de la vésicule biliaire due le plus souvent à l'obstruction du collet vésiculaire ou du cystique par un calcul.

Généralement il s'agit d'une femme obèse qui consulte pour :

- coliques hépatiques
- Nausées et / ou Vomissements.
- Parfois arrêt du transit.
- Le tout dans un contexte fébrile à 38,5°C voir 39°C.

À l'examen:

Défense à la palpation de l'hypochondre droit.

Signe de Murphy positif.

Examens complémentaires

Echographie hépatobiliaire:

Épaississement de la paroi vésiculaire .

Mise en évidence de lithiases.

Biologie : hyper leucocytose

Traitement :

-Chirurgie laparoscopique précoce,

+ antibiothérapie

I – Angiocholite aiguë

C'est une infection aiguë ou subaiguë des voies biliaires intra et / ou extra hépatique (vésicule biliaire exclue).

Elle se manifeste cliniquement par triade de CHARCOT: douleur, fièvre 39 c° voir 40c° , ictère, en 24 à 72 heures

Examens complémentaires :

Biologie:

FNS hyper leucocytose.

Fonction rénale parfois perturbée.

Bilan hépatique: choléstase.

TP :bas corrigé par la vitamine K.

Hémoculture au pic thermique.

Echographie hépatobiliaire:

Dilatation de la voie biliaire en amont de lithiases.

Bili IRM.

Traitement :

Réanimation et rééquilibre hydro électrolytique.

Antibiothérapie à large spectre.

Chirurgie : si signe de gravité (septicémie) et mauvaise réponse à la réanimation drainage des voies biliaire dans 6 à 12 heures qui suivent.

Si bonne réponse à la réanimation drainage des voies biliaires dans 24 à 72 heures voir jusqu'au 9^{ème} jours de traitement.

D- Pancréatite aiguë

Elle résulte de l'auto digestion de la glande pancréatique et des tissus avoisinants par ses propres enzymes précocement activées.

Deux principales étiologies principales:

Origine lithiasique.

Origine alcoolique.

Autres causes: PA infectieuse, PA génétique, PA associée aux entérocolites.

Cliniquement :

Début brutal en coup de poignard.

- douleurs, vomissements, arrêt du transit intestinal.
- précocité des signes généraux: état de choc, tachycardie, chute de la tension artérielle.
- pauvreté de l'examen physique.

Examens complémentaires

Biologie : lipasémie supérieure ou égale à trois fois la normale.

Amylasémie > 5 fois la normale.

TDM avec injection de produit de contraste.

IRM si insuffisance rénale.

Traitement: urgence médico-chirurgicale.

- en premier lieu la réanimation.
- chirurgie pour le traitement étiologique (cholécystectomie)

E -Appendicite aigue

c'est l'inflammation puis l'infection de l'appendice vermiculaire. Elle se caractérise par

Son polymorphisme clinique.

L'évolution imprévisible.

Absence de parallélisme anatomo-clinique.

Cliniquement :

Douleurs de la fosse iliaque droite.

Nausées et / ou vomissements.

Troubles du transit souvent à type de constipation.

Fièvre à (38) – (38,5).

- Défense à la palpation de la fosse iliaque droite.
- Signe de Blumberg et Rovsing positifs (+).

Le diagnostic est souvent clinique, les examens complémentaires sont réservés pour les formes atypique.

Traitement:

Il est chirurgical et urgent : appendicectomie.

L'antibiothérapie est mise en route en per-opératoire.

F- Rupture de grossesse extra-utérine

La GEU est l'implantation et la nidation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine.

Siege : tubaires 95%

ovarien, abdominal : 5%

Cliniquement :

C'est une femme qui se sait enceinte mais qui saigne.

-aménorrhée.

-métrorragies.

-douleurs abdominales.

Parfois d'emblée état de choc hypovolémique.

Examen physique

Interrogatoire : DDR, antécédents obstétricaux,

Palpation : douleur voir défense de la fosse iliaque.

Examen au spéculum :

-Col cyanosé et ramolli.

-Utérus de volume augmenté mais plus petit que ne le désire l'âge réel de la grossesse.

-présence d'une masse latéro-utérine.

Examens complémentaires:

Test de grossesse.

B- HCG

Échographie: vacuité utérine

masse latéro-utérine .

Epanchement intra péritonéal.

Traitement: urgence médico chirurgicale

-Réanimation.

-chirurgie doit être conservatrice au maximum :

1 chirurgie conservatrice :

-avortement tubo- ovarien.

2 chirurgie radicale :

-salpingectomie

-annexectomie.

G- Torsion d'un kyste ovarien

Douleurs abdominales hypogastriques notamment au niveau des fosses iliaques.

Vomissements.

Interrogatoire : irrégularité du cycle.

Défense à la palpation.

Échographie permet le diagnostic positif.

Traitement il est chirurgical urgent : kystectomie. Voir annexectomie si necrose.

2^{ème} Conclusion

Les urgences chirurgicales aiguës sont très fréquentes il faut distinguer entre les urgences qui nécessitent un geste chirurgical urgent de sauvetage et les urgences différées.