

Dominique Criblez¹, Christoph Merlo²

Maux de ventre

Un article basé sur le congrès du CMPR 2014 à Lucerne

Ce court article de formation continue met en lumière quelques aspects essentiels de la tâche complexe que représente le diagnostic des douleurs abdominales. Le triage initial, basé sur le premier examen réalisé par le médecin de famille ou le médecin urgentiste, est ici expliqué. Parmi les nombreux diagnostics différentiels à envisager, nous présentons la cholécystite symptomatique, qui est fréquemment rencontrée, ainsi que la diverticulite aiguë du sigmoïde. Par ailleurs, la marche à suivre en cas de douleurs abdominales chroniques récidivantes, qui surviennent fréquemment en rapport avec un syndrome de l'intestin irritable, est commentée. A cet égard, il se pose la question de savoir si le syndrome de l'intestin irritable peut être diagnostiqué sur la base de critères cliniques ou si un diagnostic d'exclusion, notamment par iléocoloscopie, est nécessaire.

Introduction

Les douleurs abdominales confrontent sans cesse le médecin de premier recours et le médecin urgentiste, mais également le spécialiste, à de nouveaux défis [1]. Les diagnostics différentiels à envisager sont extrêmement variés. Le degré de sévérité peut également être très variable, allant de situations relativement anodines à des situations où le pronostic vital est engagé. A côté des présentations douloureuses typiques, de nombreux patients³ présentent des tableaux cliniques qui ne sont pas suffisamment spécifiques. La pertinence de l'anamnèse et de l'examen clinique est globalement décevante [2], ce qui est lié aux particularités de la perception des douleurs viscérales. La localisation des douleurs viscérales, y compris des zones d'irradiation de la douleur, est notoirement imprécise. Il n'est pas toujours possible de tirer des conclusions fiables quant à l'origine du phénomène pathologique, ce qui complique la mise en œuvre d'une démarche diagnostique ciblée.

Les enfants, les personnes très âgées, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées doivent d'emblée bénéficier d'une considération particulière.

Ce court article de formation continue n'a pas pour objectif de traiter le thème des douleurs abdominales selon une approche systématique, mais plutôt de mettre en exergue certains points.

Si l'on classe les douleurs abdominales dans un modèle bidimensionnel avec les axes «pathologies aiguës versus chroniques» ou «pathologies fonctionnelles versus organiques», on obtient des exemples pertinents pour l'ensemble des quatre combinaisons. Contrairement à l'idée largement répandue, les causes fonctionnelles ne sont pas uniquement fréquentes en cas de douleurs abdominales chroniques (mots-clés: syndrome de l'intestin irritable, dyspepsie fonctionnelle), mais également dans des situations aiguës. De grandes études ont montré qu'un bon tiers des patients

qui sont examinés dans un service d'urgences en raison de douleurs abdominales peuvent à nouveau être autorisés à quitter l'hôpital sans diagnostic spécifique. Ce constat suggère que le principe «réaliser le moins d'exams possible, mais autant que nécessaire» devrait également s'appliquer à cette problématique. Cette devise vaut notamment pour la tomographie, qui est aujourd'hui responsable d'une grande partie de la radioexposition non-naturelle de la population [3].

Douleurs abdominales aiguës

Quand hospitaliser?

Un problème pratique dans le cadre de la médecine de famille concerne le triage entre les affections pouvant être traitées en ambulatoire et celles nécessitant une hospitalisation. Parmi les motifs évidents d'hospitalisation figurent les douleurs extrêmes avec un besoin important d'antalgiques, une perturbation des signes vitaux ou un péritonisme marqué. Certains symptômes supplémentaires rendent le plus souvent irréaliste une prise en charge ambulatoire, notamment:

- Fièvre/frissons ou autres signes évocateurs d'un sepsis
- Ictère (en tant que signe évocateur d'une obstruction biliaire +/- angiocholite)
- Vomissements et rétention fécale (indiquant un iléus)
- Hématémèse
- Diarrhée sanglante (évocatrice d'une colite)

Quels examens faut-il réaliser en premier lieu?

Pour les cas pouvant potentiellement être traités en ambulatoire, le bilan réalisé par le médecin de famille englobe, outre une anamnèse poussée et un examen clinique, quelques analyses de laboratoire:

- Hémogramme
- Protéine C réactive
- Valeurs hépatiques et paramètres de cholestase, lipase sérique

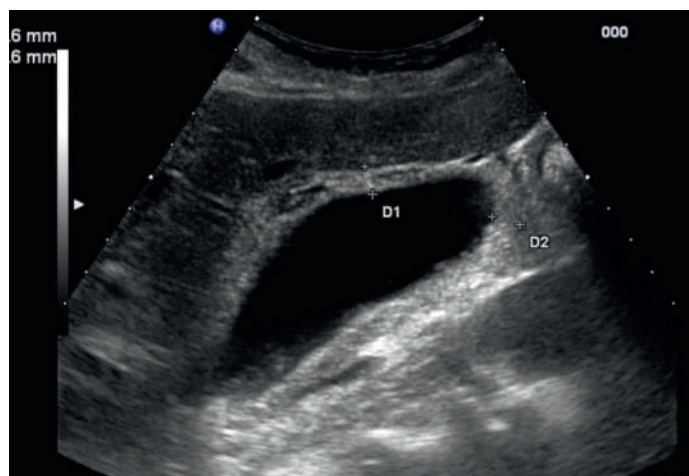


Figure 1

Echographie abdominale avec tableau typique de cholécystite aiguë (épaississement et aspect feuilleté de la paroi de la vésicule biliaire) chez une patiente souffrant de douleurs aiguës au niveau de la partie supérieure droite de l'abdomen et de péritonisme localisé.

¹ Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie, Departement Medizin, Luzerner Kantonsspital, Luzern

² Internistische Praxis, Luzern

³ Afin de faciliter la lecture, seule la forme masculine est utilisée, mais elle désigne à la fois le genre masculin et féminin.

Figure 2a-c

Patiente de 56 ans présentant des douleurs abdominales diffuses aiguës et une rétention fécale.

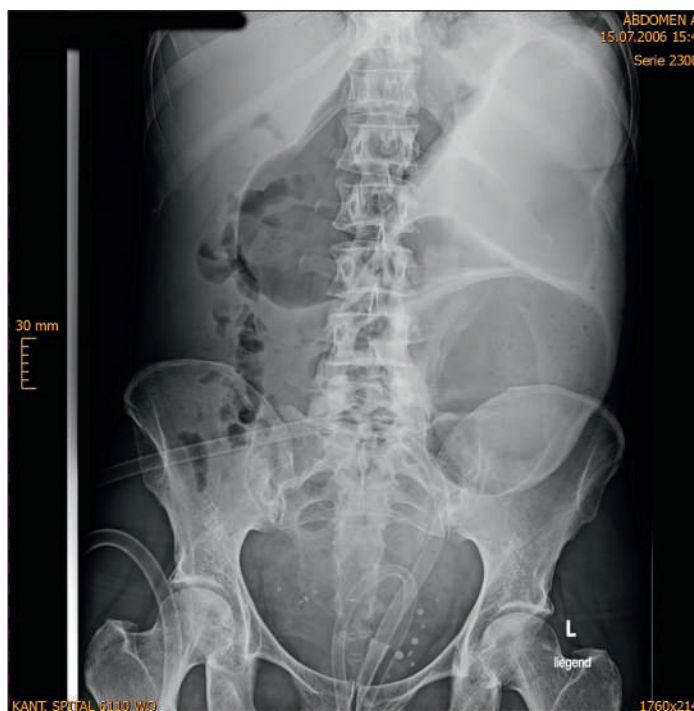


Figure 2a

Radiographie abdominale sans préparation en position allongée révélant une anse intestinale (gros intestin) fortement dilatée.

- Statut urinaire, éventuellement porphobilinogène urinaire
- INR (en cas de traitement anticoagulant oral par antagonistes de la vitamine K; cf. hématomes abdominaux liés aux anticoagulants!)

Aujourd'hui disponible dans de nombreux cabinets de médecine de famille, l'échographie abdominale joue un rôle diagnostique important. De nombreuses anomalies fournissent une orientation et permettent d'aiguiller les soupçons vers des entités majeures, telles que:

- cholécystite aiguë (fig. 1)
- obstruction biliaire
- iléus mécanique
- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale
- infarctus/rupture splénique
- liquide libre intra-péritonéal (ascites ou hémopéritoine).

Sa valeur est plus controversée en cas de suspicion d'une appendicite aiguë. Par ailleurs, la valeur de l'échographie est parfois surestimée en cas de recherche d'une pancréatite aiguë, car le sub-iléus réactif gêne le plus souvent la visualisation du rétropéritoine; l'accent est en revanche mis sur la vésicule biliaire, car la mise en évidence d'une cholécystolithiase suggère, jusqu'à preuve du contraire, une pancréatite avec bile lithogène.

Lorsqu'elle est disponible, la radiographie conventionnelle (radiographie abdominale sans préparation en position debout et allongée; éventuellement combinée à une radiographie thoracique) peut fournir des informations déterminantes. Elle peut tout particulièrement révéler des signes d'iléus (formation de niveaux hydro-aériques et dilatation de l'intestin grêle et du gros intestin en position debout), un relief intestinal pathologique (en position allongée), de l'air libre, une aérobilie, la présence d'un corps étranger et d'autres surprises pertinentes (fig. 2a-c). En cas de douleurs abdominales hautes, il convient de réaliser un ECG, du moins chez les patients présentant des risques cardiovasculaires.

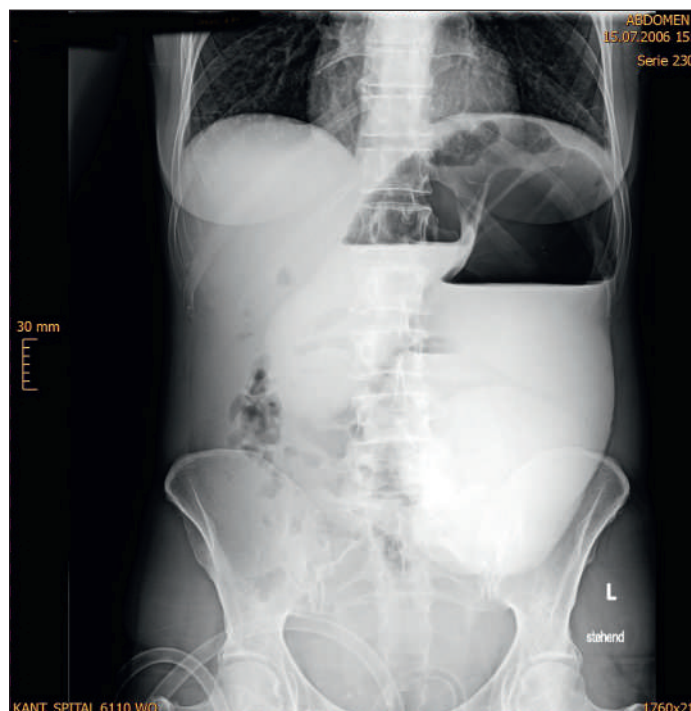


Figure 2b

Lavement par Gastrografine avec mise en évidence d'un volvulus du sigmoïde.

Au service des urgences de l'hôpital, la tomодensitométrie joue depuis longtemps un rôle clé incontesté (4).

A quoi faut-il s'attendre?

En cas de douleurs abdominales aiguës, les diagnostics différentiels à envisager sont extrêmement vastes et ils varient en fonction de l'âge, du sexe, des comorbidités et des constellations de risques. Des algorithmes peuvent faciliter la prise en charge, mais ils ne dépeignent souvent que de manière incomplète la complexe réalité [1]. L'expérience médicale et l'intuition jouent toujours un grand rôle dans le diagnostic. D'une manière générale, les premières places en termes de fréquence reviennent à l'appendicite aiguë, à la cholélithiase symptomatique, à la perforation gastro-intestinale, à l'iléus, à la pancréatite aiguë et à la diverticulite du sigmoïde. Nous avons sélectionné deux de ces affections au hasard pour les présenter plus en détails.

Cholélithiase symptomatique

La cholélithiase symptomatique donne lieu à un vaste spectre de manifestations. La classique colique biliaire résulte d'une obstruction qui peut être localisée soit au niveau du canal cystique (cholécystolithiase) soit au niveau du canal hépato-cholédoque (cholédocholithiase). La douleur intense au niveau de la partie supérieure droite de l'abdomen débute de manière suraiguë, parfois durant la phase postprandiale, mais souvent comme un «coup de tonnerre» et durant la nuit. Une irradiation dans l'épaule droite ainsi que des manifestations végétatives associées, telles que des vomissements, sont fréquentes. Après une durée allant d'1 demi-heure à environ 3 heures, les symptômes s'estompent et sont suivis d'une période asymptomatique jusqu'à un éventuel prochain épisode. Si la douleur persiste plus longtemps, il faut songer à une complication, en particulier à une cholécystite aiguë ou à une pancréatite biliaire aiguë. En cas de développement d'un ictère, il con-

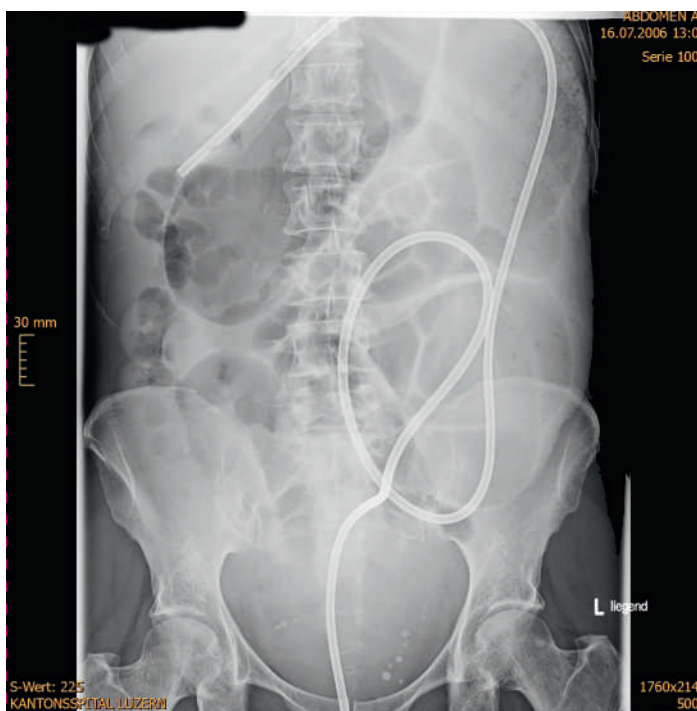


Figure 2c
Etat consécutif à la pose en urgence d'une sonde pour coloscopie de décompression.

vient de supposer la présence d'une cholédocholithiase avec calcul enclavé.

La colique biliaire non compliquée peut d'emblée être traitée en ambulatoire par spasmolytiques et analgésiques. Typiquement, le diagnostic clinique de suspicion est simple à poser et il peut être confirmé par échographie. Les analyses de laboratoire montrent des paramètres inflammatoires normaux, des valeurs hépatiques/paramètres de cholestase normaux et une lipase sérique normale. En cas de coliques récurrentes, la cholécystectomie élective par voie laparoscopique constitue le traitement de choix.

En cas de paramètres de cholestase élevés, une cholédocholithiase est probable. Cette situation requiert une attention particulière, même si une évacuation spontanée du calcul est généralement obtenue. Dans bien 20% des cas, le calcul est enclavé dans le cholédoque, ce qui se traduit par une absence de normalisation (ou une dégradation supplémentaire) des paramètres de cholestase au cours des 48–72 heures suivant le début des douleurs, par une récurrence des coliques, ainsi que par une dilatation des voies biliaires visible aux échographies ultérieures. Cette constellation nécessite la réalisation rapide d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). La présence de signes supplémentaires d'angiocholite (élévation de la protéine C réactive, fièvre, frisson) impose l'initiation d'une antibiothérapie, une hospitalisation et en fonction de l'évolution à court terme, une CPRE rapide.

Il convient tout particulièrement de mentionner la *cholécystite aiguë*, qui est suggérée sur le plan clinique par des douleurs abdominales hautes de type biliaire persistant durant plus de 4–6 heures. Elles ne sont pas nécessairement précédées de coliques. Sur le plan clinique, elle donne lieu à un péritonisme épigastrique droit localisé et les analyses de laboratoire révèlent une augmentation des paramètres inflammatoires. L'échographie met en évidence un tableau typique (fig. 1). Si elle n'est pas traitée à temps, la cholécystite aiguë s'accompagne d'un taux élevé de complications sévères (empyème, gangrène, perforation). La suspicion d'une cho-

lécystite aiguë constitue dans tous les cas un motif d'hospitalisation, car d'après les connaissances actuelles, la réalisation le plus rapidement possible d'une cholécystectomie, si possible par voie laparoscopique, s'avère profitable [5].

Diverticulite aiguë du sigmoïde

En cas de présentation typique fréquente, la diverticulite aiguë du sigmoïde est relativement simple à diagnostiquer cliniquement par le médecin de famille sur la base d'une douleur abdominale basse du côté gauche, accompagnée d'un péritonisme localisé. Il s'agit pour la grande majorité des cas d'une forme non compliquée, c.-à-d. sans suspicion d'abcès, de perforation ou de phénomènes similaires. Les opinions et données de la littérature sont unanimes sur le fait qu'il est aisément justifiable de traiter ces cas en ambulatoire sous la surveillance d'un médecin de famille [6–8], si les conditions suivantes sont réunies:

- État général peu diminué
- Absence de péritonisme localisé sévère, absence de péritonite des quatre quadrants
- Alimentation par voie orale
- Absence d'immunosuppression (VIH, prise systématique de corticoïdes, immunosuppresseurs, diabète sucré)

Habituellement, des antibiotiques sont également administrés en plus de repas pauvres en fibres, de laxatifs émoullissants et d'analgésiques. Une récente étude prospective randomisée conduite en Scandinavie [9] n'est cependant pas parvenue à démontrer qu'un traitement par antibiotique puissant à large spectre apportait un quelconque bénéfice. La prise d'antibiotiques n'a pas eu d'influence sur les critères d'évaluation «durs» (fréquence des abcès, fistules et perforations; taux d'opération, récurrence de la diverticulite). Ainsi, pour autant qu'une surveillance médicale optimale soit assurée, il n'est pas indispensable d'initier une antibiothérapie. De nouvelles connaissances supplémentaires au sujet de cette affection ont récemment été présentées dans le Forum Médical Suisse [10]. Un autre débat concerne l'indication d'une coloscopie pour confirmer le diagnostic. Il est connu que le cancer du sigmoïde peut être associé à des manifestations cliniques et à des anomalies tomодensitométriques semblables à celles observées en cas de diverticulite du sigmoïde. Dès lors, et pour des raisons évidentes, une coloscopie s'impose 4 à 6 semaines après la régression de la poussée de diverticulite, du moins pour les personnes de plus de 50 ans, sauf si une coloscopie préventive a été réalisée récemment. Toutefois, d'un point de vue strictement scientifique, le bénéfice apporté par cette mesure n'est pas prouvé [11].

Pièges potentiels

Parmi les situations les plus menaçantes, on compte l'*ischémie mésentérique aiguë*. Sur le plan clinique, elle se caractérise par des douleurs massives avec un abdomen initialement souple et sensible à la palpation. Elle survient la plupart du temps chez des patients présentant une constellation de risques cardiovasculaires. Une élévation modérée de l'amylase sérique ou de la lipase sérique (comme conséquence du trouble de la perméabilité intestinale) peut conduire au diagnostic erroné de pancréatite aiguë. La radiographie abdominale sans préparation révèle parfois un relief pathologique au niveau de l'intestin grêle. Concernant le pronostic de l'infarctus mésentérique, le diagnostic sans délai au service des urgences, suivi d'une intervention chirurgicale immédiate, est décisif.

La rupture d'*anévrisme de l'aorte abdominale* représente une autre catastrophe abdominale. Souvent, il y a des signes cliniques évocateurs du diagnostic (masse abdominale pulsatile, bruits cor-

respondant aux turbulences du flux sanguin, différence de pouls au niveau inguinal), qui peut être corroboré par l'échographie abdominale.

Lors de l'anamnèse, il ne faut pas négliger la possibilité d'un traumatisme abdominal ancien, parfois minimisé, car un tel traumatisme peut être la cause d'une rupture d'organe retardée ou en deux temps, en particulier d'une rupture de la rate. Une telle suspicion peut être confirmée par échographie.

Enfin, les causes extra-intestinales et extra-abdominales de douleurs doivent être prises en compte dans le diagnostic différentiel. Parmi les nombreuses possibilités, il convient de mentionner l'*ischémie coronaire aiguë*, qui peut se manifester par des douleurs abdominales hautes aiguës en cas de localisation inféro-postérieure. Dès lors, un ECG s'impose afin de clarifier la situation. Chez les personnes âgées, une *rétention urinaire* peut imiter un abdomen aigu et, lorsque l'anamnèse et l'examen clinique ne sont pas suffisamment concluants, il s'agit de la situation classique où un diagnostic visuel par échographie s'impose. La *coprostase* peut également déclencher des douleurs abdominales aiguës et elle peut facilement être diagnostiquée par une radiographie. En cas d'impaction fécale au niveau rectal, le toucher rectal se présente comme une solution diagnostique et thérapeutique utile.

Douleurs abdominales récidivantes / chroniques

Syndrome de l'intestin irritable

Dans le contexte de la médecine de famille, les douleurs abdominales chroniques non spécifiques sont souvent liées à un *syndrome de l'intestin irritable*. Il existe un vieux débat autour de la question de savoir si le diagnostic de l'intestin irritable peut être posé sur la base de critères cliniques ou s'il est uniquement valable comme diagnostic d'exclusion [12]. Dans ce dernier cas, il serait nécessaire de définir à quel moment tel ou tel examen est indispensable. Il est impossible d'apporter une réponse définitive à ces questions. De nombreux experts préconisent l'usage des critères de Rome III pour poser un diagnostic clinique [13]. Dans la pratique, la fonctionnalité au quotidien de ce catalogue de critères est néanmoins remise en question, car il repose sur de nombreux paramètres subjectifs et parfois même difficilement définissables. En outre, il n'est pas rare que les patients ne soient pas en mesure de livrer les informations avec la précision et la fiabilité souhaitées [14]. Entre-temps, de tels doutes se sont également immiscés dans l'esprit des experts [15]. En somme, le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable repose avant tout sur l'intuition clinique du médecin expérimenté et il est renforcé par un diagnostic d'exclusion sur mesure, adapté au profil de chaque patient. D'après les recommandations de la *Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten DGVS* (Société allemande des maladies digestives et métaboliques), une iléo-coloscopie (négative) chez l'adulte est indispensable dans ce contexte [16]. A cette approche s'oppose une approche impliquant une stratification en fonction de l'âge, approche qui est privilégiée dans notre pays. Les personnes de 50 ans et plus devraient d'ailleurs passer une iléo-coloscopie ne serait-ce que pour le dépistage du cancer du côlon. En dessous de cette limite d'âge, il est possible de déterminer la concentration de calprotectine dans les selles comme test de triage avant la coloscopie. En tant que marqueur inflammatoire sensible, la calprotectine permet de manière relativement fiable de faire la distinction entre une pathologie organique nécessitant une mise au point supplémentaire (en particulier maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) et des troubles fonctionnels, qui ne nécessitent pas de coloscopie [17].

Cancer de l'ovaire

Fait encore insuffisamment connu: plus de 85% des patientes atteintes d'un *cancer de l'ovaire* souffrent, avant la pose du diagnostic de cancer, de douleurs abdominales liées à une irritation de l'intestin, qui apparaissent généralement plus de 6 mois avant la pose du diagnostic [18]. Chez plus de la moitié des patientes, le cancer se trouve alors encore à un stade précoce. En conséquence, il est recommandé aux femmes présentant des symptômes d'intestin irritable de survenue récente de se soumettre à un examen gynécologique.

Références

- Trentzsch H, Werner J, Jauch KW. Der akute Abdominalschmerz in der Notfallambulanz – ein klinischer Algorithmus für den erwachsenen Patienten. *Zentralbl Chir.* 2011;136:118–128.
- Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol.* 1997;7:27.
- Aroua A, Samara ET, Bochud FO, Meuli R, Verdun FR. Exposure of the Swiss population to computed tomography. *BMC Med Imaging.* 2013;13:22.
- Rosen MP, Siewert B, Sands DZ, Bromberg R, Edlow J, Raptopoulos V. Value of abdominal CT in the emergency department for patients with abdominal pain. *Eur Radiol.* 2003;13:418–24.
- Scheiwiller A, Criblez D. Cholécystite aiguë – options thérapeutiques et timing chirurgical. *Forum Médical Suisse.* 2013;13:932–935.
- Alonso S, Pera M, Parés D, Pascual M, Gil MJ, Courtier R, Grande L. Outpatient treatment of patients with uncomplicated acute diverticulitis. *Colorectal Dis.* 2010;12:e278–282.
- Ünlü Ç, Gunadi PM, Gerhards MF, Boermeester MA, Vrouwenraets BC. Outpatient treatment for acute uncomplicated diverticulitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013;25:1038–43.
- Abbas MA, Cannom RR, Chiu VY, Burchette RJ, Radner GW, Haigh PI, Etzioni DA. Triage of patients with acute diverticulitis: are some inpatients candidates for outpatient treatment? *Colorectal Dis.* 2013;15:451–7.
- Chabok A, Pahlman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K; AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg.* 2012;99:532–9.
- Inauen W, Beeler S, Loosli B, Petrig C, Barras JP. Diverticulose et diverticulite – De nouvelles perspectives dans le traitement conservateur et chirurgical. *Forum Médical Suisse.* 2013;13:794–796.
- Daniels L, Ünlü C, de Wijkerslooth TR, Dekker E, Boermeester MA. Routine colonoscopy after left-sided acute uncomplicated diverticulitis: a systematic review. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:378–89.
- Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, Talley J, Chang L. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion? A survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:848–58.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480–91.
- Coletta M, Di Palma L, Tomba C, Basilisco G. Discrepancy between recalled and recorded bowel habits in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;32:282–8.
- Pimentel M, Talley NJ, Quigley EM, Hani A, Sharara A, Mahachai V. Report from the multinational irritable bowel syndrome initiative 2012. *Gastroenterology.* 2013;144:e1–5.
- Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Classen M. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Z Gastroenterol.* 2011; 49:237–293.
- van Rheenen PF, van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c3369.
- Goff B. Symptoms associated with ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55:36–42.

Correspondance:

Dr Dominique Criblez
FMH Gastroenterologie
Luzerner Kantonsspital
6000 Luzern 16, dominique.criblez[at]luks.ch