



**L**A DOULEUR ABDOMINALE basse chez la femme est un symptôme très fréquent. Le plus souvent, elle n'indique pas une maladie sérieuse, mais il arrive parfois qu'il soit nécessaire d'intervenir immédiatement pour protéger la vie de la patiente. Dans d'autres cas, il s'agit d'une douleur non spécifique sans cause précise. Que faire ?

### Anamnèse

L'évaluation d'une douleur abdominale basse chez la femme postpubère est difficile, le tableau atypique d'un problème courant étant plus fréquent que le tableau classique d'une affection rare. Il est donc plus pertinent d'axer la démarche diagnostique sur la recherche d'indices cliniques<sup>1</sup>.

Les appareils génital, digestif et urinaire devront faire l'objet d'un examen minutieux. Par ailleurs, il faudra rechercher des causes d'origine différente, respiratoire, par exemple, une douleur irradiée accompagnée de symptômes tels la dyspnée et la toux évoquant une pneumonie. L'anamnèse visera à préciser les éléments cliniques suivants : présence d'une maladie cardiovasculaire, prise d'analgésiques, consommation d'alcool ou de drogues, variation du poids, facteurs de risque (voyage récent, exposition environnementale [au plomb, par exemple]), immunosuppression), médicaments, allergies. Il est bon de dresser un profil psychosocial exhaustif, bien qu'il serve surtout à l'évaluation des douleurs chroniques.

Néanmoins, le questionnaire gyné-

*Les D<sup>res</sup> Josette Castel et Julie Fortin, omnipraticiennes, exercent comme médecins-enseignantes à l'unité de médecine familiale de Rimouski, rattachée à l'Université Laval.*

# Les douleurs abdominales basses chez la femme postpubère quel cauchemar !

par **Josette Castel**  
et **Julie Fortin**

Une patiente de 35 ans vous consulte pour la troisième fois pour une douleur abdominale basse. Vous vous dites « Ah non, pas encore ! » Comment vous assurer de la justesse de votre diagnostic ?

cologique est extrêmement révélateur pour l'évaluation d'une douleur abdominale basse (*tableau I*).

Toute femme postpubère et active sexuellement est susceptible d'être enceinte, et ce, même si elle utilise une méthode efficace de contraception<sup>2</sup>. Il faudra donc toujours exclure une grossesse en premier lieu.

Il faut faire preuve de prudence lorsque l'on tente d'interpréter une douleur abdominale basse. En effet, les douleurs provenant des organes abdominaux et pelviens sont mal transmises au cerveau, leur transmission étant de type viscéral<sup>2</sup>. Le cerveau reconnaît difficilement l'endroit exact d'où provient la douleur et ne fait pas la différence entre les divers organes abdominaux. La patiente décrira une

### Tableau I

#### Questionnaire gynécologique

- Date des dernières règles normales
- Méthode de contraception
- Saignements ou sécrétions vaginales anormales
- Antécédents obstétricaux
- Facteurs de risque de grossesse ectopique :
  - maladie inflammatoire pelvienne
  - prise de drogues par voie intraveineuse
  - grossesse ectopique antérieure
  - traitement de l'infertilité
- Histoire sexuelle
- Antécédents de violence

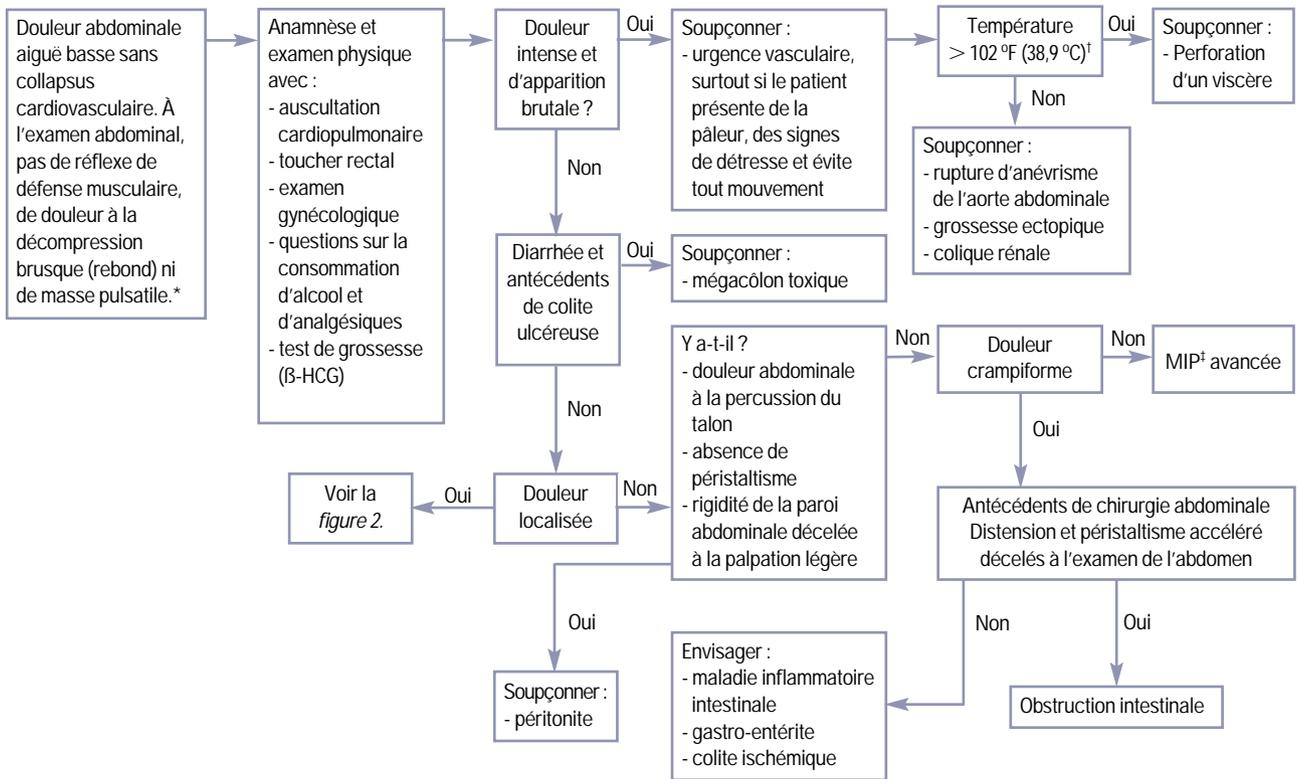
**Le tableau atypique d'un problème courant est plus fréquent que le tableau classique d'une affection rare. Il est donc plus pertinent d'axer la démarche diagnostique sur la recherche d'indices cliniques.**

**Toute femme postpubère et active sexuellement est susceptible d'être enceinte, et ce, même si elle utilise une méthode efficace de contraception. Il faudra donc toujours exclure une grossesse en premier lieu.**

### Repères

Figure 1

Évaluation initiale d'une douleur abdominale basse aiguë non traumatique



\* Si ces éléments sont présents, envisager une intervention chirurgicale immédiate.

† Chez la femme, si la fièvre s'accompagne de péritonisme et d'hyperthermie, soupçonner une salpingite aiguë ou une péritonite pelvienne.

‡ MIP = maladie inflammatoire pelvienne.

Traduit et adapté avec la permission de l'éditeur de : Trott AT, Trunkey DD, Wilson R. Acute abdominal pain: A guide to crisis management. Patient Care 15 août 1995 : 104-33. © Medical Economics.

douleur mal localisée, parfois même difficile à définir en raison de son caractère peu spécifique. De plus, le message douloureux partant d'un organe malade ou d'une réaction inflammatoire peut se transmettre par l'intermédiaire d'autres fibres nerveuses. En conséquence, le cerveau a l'impression que d'autres organes sont en cause

lorsqu'il perçoit la douleur. On parle alors de douleur irradiée. Les douleurs de la vulve et du tiers inférieur du vagin sont quant à elle transmises de façon précise au cerveau, de même que toute atteinte du péritoine pariétal<sup>3</sup>. Cette caractéristique physiologique doit nous inciter à ne pas considérer que les renseignements fournis par la

patient ne sont pas fiables et à ne pas conclure prématurément à une douleur fonctionnelle parce que sa description est vague.

Examen physique

L'examen physique doit viser à confirmer les données recueillies à l'anamnèse.

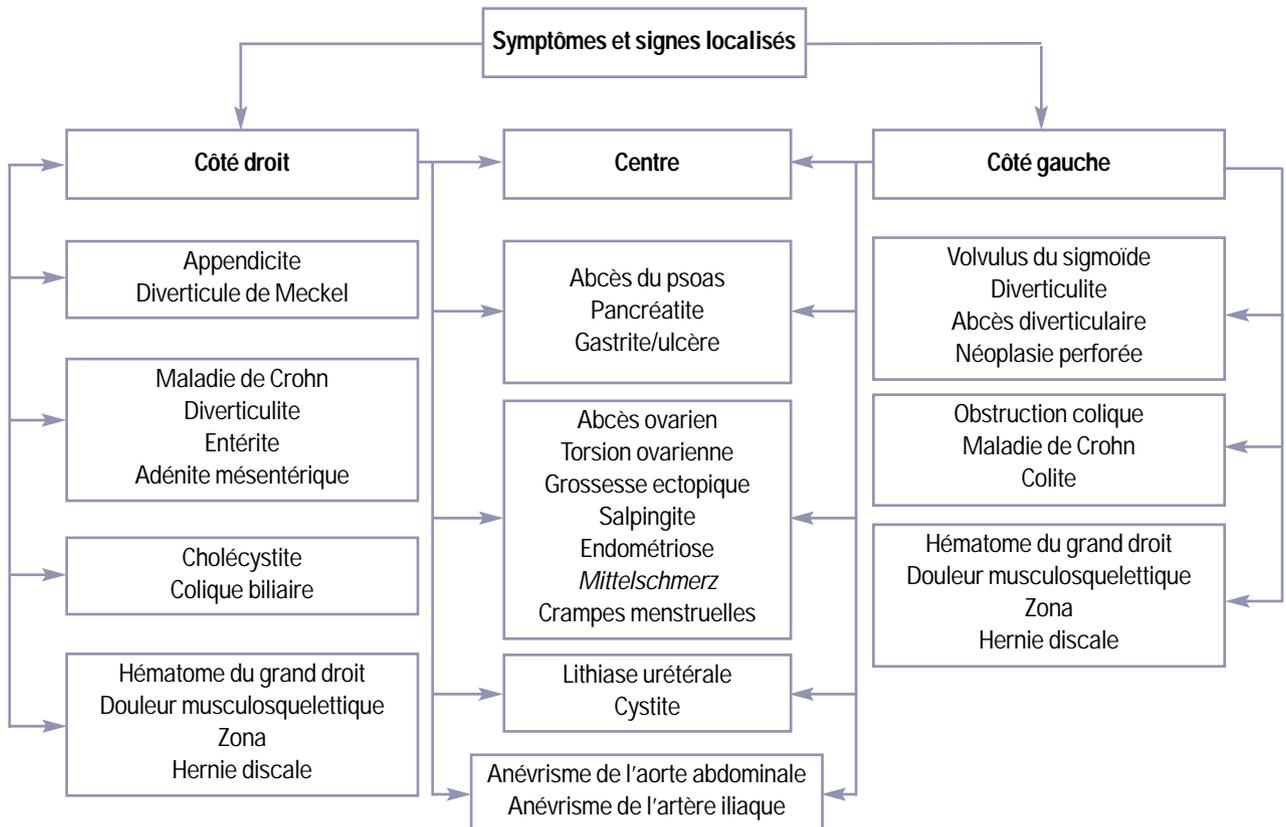
Il comprend la prise des signes vitaux avec épreuve d'orthostatisme, l'examen cardiovasculaire et pulmonaire ainsi qu'une évaluation complète de l'abdomen.

**Il faut faire preuve de prudence lorsque l'on tente d'interpréter une douleur abdominale basse. Le cerveau reconnaît difficilement l'endroit exact d'où provient la douleur et ne fait pas la différence entre les divers organes abdominaux.**

Repère

Figure 2

Douleur abdominale basse aiguë localisée



Traduit et adapté de Martin RF, Rossi RL. The acute abdomen. An overview and algorithms. *Surg Clin North Am* décembre 1997 ; 77 (6) : 1227-43.

On appliquera les étapes classiques de l'inspection, de la percussion et de la palpation de l'abdomen, surtout pour rechercher des signes d'irritation péritonéale, des masses et des signes de traumatisme. On inclura toujours un examen rectal et pelvien.

Il faut toujours faire l'examen pelvien avec une grande délicatesse si l'on veut que la patiente, généralement incommodée, voire souffrante, collabore en nous donnant des informations précises sur le siège de la douleur<sup>1</sup>.

Diagnostic différentiel

L'approche diagnostique devrait vi-

ser à détecter en priorité les problèmes exigeant une intervention immédiate, chirurgicale ou médicale. Tous les éléments pertinents de l'anamnèse et de l'examen physique devront être rassemblés pour établir une liste de diagnostics différentiels. On aurait tort d'extrapoler d'emblée un diagnostic sur le fondement de données insuffisantes. Il ne faut pas oublier que certaines maladies chroniques peuvent

présenter des exacerbations aiguës (une diverticulite s'ajoutant à une diverticulose symptomatique, par exemple). Le clinicien doit donc toujours rester vigilant. Il diagnostique ce qu'il cherche, et il cherche ce qu'il connaît.

Il faut évaluer en priorité les douleurs aiguës pour poser le diagnostic et amorcer les traitements appropriés. Il faut toujours exclure en premier les

Il faut toujours exclure en premier les diagnostics les plus dangereux pour la patiente, et le faire de façon systématique.

Repère

diagnostics les plus dangereux pour la patiente, et le faire de façon systématique<sup>5</sup>. L'approche clinique initiale pour les cas de douleur abdominale basse aiguë est illustrée à la *figure 1*. Les diagnostics qu'une douleur abdominale basse localisée peut évoquer sont présentés à la *figure 2*<sup>6</sup>.

Certains patients sont plus susceptibles d'accuser des signes cliniques frustes : les patients âgés, immunoprimés, alcooliques ou qui prennent des stéroïdes depuis longtemps doivent être évalués avec soin<sup>7</sup>. La prise de corticostéroïdes telle la prednisone peut masquer un trouble abdominal grave.

Si on ne peut établir le diagnostic sans équivoque, il est justifié de libérer la patiente. On lui donnera alors des recommandations précises sur les signes et symptômes d'alarme justifiant une nouvelle consultation (nouveau symptôme comme de la fièvre ou des vomissements, aggravation du symptôme existant, changement dans le caractère de la douleur et son siège, signes de déshydratation). On pourra également lui proposer un contrôle clinique dans les 24 heures qui suivent.

Les douleurs abdominales basses chroniques évoluent sur de plus longues périodes et ne sont généralement pas des urgences. Le diagnostic repose encore une fois sur l'anamnèse confirmée par un examen physique soigneux. Le questionnaire psychosocial est très important. Il faudra rechercher tout antécédent de traumatisme psychologique, et particulièrement d'agression sexuelle. On explore les éléments subjectifs en utilisant une approche centrée sur le patient : quelles sont ses croyances, ses inquiétudes, ses attentes, les répercussions du problème sur sa vie<sup>8</sup> ?

Certains diagnostics sont complé-

mentaires de ceux qui apparaissent à la *figure 2*. Ainsi, les douleurs génitales liées au cycle menstruel peuvent évoquer des douleurs intermenstruelles (*mittelschmerz*), l'endométriose, la dysménorrhée et ou le syndrome prémenstruel. Les douleurs non cycliques évoqueront une salpingite chronique, l'endométriose, l'adénomyose ou des adhérences postopératoires. Si la douleur affecte l'appareil digestif, le diagnostic de côlon irritable sera envisagé<sup>9,10</sup>. Les douleurs liées à la posture impliquent le plus souvent l'irritation de terminaisons nerveuses (douleurs pseudoviscérales d'origine rachidienne, par exemple). Il faut également s'assurer que la douleur n'est pas liée à des troubles psychiatriques. Si aucun diagnostic ne peut être établi, on parlera de douleur probablement d'origine psychosomatique. Avant de conclure à ce diagnostic, toutefois, il faudra avoir effectué une démarche clinique rigoureuse et exclu toutes les hypothèses diagnostiques probables.

Si on ne peut éliminer hors de tout doute un abdomen chirurgical, il faut garder la patiente en observation. Sinon, on pourra la libérer en lui donnant les conseils pertinents pour le suivi en fonction de son état clinique. Les douleurs chroniques exigent habituellement un suivi clinique, soit pour préciser le diagnostic, car elles peuvent marquer un stade indifférencié précoce de l'évolution d'une maladie, soit pour compléter l'évaluation psychosociale après avoir établi une relation de confiance<sup>11</sup>. De plus, la patiente a besoin de soutien en raison du caractère chronique de ses symptômes. En effet, les malaises chroniques peuvent avoir des répercussions psychologiques et fonctionnelles importantes. Le suivi sera assuré par un médecin de famille pour une prise en

charge continue et globale.

IL VAUT MIEUX POSER un diagnostic de « douleur abdominale de cause indéterminée » que d'inscrire un diagnostic hypothétique<sup>1</sup>. De plus, en l'absence de diagnostic, il n'est pas justifié de multiplier les examens d'investigation. Les tests à prescrire sont ceux qui sont susceptibles d'influer sur le diagnostic et la conduite thérapeutique. Il faut bien savoir à quoi servent les tests demandés et les choisir en fonction du diagnostic potentiel ainsi que de leur sensibilité et de leur spécificité. Le suivi clinique permet souvent de préciser le diagnostic et de soutenir la patiente souffrant d'une douleur abdominale basse chronique. □

**Date de réception :** 23 mai 2000.

**Date d'acceptation :** 30 juillet 2000.

**Mots clés :** douleur abdominale basse, gynécologie, évaluation clinique.

## Bibliographie

1. American College of Emergency Physicians. Clinical policy for the initial approach of patients presenting with a chief complaint of non traumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* avril 1994 ; 23 : 906-22.
2. Beaudoin F. Douleurs pelviennes. Dans : Bélanger H, Charbonneau L, réd. *La santé des femmes*. Québec : Edisem, 1995 : 465-74.
3. Zackowski SW. Chronic recurrent abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* novembre 1998 ; 16 (4) : 877-94.
4. Roy S, Weimersheimer P. Non operative causes of abdominal pain. *Surg Clin North Am* décembre 1997 ; 77 (6) : 1433-54.
5. Trott AT, Trunkey DD, Wilson R. Acute abdominal pain: A guide to crisis management. *Patient Care* 15 août 1995 : 104-33.
6. Martin RF, Rossi RL. The acute abdomen. An overview and algorithms. *Surg Clin North Am* décembre 1997 ; 77 (6) : 1227-43.
7. Birnbaumer DM, Woolery WA, Wyte CM. Abdominal pain: triaging the elderly. *Patient Care* 15 mai 1993 ; 72-99.

## formation continue

### Summary

**Lower abdominal pain in the post-pubescent woman: A nightmare!** The evaluation of lower abdominal pain in women is a challenge for clinicians. A well oriented history and physical examination are essential. The diagnosis of acute conditions should be initially considered. Psychosocial history is important in the evaluation of chronic abdominal pain. The history and physical examination are useful guides.

**Key words:** lower abdominal pain, gynecology, clinical evaluation.

- Blondeau F. L'anamnèse centrée sur le malade. *Can Fam Physician* 1990 ; 36 : 1509-13.
- Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 1998 ; 133 : 473-8.
- Olden KW. Rational management of chronic abdominal pain. *Comp Ther* 1998 ; 24 (4) : 180-6.
- Cavanaugh RM. Non gynecologic causes of unexplained lower abdominal pain in adolescent girls. *Clin Pediatrics* juillet 1996 ; 39 (7) : 337-41.

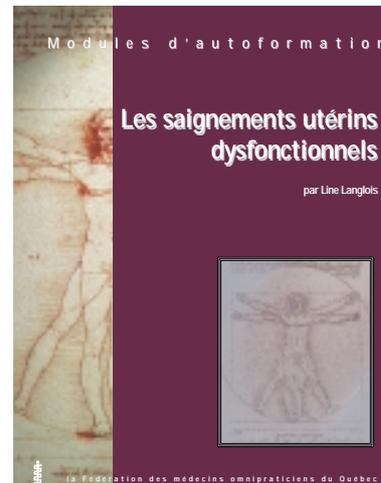
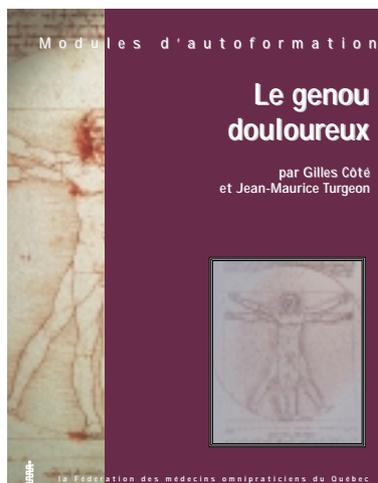
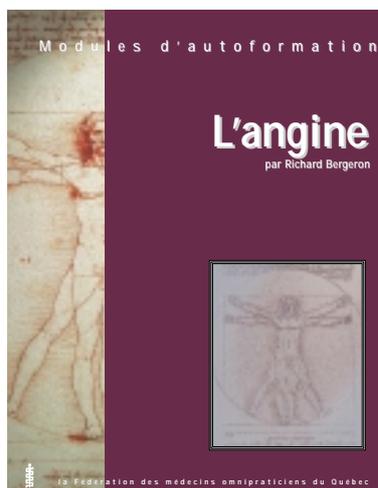
### Fait n°11 sur la SP

Deux fois plus de femmes que d'hommes sont atteints de sclérose en plaques.

Société canadienne de la  
**Sclérose  
en Plaques**

1-800-268-7582

## Modules d'autoformation



En vente chez Somabec et au stand d'accueil  
des congrès de formation continue de la FMOQ

Renseignements : 1 800 361-8118  
Télécopieur : (450) 774-3017  
Courriel : bp295@somabec.qc.ca