

La douleur abdominale, pas de quoi en faire un plat

par Nancy Brouillette

L'infirmière chargée du triage dans votre salle d'urgence vous annonce qu'elle vient d'évaluer trois patients souffrant du même problème. « C'est sûrement la loi des séries », dit-elle.

- ⊙ Josiane, 16 ans, douleur abdominale basse, nausées et vomissements
- ⊙ Éric, 35 ans, douleur abdominale basse, nausées et vomissements
- ⊙ Yvonne, 57 ans, douleur abdominale basse, nausées et vomissements

LE DIAGNOSTIC de douleur abdominale peut parfois ressembler à une recette très compliquée, mais si l'on suit la démarche indiquée, le résultat peut être surprenant. À l'occasion, il peut s'avérer utile de suivre cette démarche à la lettre, mais une telle rigueur n'est pas toujours nécessaire. En effet, si lors d'une consultation en salle d'urgence une anamnèse et un examen digne d'une histoire de cas ne s'imposent pas toujours, dans plusieurs cas plus complexes, ces interventions vous feront peut-être gagner du temps, à vous aussi bien qu'à vos consultants.

Anamnèse

Dans la plupart des cas, il vaut mieux laisser parler le patient d'abord. Ce dernier vous fournira plusieurs données pertinentes. Vous aurez besoin de renseignements d'ordre général, tels que son âge, ses antécédents personnels médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, ses habitudes de vie (consommation d'alcool, pratiques sexuelles, etc.) et ses médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, contraceptifs oraux, anticoagulants, etc.)¹.

Vous l'interrogerez ensuite, en détail, sur sa maladie ac-

tuelle. L'emplacement de la douleur peut dès le départ orienter votre interrogatoire^{1,2}. Ainsi, dans le cas d'une douleur abdominale basse, vous attacherez plus d'importance à l'appareil urinaire, qu'en présence d'une douleur abdominale haute. Vous vous pencherez ensuite sur la question de la migration et de l'irradiation de la douleur. Il est presque impossible de ne pas citer ici le cas classique de la douleur provoquée par l'appendicite (qui s'installe au début dans la région péri-ombilicale, puis migre vers la fosse iliaque droite) ou encore celui de la douleur engendrée par la colique néphrétique, qui irradie vers la région inguinale. Vous devrez également faire préciser au patient le type de douleurs qu'il ressent, la durée, la fréquence, les circonstances qui en entourent l'apparition, les facteurs aggravants ou atténuants et les symptômes associés (nausées, vomissements, température)³. Une brûlure épigastrique qui survient peu de temps après les repas vous orientera vers un ulcère duodénal, alors qu'une douleur qui prend la forme de crampes abdominales hautes, en barre, après un repas riche en graisses, vous orientera probablement davantage vers des cholélithiases¹.

Souvent, on réalise l'examen des appareils et systèmes en même temps que l'on pose des questions sur la maladie actuelle. Pour les besoins de la cause, nous traiterons toutefois

La D^e Nancy Brouillette, omnipraticienne, exerce à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville.

Dans la plupart des cas, il vaut mieux laisser parler le patient d'abord. Ce dernier vous fournira plusieurs données pertinentes.

R E P È R E

T A B L E A U I

Signes à rechercher au cours de l'examen physique

Signe	Description	Signification clinique
Signe de Murphy	● Arrêt subit de l'inspiration, à cause de la douleur (examen du foie)	● Inflammation de la vésicule biliaire
Signe de l'ilio-psoas	● Douleur en extension de la hanche ou en flexion contre résistance	● Abscès du psoas (maladie de Crohn, rupture, abcès périrénal)
Signe de l'obturateur	● Douleur en rotation interne ou externe de la hanche en flexion	● Hernie du muscle obturateur
Point de Mac Burney	● Douleur au tiers de la distance entre l'ombilic et l'épine iliaque supérieure antérieure	● Inflammation de l'appendice
Signe de Rovsing	● Douleur à la fosse iliaque droite lors de la palpation de la fosse iliaque gauche	● Inflammation de l'appendice
Test de Carnett	● Palpation de l'abdomen, contracté par la flexion du cou	● Douleur abdominale moindre ; douleur péritonéale probable

40

ici séparément de ces deux sujets. Pendant que vous évaluez l'appareil digestif, vous devrez rester à l'affût du pyrosis et des éructations, vous interrogerez le patient sur la fréquence et sur la qualité de ses selles et vous vérifierez la présence de méléna et de rectorragie ainsi que l'émission de selles sanglantes. Au niveau de l'appareil urinaire, les principaux symptômes à évaluer sont la pollakiurie, la dysurie et l'hématurie. Vient le tour de l'appareil génital. Chez l'homme, vous serez à la recherche d'œdème, de rougeur et d'écoulement urétral, alors que chez la femme, vous recueillerez des données sur la date des dernières règles, sur le cycle menstruel, ainsi que sur la dysménorrhée, la dyspareunie et la leucorrhée. L'évaluation du système cardio-respiratoire peut aussi vous donner des renseignements utiles, surtout chez la personne plus âgée ou dans le cas d'une douleur atypique.

Une question très utile que vous pourrez poser au patient pour dépister la présence de péritonisme porte sur la douleur qu'il a ressentie durant son transport à l'hôpital. Ainsi, en cas de péritonisme, il vous dira que chaque bosse sur la route provoquait des douleurs très fortes⁴.

Examen physique

Un rapide coup d'œil vous permettra de voir si le patient prend une position antalgique, s'il est agité ou si sa peau a changé de couleur (pâleur, ictère)³. Ses signes vitaux auront

souvent été pris par l'infirmière³. Il vous faudra connaître sa pression artérielle, son rythme cardiaque et son rythme respiratoire, ainsi que la saturation de son sang artériel en oxygène et sa température. Par la suite, il vaut mieux commencer par l'auscultation cardio-pulmonaire, et ne passer à l'examen de l'abdomen qu'après. Ce dernier doit évidemment faire l'objet d'un examen détaillé.

D'abord, vous noterez s'il y a sur la peau des cicatrices qui pourront rappeler à certains patients des souvenirs oubliés ! Vous rechercherez aussi des réseaux veineux dilatés, un bombement, un ballonnement, un hématome ou des blessures. Par la suite, il vaut mieux procéder à l'auscultation avant la palpation. Vous vous intéresserez à la présence ou à l'absence de péristaltisme, à la qualité des bruits entendus (bruits métalliques, par exemple) ainsi qu'aux souffles artériels³. La percussion vous renseignera sur la présence de tympanisme ou de matité (occlusion intestinale, hépatomégalie, ascite). Vous pratiquerez ensuite une palpation superficielle et profonde³. Vous repérerez ainsi l'emplacement de la douleur, la présence d'une masse et d'une réaction de défense abdominale de même que d'une douleur à la décompression (signe de ressaut). Cette dernière technique peut souvent être très douloureuse pour le patient et peut être parfois remplacée par la percussion, qui produit le même effet, mais moins de douleurs³. Pour terminer la palpation, vous examinerez les aires inguinales à

T A B L E A U II

Examens de laboratoire

Examen	Indication
● FSC	● Dans la plupart des cas de douleur abdominale
● Hémoglobine	● Saignement soupçonné
● Créatinine	● Évaluation de la fonction rénale
● Électrolytes	● Déséquilibre électrolytique soupçonné
● Enzymes hépatiques (transaminases, bilirubine, LDH, GGT, phosphatase alcaline, temps de prothrombine)	● Douleur abdominale haute
● Enzymes pancréatiques (amylase, lipase)	● Douleur abdominale haute
● Analyse et culture d'urine	● Symptômes urinaires
● β-HCG	● Femmes en âge de procréer

la recherche d'une hernie. Le toucher rectal peut être utile dans certains cas, comme en présence d'une prostatite ou d'un fécalome ou encore pour vérifier la présence de méléna ou de sang^{3,4}. Chez la femme, un examen gynécologique est toujours indiqué dans les cas de douleurs abdominales basses ou en présence de symptômes gynécologiques^{3,5}. À l'examen de la vulve, vous noterez la présence de lésions ou de rougeurs. Puis, à l'examen au spéculum, vous observerez la leucorrhée et l'aspect du col. Vous en profiterez pour effectuer les prélèvements nécessaires. Le toucher vaginal, quant à lui, vous permettra d'examiner l'utérus et ses annexes.

Plusieurs cliniciens sont maintenant d'avis que l'analgésie ne modifie en rien les résultats d'un examen physique pertinent et qu'il est préférable de soulager le patient, car il peut s'écouler plusieurs heures avant qu'un diagnostic précis ne soit posé³ (tableau I).

T A B L E A U III

Causes d'augmentation des résultats des tests hépatiques et pancréatiques

Transaminases (AST, ALT) et GGT	● Atteinte hépatique, pancréatique, cardiaque, musculaire, rénale
Phosphatase alcaline	● Atteinte hépatique, osseuse, intestinale ● Sécrétions placentaires
Enzymes pancréatiques (amylase, lipase)	● Atteinte pancréatique, hépatique, intestinale, rénale ; atteinte des glandes salivaires ; atteinte cérébrale ● Grossesse ectopique ● Macro-amylasémie ● Médicaments (morphine, par exemple)

Plusieurs cliniciens sont maintenant d'avis que l'analgésie ne modifie en rien les résultats d'un examen physique pertinent et qu'il est préférable de soulager le patient, car il peut s'écouler plusieurs heures avant qu'un diagnostic précis ne soit posé.

T A B L E A U IV

Interprétation des résultats

Augmentation des transaminases > 10 fois la normale	Atteinte hépatocellulaire aiguë
Augmentation des transaminases ≤ 10 fois la normale	Toute autre forme d'atteinte hépatique et pancréatique
Ratio AST/ALT 2, élévation de la GGT	Atteinte hépatique secondaire à la consommation d'alcool
Augmentation de la phosphatase alcaline	Augmentation précoce en cas d'obstruction intra ou extra-hépatique. Infiltration hépatique ou de néoplasie
Augmentation de la phosphatase alcaline ≥ 5 fois la normale	Obstruction hépatique
Augmentation de la phosphatase alcaline ≤ 5 fois la normale	Atteinte hépatocellulaire
Augmentation de la bilirubine directe ou conjuguée	Atteinte hépatobiliaire
Augmentation de la bilirubine indirecte ou non conjuguée	Production excessive
Prolongation du temps de prothrombine	Dysfonctionnement hépatique

Examens non radiologiques

42

Il n'est pas toujours nécessaire de procéder à des examens radiologiques. Dans le cas, par exemple, d'une gastro-entérite sans complications chez un adulte par ailleurs en bonne santé, un tel examen n'est pas justifié⁴. Le type d'évaluation que vous choisirez doit vous aider à poser votre diagnostic, si vous n'avez pas encore pu le faire, ou à vous guider dans vos décisions concernant le traitement.

Les différents examens de laboratoire et leurs indications sont présentés au *tableau II*. Veuillez noter que l'analyse d'urine peut souvent être remplacée par le test par bandelette urinaire, ce dernier étant beaucoup plus rapide et tout aussi précis^{4,7}. Il est également important de noter qu'un test de grossesse doit être demandé sans égard aux renseignements que la patiente vous fournit sur sa menstruation, sur ses pratiques sexuelles et sur la prise de mesures contraceptives.

Afin d'interpréter les résultats des différents tests hépatiques et pancréatiques, il faut savoir qu'il y a plusieurs causes possibles d'augmentation (voir le *tableau III*).

Parmi les transaminases, l'ALT est la plus spécifique.

Pour les tests pancréatiques, la lipase est, elle aussi, beaucoup plus spécifique que l'amylase. Nous présentons le mode d'interprétation des résultats au *tableau IV*.

LE TRAVAIL DE L'OMNIPRATICIEN à la salle d'urgence n'est jamais monotone. La douleur abdominale demeure un défi pour l'urgentologue qui peut voir dans une même journée plusieurs cas, certains plus urgents que d'autres. Il doit alors poser un diagnostic et, tout en respectant les contraintes du milieu, faire appel judicieusement à ses consultants.

Revenons à nos trois cas :

Josiane, enceinte de quelques semaines, a quitté la salle d'urgence avec un diagnostic de cystite. Éric a été opéré d'une appendicite aiguë, et Yvonne est gardée à la salle d'observation sous antibiothérapie intraveineuse pour soigner une diverticulite. ☞

Date de réception : 13 mars 2003

Date d'acceptation : 5 mai 2003

Mots clés : douleur abdominale, anamnèse, examen, examens non radiologiques, diagnostic différentiel de la douleur abdominale, urgence.

Le type d'évaluation que vous choisirez doit vous aider à poser votre diagnostic, si vous n'avez pas encore pu le faire, ou à vous guider dans vos décisions concernant le traitement.

R E P È R E

FIGURE 1

Douleur abdominale localisée

Hypocondre droit

- Choléolithiases
 - colique biliaire
 - cholécystite
- Cholédocolithiases
 - +/- cholangite
- Cholécystite acalculéuse
- Hépatite
- Pneumonie de la base droite
- Embolie pulmonaire
- Maladie cardiaque athéroscléreuse (MCAS)

Épigastre

- Ulcère peptique
- Gastrite
- Césophagite
- Pancréatite aiguë ou chronique
- Spasme œsophagien
- MCAS

Hypocondre gauche

- Rupture splénique
 - trauma
 - spontané
- Infarctus splénique
- Pneumonie de la base gauche
- Embolie pulmonaire
- MCAS

Fosse iliaque droite

- Appendicite aiguë
- Diverticulite de Meckel
- Iléite de Crohn
- Diverticulite du cæcum ou du sigmoïde
- Hernie inguinale droite étranglée

Fosse iliaque gauche

- Diverticulite du sigmoïde
- Hernie inguinale gauche étranglée

Peut toucher les deux côtés (droit ou gauche)

- Torsion testiculaire
- Épididymite
- Torsion de l'appendice épiploïque
- Pyélonéphrite aiguë
- Lithiase urétérale
- Kyste folliculaire rompu
- Torsion annexielle
- Grossesse ectopique
- Endométriose

FIGURE 2

Douleur abdominale diffuse ou mal localisée

Gastro-entérite virale/bactérienne
Hématome de la paroi abdominale
Ischémie mésentérique

Obstruction intestinale causée par :

- ⊗ des adhérences
- ⊗ une néoplasie
- ⊗ une hernie (inguinale, ombilicale, incisionnelle, interne)
- ⊗ une diverticulite
- ⊗ la maladie de Crohn
- ⊗ une sténose radique
- ⊗ un volvulus
- ⊗ un iléus biliaire ou autre corps étranger
- ⊗ une masse extrinsèque
- ⊗ un fécalome

Iléus causé par :

- ⊗ une péritonite
- ⊗ une toxémie généralisée
- ⊗ des syndromes métaboliques divers
- ⊗ un syndrome d'Ogilvie
- ⊗ une maladie idiopathique

Péritonite causée par :

- ⊗ un ulcère perforé
- ⊗ une appendicite perforée
- ⊗ une diverticulite perforée
- ⊗ un traumatisme
- ⊗ un corps étranger

Maladie idiopathique

S U M M A R Y

Abdominal pain, nothing to fuss about! Abdominal pain is a frequent complaint in the emergency room. The doctor in charge has to obtain the history, make the examination and ask for tests. We will discuss in this article these steps in detail.

First, the history. The physician has to ask about previous illness, medications taken and habits. Then, he has to ask about the pain itself (location, character, mode of onset, referred pain), associated symptoms and system revue.

Second, the exam. First look, then listen and palpate. Look at the patient and at his abdomen. Auscultate the peristalsis. Then proceed to percussion and palpation. Search for tenderness, rebound tenderness, involuntary guarding, masses, ascite and hepatosplenomegaly. Rectal and pelvic examination may be done, but are not always necessary. Analgesia will not change the results of your physical exam.

Third, the laboratory investigations. Depending on the pain, you may ask for complete blood count, electrolytes, creatinine, liver and pancreatic function tests, urine tests, pregnancy test.

Key words: abdominal pain, history, examination, laboratory investigations, differential diagnosis of the abdominal pain, emergency room.

Bibliographie

1. Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. *Emerg Med Clin North Am* février 2001 ; 19 (1) : 123-36.
2. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med* octobre 2000 ; 36 : 406-15.
3. Fishman MB, Aronson MD. Approach to the patient with abdominal pain. Site Web : <http://Uptodate.com>.
4. Colucciello SA, Lukens TW, Morgan DL. Assessing abdominal pain in adults: a rational, cost-effective, and evidence-based strategy. *Emerg Med Pract* 5 mai 1999 ; 1 (1) : 1-20.
5. Levill MA. An evaluation of clinical variables in determining the need for pelvic examination in the emergency department. *Ann Emerg Med* avril 1991 ; 20 (4) : 351-4.
6. Mahadevan M, Graff L. Prospective randomized study of analgesic use for ED patients with right lower quadrant abdominal pain. *Am J Emerg Med* novembre 2000 ; 18 : 753-6.
7. Eynon-Lewis E, Potts D. Renal colic and examination of the urine in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* juin 1994 ; 11 (2) : 134-5.
8. Causey AL, Seago K, Wahl NG, Voelker CL. Pregnant adolescents in the emergency department: Diagnosed and not diagnosed. *Am J Emerg Med* mars 1997 ; 15 (2) : 125-9.
9. Way LW. *Surgical Diagnosis and Treatment*. Current 10^e éd. : 446.
10. Friedman HH. *Problem-Oriented Medical Diagnosis*. 5^e éd. *A Little Brown Spiral Manual* 1991 : 205-6.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Octobre 2003

16, 17 **La gastro-entérologie**

Hôtel Delta Québec

Novembre 2003

6, 7 **L'ORL et l'ophtalmologie**

Hôtel Delta Québec

22 au 29 **La FMOQ sous d'autres cieux**

Riviera Maya, Mexique

Décembre 2003

4, 5 **L'appareil locomoteur**

Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Février 2004

12, 13 **La pneumologie**

Hôtel Delta Québec

Mars 2004

18, 19 **L'endocrinologie**

Hôtel Bonaventure Hilton, Montréal