

Rien à perdre... sous le bistouri

par Isabelle Godin

5

Madame Ventrue vous consulte pour une douleur abdominale qu'elle dit avoir depuis longtemps. À part une sensibilité diffuse, l'examen abdominal et gynécologique ne révèle rien d'anormal. Le bilan paraclinique est sans particularité. Que faites-vous ?

Comment aborder la douleur abdominale sans diagnostic précis ?

Combien de fois n'avez-vous pas rencontré un patient qui a mal au ventre ?

Le patient souffrant de douleur abdominale chronique représente un défi tant pour l'omnipraticien que pour le chirurgien auquel il fait appel pour une consultation.

Quand faut-il parler de douleur abdominale chronique ?

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'une douleur abdominale évoluant depuis plus de douze semaines et faisant l'objet d'une évaluation adéquate donnant des résultats négatifs, peut être qualifiée de chronique¹.

Chez beaucoup de patients, le diagnostic final sera une « douleur abdominale fonctionnelle ». Il demeure très important d'aborder ce problème de façon systématique car, souvent, si les causes potentielles des malaises sont correctement ciblées, on dispose d'options thérapeutiques valables.

L'anatomie et la physiologie du péritoine, des organes intra-abdominaux et des voies nociceptives sont des outils essentiels pour déterminer l'origine de la douleur².

La douleur est en elle-même une expérience subjective, parfois difficile à quantifier. Elle varie aussi en fonction des expériences antérieures du patient à cet égard. Chez les personnes âgées, la douleur en réaction à une même maladie

est plus faible que chez les patients plus jeunes³.

La façon la plus simple d'aborder l'analyse de la douleur est peut-être de la diviser en trois types : viscérale, somatique ou référée.

La douleur **viscérale** est produite par les récepteurs sensibles à l'étirement, localisés dans le péritoine entourant les organes creux et dans les capsules des organes pleins. La distension ou l'ischémie stimule ces récepteurs. Cette douleur est souvent diffuse, crampiforme et peu spécifique. Pour mieux comprendre ce type de douleur, revoyons certaines notions d'anatomie.

D'un point de vue embryologique, disons que l'innervation de l'appareil digestif dérive de trois systèmes neurovasculaires distincts. L'innervation de la partie antérieure (de l'oropharynx au duodénum dans sa presque totalité) donne comme sensation une douleur épigastrique. Dans le cas de la partie moyenne (de la fin du duodénum jusqu'au côlon transverse), la douleur est péri-ombilicale. Enfin, lorsque c'est la partie distale (de la fin du côlon jusqu'au rectum) qui est affectée, la douleur sera ressentie au niveau de l'hypogastre ou encore de la région sus-pubienne (*figure*)⁴.

La douleur **somatique** est causée par des nocicepteurs situés dans le péritoine pariétal et le mésentère. Cette douleur se transmet par les ganglions dorsaux au niveau des racines de la moelle épinière. La douleur est précise et localisée au même niveau que le dermatome dont elle est issue.

Quant à la douleur **référée**, elle est souvent ressentie à un

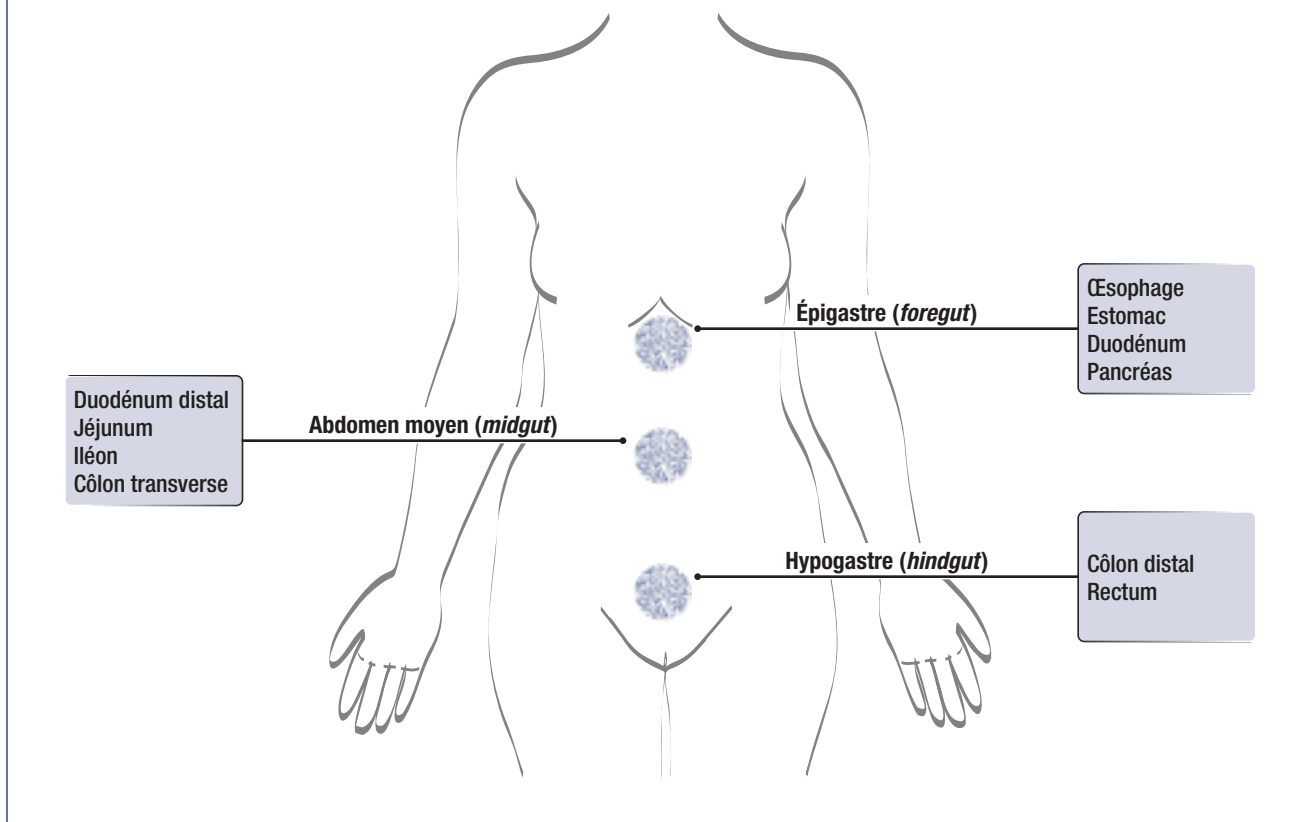
La D^{re} Isabelle Godin, omnipraticienne et professeure d'enseignement clinique, affiliée à l'Université de Sherbrooke, exerce à l'Hôpital Sainte-Croix, de Drummondville.

69

L'anatomie et la physiologie du péritoine, des organes intra-abdominaux et des voies nociceptives sont des outils essentiels pour déterminer l'origine de la douleur abdominale.

R E P È R E

Sièges de la douleur abdominale, basés sur l'embryologie



siège éloigné de l'organe en cause. Elle est liée aux dermatomes cutanés et aux racines afférentes sensibles qui entrent dans la moelle épinière au même niveau que l'organe atteint. Qui ne se souvient pas d'un certain mal d'épaule qui n'avait rien à voir avec l'épaule^{5,6} ?

Compte tenu des mécanismes de la douleur, les antécédents et l'examen demeurent les éléments clés. **La récurrence, le facteur déclenchant, le lien avec les repas ou le mouvement et, parfois, les antécédents psychosociaux, sont des indices précieux.**

L'observation, à qui la réserver ?

La douleur abdominale peut être responsable de 40 % des consultations en ambulatoire.

De 10 % à 15 % des Nord-Américains signalent avoir mal au ventre. Il faut donc trouver des moyens permettant de déterminer quel patient peut rentrer chez lui et lequel doit rester à l'hôpital. Il est cependant impossible de faire des recommandations strictes. Chaque cas doit être traité indivi-

duellement. Les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale immédiate font partie d'une classe à part.

Dans le cas du patient souffrant d'une douleur abdominale chronique, on doit souvent se fier à la gravité des symptômes (diarrhée, nausées, vomissements réfractaires, déshydratation, etc.) pour décider s'il doit ou non occuper une civière en salle d'urgence.

L'élément « douleur » sans aucun symptôme associé demeure souvent problématique. Certains patients ont malheureusement développé une dépendance médicamenteuse par suite de leur maladie, mais ce problème ne touche pas la majorité d'entre eux.

La sortie de l'hôpital dépend souvent de notre « nouveau diagnostic », de la gravité des symptômes, des nouveaux problèmes découverts et du suivi possible en consultation externe.

Il faut toujours se rappeler que les patients présentant des douleurs abdominales chroniques peuvent souffrir d'abdomen aigu. Des néoplasies intra-abdominales peu-

T A B L E A U

Types de douleur

Douleur abdominale chronique intermittente

- Cholélithiases
- Maladie de Crohn
- Atteinte de la paroi abdominale :
 - Hernie
 - Douleurs myofasciales
 - Douleurs costales
- Endométriose
- Pancréatite familiale
- Obstruction intestinale
- Radiculopathie diabétique
- Ischémie mésentérique
- Ovulation
- Colite ulcéreuse
- Compression d'une racine nerveuse
- Intussusception
- Intoxication par un métal lourd
- Porphyrie aiguë intermittente
- Fièvre familiale méditerranéenne

Douleur abdominale chronique constante de cause identifiable

- Néoplasies abdominales
- Métastases gastriques ou hépatiques
- Cancer des voies biliaires
- Lymphome
- Pancréatite chimique
- Processus auto-immun
- Abscess intra-péritonéal occulte
- Ostéoporose

Douleur abdominale chronique idiopathique (fonctionnelle)

- Dyspepsie fonctionnelle
- Syndrome du côlon irritable
- Pancréatite chronique
- Troubles psychiatriques
- Somatisation
- Douleur psychogénique (conversion)
- Hypochondrie

vent saigner, des hernies s'incarcérer et des adhérences entraîner des obstructions complètes.

Les diagnostics antérieurs sont certes une piste à suivre, mais on doit demeurer prudent...

Quoi faire avec ces patients qui viennent... et reviennent ?

Pour ne pas se montrer exaspéré devant un patient qu'on voit et revoit à cause du même problème, on devrait s'accorder quelques secondes de réflexion.

Comment définir les différents types de douleur? (*tableau*²)

La douleur abdominale chronique intermittente survient par vagues chez un patient tout à fait asymptomatique entre les épisodes. La maladie sous-jacente peut souvent être traitée.

La douleur abdominale chronique constante ayant une cause identifiable est souvent associée à une anomalie sous-jacente, comme une pancréatite chronique ou des

néoplasies métastatiques. Bien que le diagnostic soit généralement évident, les solutions efficaces sont plus rares.

La douleur abdominale chronique idiopathique (fonctionnelle) demeure un diagnostic fréquent qui doit être réservé aux patients chez lesquels la prise des antécédents, l'examen et l'évaluation ont eu lieu. L'opinion d'un collègue est souvent très précieuse.

Un diagnostic un peu flou comme celui-là est frustrant autant pour le médecin, que pour le patient et pour sa famille.

Les patients aux prises avec des malaises abdominaux, qui sans être dangereux sont « pénibles », sont très touchés par leurs symptômes. Par ailleurs, les changements qui interviennent dans leur vie personnelle et dans leur perception d'eux-mêmes, ainsi que les répercussions sur la vie familiale et, parfois, professionnelle sont immenses. Il n'est pas rare que des perturbations psychologiques et affectives en résultent ou en soient la cause.

Il faut toujours se rappeler que les patients présentant des douleurs abdominales chroniques peuvent souffrir d'abdomen aigu.

R E P È R E

Une évaluation poussée du côté des antécédents psychosociaux peut nous renseigner grandement lorsqu'on risque de se retrouver dans un cul-de-sac sur le plan du diagnostic.

Il vaut certainement la peine, même à l'urgence, de prendre quelques minutes pour explorer cette avenue.

Il ne faut pas, d'entrée de jeu, dire au patient que sa douleur est peut-être psychogénique, puisqu'on risque de le rendre hostile. L'évaluation doit se faire très attentivement, car le diagnostic de douleur abdominale fonctionnelle demeure un diagnostic d'exclusion.

Le médecin empathique doit se montrer réceptif à la détresse de son patient, mais aussi demeurer objectif face à des données concrètes.

Un aspect très important de notre approche est la participation du patient à notre démarche. Il faut connaître les croyances, les inquiétudes et les attentes du patient.

Il est d'une importance primordiale d'informer le patient et de le rassurer. S'il comprend bien de quoi il s'agit, et si on lui dit que ses symptômes ne cachent pas une maladie grave, le patient pourra apprendre à composer avec plusieurs de ses malaises. Même si l'élaboration du plan de traitement incombe au médecin traitant, voici certains conseils pratiques qui peuvent nous guider :

- se fixer des objectifs raisonnables, expliquer au patient que le problème de base ne disparaîtra probablement pas, mais que notre objectif est de le rendre de plus en plus fonctionnel.
- responsabiliser le patient : brosser avec lui le tableau des symptômes ; essayer de repérer les circonstances aggravantes.
- limiter l'utilisation de narcotiques et de benzodiazépines, prescrire plutôt des agents tricycliques (Élavil®) ou d'autres antidépresseurs (Effexor®, par exemple).
- Apporter une aide psychologique selon l'évolution de la douleur ; orienter le patient vers une clinique de la douleur (dans le cadre d'une approche multidisciplinaire)⁴.

NOUS RENCONTRONS TRÈS SOUVENT dans nos cabinets ou à l'urgence des patients présentant des douleurs abdominales chroniques.

S U M M A R Y

Nothing to loose... under the scalpel. Abdominal pain is a frequent complaint among patients. Sometimes a precise diagnosis is difficult to make. The nature and localization can be very helpful when facing a non-surgical chronic pain. Most authors agree that an abdominal pain lasting more than 12 weeks can be qualified as chronic. When evaluating such a problem, referring to embryologic anatomy can be helpful thus dividing the pain pattern in visceral, somatic or referred. When the origin is more precise, you can describe the pattern of the pain.

Is it intermittent (biliary colic, Crohn's disease), continuous (cancer) or functional? Careful history, including at times psychosocial issues, can certainly help in defining a precise therapeutic plan. This plan must include the rational use of non addictive medication and the patient's cooperation.

Key word: chronic abdominal pain.

Nous devons procéder de façon systématique afin de ne pas surévaluer ni minimiser les symptômes. Dans cette perspective, une approche globale est souvent très utile et elle permet au patient de retrouver une vie quotidienne plus agréable. ☞

Date de réception : le 13 mars 2003

Date d'acceptation : le 6 avril 2003

Mot clé : Douleur abdominale chronique

Bibliographie

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW. Functional bowel disorders and functional abdominal pain, *Gut* septembre 1999; 45 (Suppl. 2) : 1143-7.
2. Zachowski SW. Chronic recurrent pain. *Emergency Clinics of North America* novembre 1998; 16 (4) : 877-94.
3. Bharucha AE, Camilleri M. Gastrointestinal disorders in the elderly. *Gastro-Enterology Clinics* juin 2001; 30 (2) : 517-29.
4. Jones TF, Sharma P. Best practice of medicine, approach to the patient with abdominal pain, *Gastroenterology* mars 2002, chap. 68-74.
5. Goroll AH. *Primary Care Medicine* 4^e éd, Lippincott, Williams & Wilkins 2002 : 227-30.
6. Feldman M. An approach to the patient with chronic abdominal pain. *Sleisenger's, Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. WB Saunders 1998 : 854-9.

S'il comprend bien de quoi il s'agit, et si on lui dit que ses symptômes ne cachent pas une maladie grave, le patient pourra apprendre à composer avec plusieurs de ses malaises.

R E P È R E