

Douleurs abdominales hautes – une approche possible

1^{re} partie: Physiopathologie et clinique

Niklaus Schaub^a, Jürg Weber^b

^a Gastroenterologie, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Bruderholz, ^b Allgemeinpraxis, Bottmingen

Quintessence

- Les conditions neuroanatomiques de la perception de la douleur dans la cavité abdominale permettent d'attribuer les douleurs viscérales à l'abdomen haut, moyen ou bas, ce qui correspond aux territoires vasculaires des organes intra-abdominaux.
- Les douleurs du haut abdomen ont un diagnostic différentiel particulièrement large, devant également incorporer les étiologies sus-diaphragmatiques.
- L'anamnèse est déterminante surtout lorsqu'elle permet d'apprécier l'évolution chronologique des douleurs et leur qualité (viscérale-projetée-somatopariétale).
- Les douleurs biliaires initiales sont ressenties surtout au niveau épigastrique.
- La TC abdominale est actuellement un important examen dans l'évaluation des douleurs abdominales (hautes) aiguës, mais elle ne permet pas de visualiser les lithiases.

Les patients ayant des douleurs abdominales (hautes) consultent tout d'abord plusieurs spécialistes de la médecine, à savoir généralistes, gastro-entérologues, chirurgiens et de plus en plus directement les services d'urgence. C'est un problème relativement fréquent en pratique courante. Selon une enquête récemment effectuée aux Etats-Unis, les douleurs abdominales ont été le principal motif de consultation des médecins généralistes dans 1,5% des cas et dans 6,5% de ceux des services d'urgence. Leur spectre est particulièrement large, il va de situations potentiellement fatales aux troubles fonctionnels. Le diagnostic différentiel de tous ces types de douleurs est un défi de chaque jour, qui exige un abord structuré du problème et une bonne collaboration interdisciplinaire [1].

Cet aperçu s'adresse surtout aux médecins de premier recours, en cabinet ou à l'hôpital. Il comporte trois parties, divisées en deux articles. Ce premier article présente la première et la deuxième partie. La première partie décrit les bases des douleurs abdominales, la deuxième partie discute de leur importance clinique en fonction des pathologies organiques majeures du haut abdomen avec des commentaires diagnostiques pratiques. La troisième partie, qui paraîtra dans le prochain numéro de Forum, fait des propositions concrètes de marche à suivre.



Niklaus Schaub

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Physiopathologie des douleurs abdominales

Les douleurs abdominales sont souvent présentées comme «diffuses» au début, ce qui exprime d'une part une anamnèse assez souvent peu précise et d'autre part l'hésitation à les attribuer aux structures anatomiques de la cavité abdominale. Ceci pour différentes raisons [2].

Les récepteurs de la douleur intestinaux sont présents dans 4 différentes structures anatomiques: la muqueuse, les deux plexus de paroi d'Auerbach et de Meissner, la séreuse et avec les vaisseaux mésentériques. Les récepteurs muqueux réagissent surtout aux stimuli chimiques ou aux médiateurs libérés par un traumatisme, une inflammation ou une ischémie. Les récepteurs des parois et des séreuses quant à eux surtout à la distension (y compris les récepteurs des capsules des organes parenchymateux, le foie par exemple). La densité relativement faible de ces récepteurs, leur distribution bilatérale et la conduction lente par les fibres C (neurotransmetteurs: substance P, Calcitonine Gene Related Peptide), leurs liaisons avec les cordons sympathiques, finalement avec le tractus spinothalamique et le SNC marquent la *douleur viscérale* sous sa forme classique (tab. 1 ↩).

Il est extrêmement important en clinique de mettre en corrélation le niveau abdominal du maximum de cette perception de la douleur viscérale et les trois plus grands troncs vasculaires abdominaux avec les organes qu'ils irriguent, embryologiquement déterminés (fig. 1 📷). Cette règle fondamentale est quelque peu relativisée par la dominance latérale de l'innervation, à savoir la vésicule biliaire (à droite), les côlons ascendant (à droite) et descendant (à gauche). Si lors de la présentation d'un «abdomen vague» il est possible de localiser dans le haut, moyen ou bas abdomen la perception de la douleur initiale la plus intense par une anamnèse précise, une grande partie du diagnostic différentiel a déjà été faite.

La *douleur projetée, plutôt superficielle* (tab. 1) est éventuellement ressentie parallèlement comme une douleur viscérale qui s'accroît. L'explication neurophysiolo-

Abréviations

CK	créatine-kinase
CRP	protéine C-réactive
TC	tomographie computerisée
ERCP	cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde
MRCP	cholangio-pancréatographie par résonance magnétique
IPP	inhibiteur de la pompe à protons
US	ultrasons

gique est l'entrée de fibres afférentes viscérales et somatiques dans le même segment spinal, et du même fait la congruence de la perception par le SNC au niveau de la surface cutanée (fig. 2 📷).

La *douleur somatopariétale* (tab. 1) est l'expression d'une irritation du péritoine pariétal, faisant généralement suite à une inflammation d'organes intra-abdominaux voisins. Ces douleurs sont transmises en correspondance avec les fibres somatiques cutanées (racines D₆-L₁) (fig. 1). Elles sont plus précises, plus intenses et expliquent les signes cliniques du péritonisme (défense, détente).

Un seul organe peut provoquer tous les trois types de douleur, qui reflètent finalement les différents stades de la pathologie qui finit généralement par le déborder. Le paradigme de la douleur abdominale, l'évolution d'une appendicite, est donc caractérisé par une pression/douleur mal localisée, périombilicale (midgut), éventuellement associée à une nausée avant de se déplacer ou de se «pariétaliser» là où l'appendice est au contact du péritoine pariétal – si tel est bien le cas. C'est finalement cela qui est à la base du péritonisme classique dans le quadrant inférieur droit – si cela pouvait toujours être aussi évident en pratique courante!

L'intensité de la douleur est généralement fonction de la gravité de la pathologie sous-jacente. Il faut cependant bien préciser que l'intensité de cette perception est par nature très variable d'un individu à l'autre. Une douleur soudaine «10/10» suggère une perforation alors qu'une «2/10» témoigne plutôt d'une composante (en partie) fonctionnelle – parce que l'intensité est inadéquate.

En plus des attributions aux niveaux abdominaux définis par les territoires vasculaires, la subdivision en quadrants de la perception de la douleur peut elle aussi aider à définir l'organe malade. Les raisons des chevauchements sont l'innervation imprécise et les relations anatomiques intra-abdominales flexibles: une douleur somatopariétale classique dans le quadrant inférieur droit peut résulter d'une cholécystolithiase chez un patient âgé, et pas d'une appendicite. Les douleurs abdominales (aiguës) diffuses expriment finalement l'implication de plusieurs niveaux des structures abdominales, donc la péritonite diffuse sur perforation, hémorragie, ischémie, obstruction et pancréatite, sans oublier bien sûr les crises métaboliques (acidocétose diabétique, hypertriglycéridémie, porphyrie, etc.).

Douleurs abdominales hautes

Dans ce chapitre, nous allons tenter d'appliquer le concept des différents types de douleur aux organes les plus importants du haut abdomen et à leurs pathologies, et discuterons des aspects cliniques des entités les plus fréquentes.

Les organes susceptibles de provoquer des douleurs du haut abdomen, leurs pathologies et les projections des organes voisins à ces régions sont présentés à la figure 3 📷. Le milieu et le quadrant supérieur droit ont naturellement une beaucoup plus grande importance clinique que le gauche.

Douleurs abdominales hautes et voies biliaires

La prévalence des lithiases biliaires augmente rapidement avec l'âge pour atteindre environ 15–25% (femmes > hommes) après 50 ans en Europe centrale. 70–80% des

Tableau 1. Types et stades des douleurs abdominales (aiguës).

1. Douleur viscérale (fig. 1)
– mal localisée, sur la ligne médiane
– sourde, brûlure, «en profondeur», en crampes
– souvent accompagnée d'agitation, sudation, pâleur, nausée, vomissement
2. Douleur projetée: zones de Head (fig. 2)
– ressentie sur la peau ou dans des structures plus profondes
– en règle générale plus circonscrite, plus précise que la douleur viscérale
– éventuelle hyperalgésie locale
3. Douleur somatopariétale
– coupante, tranchante
– localisation précise de la douleur
– le patient évite les secousses, reste allongé tranquille

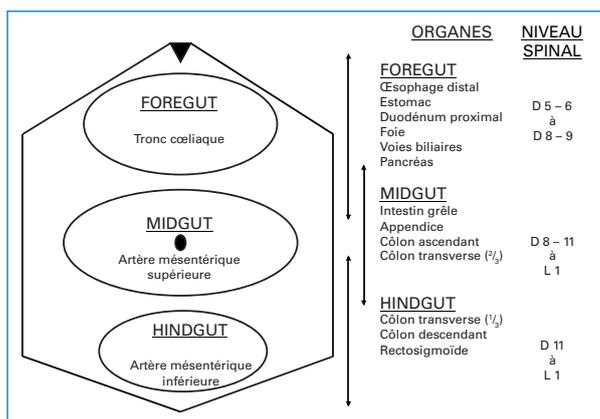


Figure 1
Perception des douleurs abdominales et troncs vasculaires.

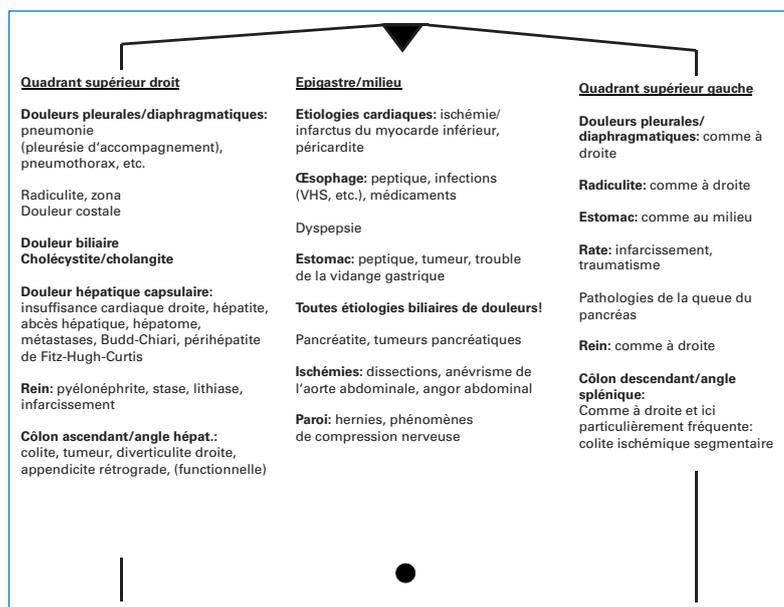


Figure 2
Douleurs abdominales hautes: aperçu des étiologies possibles.

porteurs de lithiases restent asymptomatiques. Il y a en principe trois situations pouvant provoquer des douleurs lithiasiques: 1) obstruction du cystique avec/sans cholécystite, 2) obstruction du cholédoque avec/sans cholangite et 3) pancréatite biliaire [1]. Cette dernière est pratiquement toujours l'expression du passage d'un calcul. En fonction des principes de la perception de la douleur viscérale, il est impossible de différencier une colique cystique d'une cholécystite. Certaines douleurs biliaires ne sont ressenties que dans l'épigastre et pas à droite. La douleur a son caractère viscéral, elle est donc sourde et pas en crampe. La musculature des voies biliaires est trop ténue pour provoquer des coliques.

La douleur débute rapidement, s'intensifie en ≤ 30 minutes au point que le patient s'en souvient comme d'un épisode bien précis, daté. Si elle dure < 6 heures, il faut penser aux complications classiques «cholécystite» et «pancréatite». Nous pouvons partir du principe que les $\frac{3}{4}$ des cholécystites ont été précédées d'une colique cholécystite. S'il est impossible par l'anamnèse et la clinique d'obtenir un déplacement de la douleur du milieu, avec l'évolution caractéristique d'une douleur somato-pariétale, vers la droite (défense locale, respiration dépendante: signe de Murphy), c'est qu'il s'agit d'une cholécystite. Cette clinique typique peut être totalement absente chez les diabétiques ou les vieillards. Une détérioration de l'état général, éventuellement avec nausée et/ou vomissement, peut alors être le seul symptôme [3]. La nature épisodique est déterminante. En son absence et si les douleurs surviennent régulièrement en période postprandiale, dans le sens d'une dyspepsie (voir plus loin), il ne faut pas poser l'indication à une cholécystectomie malgré la confirmation des lithiases, car le résultat symptomatique ne peut généralement pas être atteint [4].

Douleurs biliaires et laboratoire

Une colique vésiculaire provoque bien une leucocytose (de stress), mais les tests hépatiques n'augmentent pas. Ils peuvent éventuellement le faire en cas de cholécystite (données peu satisfaisantes à ce sujet!). Dans une telle situation, à savoir transaminases augmentées, il faut absolument exclure une cholédocholithiasie par MRCP. Si la douleur aiguë est le reflet d'une cholédocholithiasie, nous pouvons avoir presque en même temps que la douleur des transaminases à < 10 leurs normes (au début ASAT

$> \text{ALAT, ALAT} > \text{ASAT}$ après quelques heures). Bilirubine, $\gamma\text{-GT}$ et phosphatase alcaline n'augmentent que plus tard (≥ 24 heures). Si la lithiasie passe rapidement, la documentation rapprochée d'une dynamique rapide des transaminases notamment est extrêmement utile et permet indirectement de suivre son trajet, avant l'imagerie qui peut parfois (de nouveau) être totalement normale après le passage d'une seule concrétion.

La musculature des voies biliaires est trop ténue pour provoquer des coliques

Douleurs biliaires et imagerie

En cas d'épisode algique biliaire, c'est l'échographie avec palpation contrôlée qui est la première étape diagnostique. La sensibilité de la confirmation d'une lithiasie vésiculaire est $\geq 95\%$, et $> 90\%$ pour le diagnostic de cholécystite (aiguë). La confirmation d'une cholédocholithiasie par échographie ne peut se faire que dans 25–50% des cas. La technique diagnostique de choix est la MRC(P), qui peut mettre le calcul en évidence avec une sensibilité $> 95\%$ en un temps d'examen relativement bref et sans recours à un produit de contraste. Si un patient n'est pas candidat à une MRCP, la confirmation d'une forte suspicion de lithiasie doit être apportée par l'ERCP, avec possibilité d'extraire le calcul dans le même temps, et en cas de faible suspicion par endo-échographie, plus douce. Ces deux méthodes invasives sont comparables quant à la fiabilité du diagnostic de «concrétion dans le cholédoque» ($> 95\%$). S'il y a suspicion de cholécystite, l'hospitalisation rapide est indispensable pour une cholécystectomie par laparoscopie rapide, avec ses avantages morbidity et mortalité réduites et durée d'hospitalisation plus brève.

La cholangite, avec la triade de Charcot classique fièvre/frisson, ictère et douleur de l'hypochondre droit est une (la seule) indication à une ERCP en urgence (fig. 4 📷). Elle survient presque exclusivement suite à une obstruction lithiasique des voies biliaires, et pratiquement jamais avec une tumeur.

Douleurs abdominales hautes et pancréas

Des douleurs aiguës peuvent survenir aussi bien avec une *pancréatite chronique* qu'avec une *aiguë*. La douleur a son caractère viscéral classique avec parfois une irradiation en ceinture jusque dans le dos, avant d'éventuellement se généraliser. Le diagnostic de «*pancréatite aiguë*» se base sur la clinique et les examens de laboratoire. Lors du premier contact avec le patient il faut généralement attendre des ascensions diagnostiques amylase/lipase à > 3 fois leurs normes. L'intérêt du dosage en parallèle de ces deux enzymes pour poser le diagnostic correct de pancréatite aiguë est controversé. La signification d'une ascension des enzymes hépatiques à ≤ 3 fois leurs normes est multiple et élargit considérablement le diagnostic différentiel. Le niveau atteint par ces enzymes n'est pratiquement pas en corrélation avec la gravité de la pancréatite.

Sous nos latitudes, plus de 80% des pancréatites aiguës sont secondaires à une lithiasie ou à l'alcool. A la phase initiale d'une présentation classique, il n'est générale-

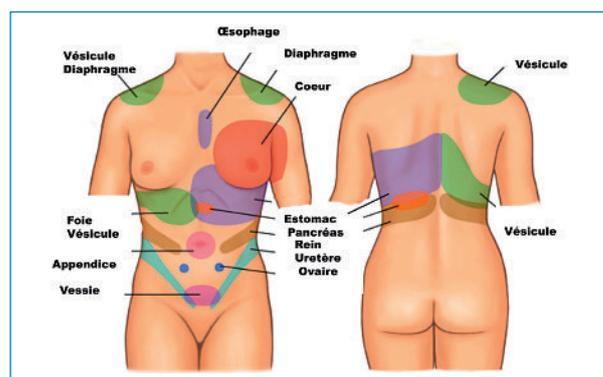


Figure 3

Projection des douleurs (zones de Head). (Copyright © 2009, avec la permission de Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, USA.)

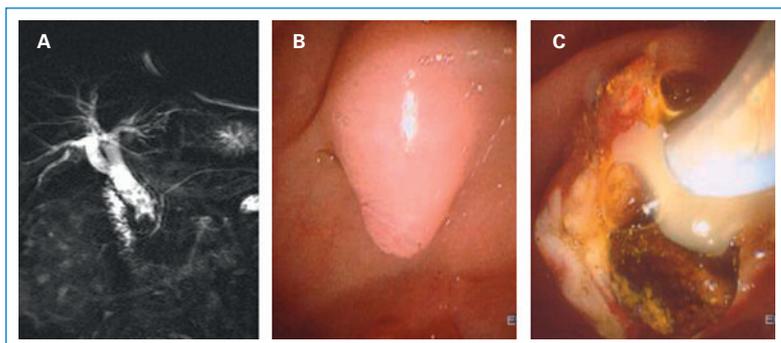


Figure 4

Patiente de 82 ans (status après cholécystectomie) souffrant de douleurs épigastriques aiguës d'intensité variable (≤ 3 jours), avec frisson et ictère, compatibles avec une cholangite

A MRCP: système biliaire dilaté avec épargne convexe prépapillaire

B ERCP: ampoule de Vater avec voussure du toit

C Papillotomie: écoulement de pus, extraction du calcul

ment pas nécessaire d'avoir une imagerie pour poser le diagnostic. La TC avec produit de contraste à la phase artérielle parenchymateuse, soit au 3^e–4^e jour, est l'examen déterminant pour définir la gravité de la pancréatite aiguë (score radiologique TC selon Balthazar ou modifié d'après Martell) [5].

Lors de la présentation initiale de la pancréatite aiguë avec enzymes hépatiques augmentés (transaminases >3 fois leurs normes), l'échographie d'emblée est très utile pour mettre en évidence les lithiases vésiculaires et en définir la provenance biliaire. Dans une telle situation, la pancréatite aiguë est très souvent secondaire au passage de la lithiasse dans l'ampoule de Vater, caractérisé par la chute rapide des transaminases et éventuellement de la bilirubine dans les 24 heures qui suivent. Si elle persiste en même temps que les paramètres de cholestase et si la pancréatite évolue dans le mauvais sens, la MRCP en urgence avec confirmation de la lithiasse donne l'indication à une ERCP dans les 48–72 heures.

Les douleurs sont la conséquence la plus grave d'une *pancréatite chronique*. Sous nos latitudes, elle est à 80% secondaire à la toxicité de l'alcool. La douleur épigastrique est parfois ressentie en phase postprandiale comme une douleur viscérale, avec parfois irradiation dorsale (D₆–D₁₁). Certains patients sont soulagés en position assise ou penchée en avant. Les douleurs peuvent être intermittentes, épisodiques, sans toujours témoigner d'une pancréatite aiguë. Avec le temps, elles deviennent plutôt continues ou peuvent même disparaître spontanément chez certains patients. Bien moins de 10% des patients ayant une pancréatite chronique n'en ressentiront jamais aucune douleur. Les calcifications typiques peuvent se voir sur les radiographies standard de l'abdomen à vide. La TC de l'abdomen montre cependant le mieux toute l'importance des lésions destructrices de cet organe (variations de calibre du canal pancréatique, lithiases canaliculaires, pseudokystes).

Les douleurs du haut abdomen secondaires aux *tumeurs pancréatiques* sont initialement plutôt peu intenses, vagues, de type viscéral et irradient relativement rare-

ment dans le dos lors de la pose du diagnostic. Elles sont malheureusement un symptôme tardif. Moins de 20% des tumeurs du pancréas provoquant des douleurs épigastriques peuvent être réséquées, alors que pour celles qui peuvent l'être un tiers seulement provoque des douleurs. Les autres signaux d'alarme sont malheureusement aussi absents, et lors de la pose du diagnostic seulement la moitié des patients environ se plaignent de perdre du poids. Si la tumeur est localisée dans la tête du pancréas et si un ictère indolore est le symptôme dominant, les chances que la tumeur soit résécable sont plus grandes. Le premier examen diagnostique en cas de suspicion de cancer du pancréas est sans aucun doute la TC.

Douleurs du haut abdomen et maladie peptique

Reflux gastro-œsophagien

Les douleurs peptiques sur reflux sont ressenties dans l'épigastre supérieur, avec irradiation rétrosternale, décrites comme des brûlures et associées à une régurgitation. Cette symptomatologie est généralement la plus marquée après le repas du soir. Elle se superpose énormément à celle de la maladie ulcéreuse. Son diagnostic différentiel englobe l'angor. Une hernie hiatale est beaucoup plus fréquente dans la maladie de reflux (50–90%) que chez les patients en bonne santé. Elle favorise le reflux. Les importantes hernies peuvent provoquer des douleurs mécaniques (aiguës, sur adhérences, volvulus).

Maladie ulcéreuse peptique

Les douleurs caractéristiques de l'ulcère gastrique (UG) et duodénal (UD) sont également ressenties comme brûlures, perforations dans l'épigastre et nettement accentuées (UG) ou diminuées (UD) par la prise de nourriture. Elles présentent le phénomène de la douleur à jeun, se manifestant 2–5 heures après les repas ou la nuit (UD). La perception de la douleur dans l'hypochondre droit ou gauche et son irradiation dans le dos sont possibles chez une minorité de patients. Mais il faut bien savoir qu'il y a un nombre considérable d'ulcères peptiques asymptomatiques. Dans une population de dépistage, une étude a trouvé des ulcères à l'endoscopie chez 11% des patients, dont les $\frac{2}{3}$ étaient asymptomatiques [6]. De plus, 50–80% des patients ayant une maladie ulcéreuse avec complication (hémorragie/perforation) n'ont présenté aucune douleur peptique annonciatrice. Il s'est surtout agi de patients âgés et traités par antirhumatisme non stéroïdiens.

Cancer de l'estomac

L'incidence du cancer de l'estomac est fort heureusement en régression dans les pays industrialisés occidentaux. Mais la plus grande partie ne se manifeste malheureusement qu'à un stade avancé ($\geq pT2$) par des douleurs épigastriques, comme l'UG. Les symptômes d'alarme tels que perte pondérale (environ $\frac{2}{3}$), anémie ferriprive, dysphagie, rétention gastrique sont des indications à une gastroscopie rapide. Des vomisse-

Si la tumeur est localisée dans la tête du pancréas et si un ictère indolore est le symptôme dominant, les chances que la tumeur soit résécable sont plus grandes

ments à répétition imposent toujours un examen endoscopique.

Douleurs abdominales hautes et problème de dyspepsie fonctionnelle

Avec le problème des douleurs/troubles épigastriques, le médecin de premier recours est certainement le plus souvent confronté au phénomène de la dyspepsie [7]. L'anamnèse et la clinique sont insuffisamment fiables dans une telle situation. Compte tenu de la fréquence de cette symptomatologie et du rapport coût-efficacité pour un patient donné, il s'agit de trouver une voie sûre entre traitement symptomatique et examens (tab. 2 , et fig. 1, 2^e partie). Il faut bien savoir que la moitié seulement des patients souffrant de troubles dyspeptiques vient consulter. 30–80% des patients souffrant d'une dyspepsie fonctionnelle remplissent également les critères diagnostiques d'un côlon irritable («irritable gut»). En fonction de l'intensité des troubles et de leur chronicité, le diagnostic différentiel n'englobe certainement pas tout le spectre des étiologies des douleurs abdominales hautes présentées à la figure 3. Il faut souvent penser aussi aux effets médicamenteux indésirables/intolérances. Il s'agit en l'occurrence moins de douleurs aiguës que de chroniques. En fonction naturellement de l'âge des patients, la prévalence des carcinomes gastriques en cas de «dyspepsie chronique» est $\leq 1\%$. La présence de symptômes d'alarme pose l'indication aux examens complémentaires, dont le bénéfice a d'ailleurs récemment été critiqué [8].

C'est précisément pour cela que malgré le concept de dyspepsie basé sur des preuves et parfaitement étayé, il faut parfois s'écarter des directives et demander les examens de manière intuitive, en fonction de la suspicion clinique.

Douleurs abdominales hautes et spécialités

Douleurs de la paroi abdominale

Ces douleurs ont généralement un caractère somatopariétal, sont souvent dépendantes de la respiration et des mouvements, elles peuvent être localisées précisément par une palpation consciencieuse et sont en tout temps reproductibles. Il n'est pas rare que des examens aussi inutiles qu'ennuyeux soient proposés à ces patients. Les hernies peuvent se palper sur la ligne blanche surtout et être objectivées par échographie. Le syndrome de la côte

douloureuse ou de la douleur à la pression de la jonction costocartilagineuse est plus fréquent chez les femmes. Les irritations par compression de nerfs cutanés sur le bord de la gaine du grand droit sont bien documentées [9]. Les injections d'anesthésiques locaux ont parfois une valeur diagnostique et même thérapeutique à long terme. Ces douleurs peuvent précéder de quelques jours l'efflorescence classique d'un zona et persister après sa disparition.

Abcès hépatique

En plus des biliaires, des pathologies inflammatoires et tumorales peuvent être à l'origine d'abcès hépatiques suite à la perturbation de la fonction de barrière au niveau de l'ensemble du système porte. Un tel patient

Les douleurs de la paroi abdominale ont un caractère somatopariétal, sont souvent dépendantes de la respiration et des mouvements, elles peuvent être localisées précisément par une palpation consciencieuse et sont en tout temps reproductibles

est malade, fébrile et se plaint de douleurs spontanées, éventuellement respirodépendantes ou à la percussion du quadrant supérieur droit. L'anamnèse des voyages est ici particulièrement importante, à la recherche d'amibes surtout. Les tests hépatiques (transaminases, phosphatase alcaline) peuvent être nor-

maux! Pour les abcès amibiens surtout, des échographies à intervalles rapprochés sont parfois indispensables, pour juger de l'évolution de leur fonte et du moment optimal de la ponction de drainage et thérapeutique, en plus des antibiotiques.

Infarctus splénique et rénal

Des douleurs aiguës de type viscéral et somatopariétal dans le quadrant supérieur gauche, avec ou sans irradiation dans l'épaule, évoquent une probable pathologie de la rate. Traumatisme, abcès (endocardite), pathologies hématologiques et infections virales avec splénomégalie et infarctissement sont des étiologies possibles. Des douleurs aiguës, à droite, à gauche ou dans les deux quadrants supérieurs peuvent également résulter d'embolies rénales. Pour une fois, il est extrêmement utile d'avoir une LDH augmentée par infarctus rénal avant de demander une TC avec phase artérielle. Si, chez un jeune patient en rythme sinusal, nous diagnostiquons ainsi un trou ovale perméable, cela aura pour lui de très importantes conséquences.

Douleurs abdominales hautes: diagnostics manqués et catastrophes

Occlusion intestinale

L'iléus occlusif classique est ressenti comme une douleur aiguë viscérale, en crampes, particulièrement difficile à localiser vers le milieu de l'abdomen (midgut). Certains segments du foregut, soit du tube digestif proximal, sont ensuite impliqués. Les facteurs de risque les plus importants sont d'anciennes opérations intra-abdominales (dans pratiquement les $\frac{3}{4}$ des cas) et des hernies [10]. Le diag-

Tableau 2. Dyspepsie (selon le consensus de Rome III 2006).

Un ou plusieurs des symptômes suivants:

- sensation de réplétion postprandiale
- rassasiement précoce
- douleurs épigastriques
- chronique: ≥ 3 mois pendant 1 an

Prévalence dans la population (sans symptômes de reflux): 3–15%

Etiologie(s):

- $\geq 2\%$ fonctionnelle (aucune étiologie structurelle ni physiologique)
- *Helicobacter pylori*: importance causale minime, bénéfice symptomatique de l'éradication: Number Needed to Treat (NNT): 11–17 ([3], 2^e partie)

nostic initial peut être difficile, vomissement et ballonnement peuvent (encore) manquer et la clinique peut changer. La sensibilité/spécificité de l'imagerie diagnostique dans l'iléus ont été de 50/75% pour l'abdomen à vide, de 83/90% pour l'échographie et de 93/100% pour la TC, mais pour donner la cause de l'occlusion de 7%, 23% et 87% resp. [11]. Les signes radiologiques classiques d'iléus peuvent être absents en cas d'occlusion du duodénum ou du grêle proximal, la pathologie et la clinique peuvent être inconstantes, se manifester par des douleurs et vomissements intermittents et compromettre le diagnostic d'emblée. La clinique et l'imagerie lorsque les symptômes sont présents peuvent ici être très utiles.

Perforation

La *perforation libre d'un ulcère peptique* est caractérisée par une douleur épigastrique aiguë, somatopariétale, qui s'étend rapidement. Le fait de voir de l'air sous-diaphragmatique sur la radiographie du thorax standard en position debout ou de l'abdomen à vide en décubitus latéral gauche (normale dans quelque 30% des cas!) est actuellement obsolète, avec la possibilité de voir à la TC de très petites quantités d'air extra-intestinal. Mais elles n'ont pas toujours une signification clinique et n'imposent pas nécessairement un traitement chirurgical, dilemme clinique interdisciplinaire parfois très ardu! Dans ces formes de pneumopéritoine, l'anamnèse et les circonstances dans lesquelles est posé le diagnostic doivent être appréciées avec tout le sens critique qui s'impose. Les causes possibles comportent les sources dans les cavités thoracique et abdominale (y compris gynécologiques) et les interventions endoscopiques récentes [12].

Références recommandées

- Glasgow RE, Mulvihill SJ. Acute Abdominal Pain. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th edition. Feldman M, Friedman L, Brandt L, eds. Oxford: Saunders; 2006, p. 87.
- Cappell MS, Batke M. Mechanical obstruction of the small bowel and colon. Med Clin N Am. 2008;92:575.
- Longell TJ, Mulvihill SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. Med Clin N Am. 2008;92:599.

Catastrophes vasculaires

Elles sont le plus souvent secondaires à une ischémie, elle-même secondaire à une embolie dans l'artère mésentérique supérieure. Il s'agit donc d'une douleur viscérale classique du midgut. L'irrigation sanguine des organes dépendant du tronc cœliaque est très souvent compromise par une dissection aortique, caractérisée par des douleurs abdominales hautes et une nécrose hépatocellulaire aiguë. Les anévrismes de l'aorte abdominale ont à >95% une localisation infrarénale et provoquent caractéristiquement des douleurs du milieu et du haut de l'abdomen irradiant dans le dos. Par contre, quelque 90% des anévrismes des artères intestinales concernent le territoire du tronc cœliaque (artère splénique: 60% de ces anévrismes). En cas de rupture, les douleurs aiguës du haut abdomen, qui s'étendent rapidement et s'accompagnent de douleurs dans l'épaule et d'un choc hémorragique, sont les symptômes les plus inquiétants. Les graves pancréatites subaiguës et chroniques, de même que la grossesse sont des constellations à risque particulières allant de pair avec de telles ruptures d'anévrismes [13].

Correspondance:

Dr Niklaus Schaub
Leitender Arzt Gastroenterologie
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz
niklaus.schaub@ksbh.ch

- Shanley ChJ, Weinberger JB. Acute abdominal vascular emergencies. Med Clin N Am. 2008;92:627.

Vous trouverez la liste complète des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch

Schmerzen im Oberbauch: eine mögliche Annäherung, Teil 1: Pathophysiologie und Klinik /

Douleurs abdominales hautes – une approche possible, 1^{re} partie: Physiopathologie et clinique

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin N Am.* 2006;90:481.
- 2 Glasgow RE, Mulvihill SJ. Acute Abdominal Pain. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8th edition. Feldman M, Friedman L, Brandt L, eds. Oxford: Saunders; 2006, p. 87.
- 3 Parker LJ, Vokor LF, Wollan PC. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Acad Emerg Med.* 1997;5:51.
- 4 Talley NJ. (Editorial): Gallstones and upper abdominal discomfort: innocent bystander or a cause of dyspepsia? *J Clin Gastroenterol.* 1995;30:411.
- 5 AGA Medical Position Statement and Technical Review: Acute Pancreatitis (2007). http://www.gastro.org/user-assets/documents/02_dclinical_prctice/medical_position_statements/acute_pancreatitis_mps.pdf and ...tr.pdf
- 6 Lu CL, Chang SS, Wang SS, et al. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to "silence" and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. *Gastrointest Endosc.* 2004;60:34.
- 7 Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterol.* 2006;130:1466.
- 8 Wallace MB, Durkalski VL, Vaughan J, et al. Age and alarm symptoms do not predict endoscopic findings among patients with dyspepsia: a Multicentre database study. *Gut.* 2001;49:29.
- 9 Sinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain: a frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(4):824.
- 10 Cappell MS, Batke M. Mechanical obstruction of the small bowel and colon. *Med Clin N Am.* 2008;92:575.
- 11 Suri S, Gupta S, et al. Comparative evaluation of plain abdominal films, ultrasound and CT in the diagnosis of intestinal obstruction. *Acta Radiol.* 1999;40(4):422.
- 12 Longell TJ, Mulvihill SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Med Clin N Am.* 2008;92:599.
- 13 Shanley ChJ, Weinberger JB. Acute abdominal vascular emergencies. *Med Clin N Am.* 2008;92:627.