

# Douleurs abdominales hautes – une approche possible

## 2<sup>e</sup> partie: Marche à suivre

Niklaus Schaub<sup>a</sup>, Jürg Weber<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Gastroenterologie, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital, Bruderholz, <sup>b</sup> Arzt für Allgemeine Medizin FMH, Bottmingen

### Quintessence

- Les douleurs aiguës du haut abdomen imposent une évaluation rapide (voir *drapeaux rouges*) et la proximité du chirurgien.
- L'analgésie par opioïdes des douleurs abdominales (hautes) aiguës est autorisée, mais doit être signalée de manière précise.
- Dans les douleurs aiguës épisodiques du haut abdomen, le dosage rapide des tests hépatiques permet d'en confirmer l'étiologie biliaire.
- Chez les patients souffrant de douleurs chroniques du haut abdomen ou de dyspepsie, ce sont les étiologies fonctionnelles qui dominent et il faut donc suivre l'algorithme de la dyspepsie.

### Marche à suivre dans les douleurs abdominales hautes

Lorsque nous, médecins de premier recours au cabinet ou hospitaliers aux urgences, nous sommes confrontés à des patients ambulatoires non sélectionnés présentant comme symptôme des douleurs abdominales hautes, nous devons bien savoir qu'aucun diagnostic précis ne sera posé dans un tiers et même la moitié des cas. Ce qui n'est satisfaisant ni pour le patient ni pour le médecin. Dans une telle situation, nous savons que le diagnostic de «gastrite» souvent admis est aussi embarrassant qu'incorrect. Il tient éventuellement compte de la réalité en cas de consommation inadéquate d'alcools forts et/ou de prise d'antirhumatisme non stéroïdiens. Sinon il compose une catégorie histologique avec peu de corrélation clinique.

Encore une fois, l'anamnèse, s'intéressant le plus précisément possible à la chronologie ou à l'évolution des symptômes dominants, apporte la contribution décisive au diagnostic et à la prise de décisions. La classification de la présentation clinique en douleurs du haut abdomen *aiguës/intermittentes, épisodiques/chroniques* est très utile. Le médecin traitant a le privilège de connaître son patient avec son anamnèse personnelle et du même fait son potentiel de risque (toxiques y compris) en relation avec sa clinique actuelle.

Les patients dont la perception est altérée (grand âge, psychotropes) et ayant éventuellement des réactions biologiques perturbées (grand âge, diabète, immunosuppression, tumeurs) posent des problèmes particuliers dans leur évaluation clinique.

#### Douleurs aiguës du haut abdomen (<24 heures)

Des douleurs aiguës du haut abdomen, nouvelles, imposant un contact immédiat avec le patient et ayant leur caractère viscéral évident avec symptômes végétatifs nets,

peuvent le mettre en danger. C'est ce qu'il faut redouter en tout premier lieu.

En présence de *drapeaux rouges* (tab. 1 ↻), l'indication à la prise en charge rapide en milieu hospitalier en vue de poser le diagnostic avec les techniques d'imagerie à disposition est clairement donnée.

Le *petit examen clinique* comporte la tension artérielle et ses variations en position *debout et couchée*.

L'auscultation recherche une pneumonie, un frottement pleural ou péricardique et apprécie les bruits intestinaux (énergiques – haut situés – absents).

La palpation de l'abdomen recherche une défense, un processus expansif (pulsatile), le signe de Murphy, des hernies et cicatrices de laparotomie. Une douleur à l'ébranlement est un autre indicateur fin de douleur somatopariétale et donc de péritonisme.

La douleur épigastrique aiguë à caractère viscéral impose dans le diagnostic différentiel l'ischémie myocardique ou l'infarctus (ECG, troponine, CK).

Il reste presque toujours du temps pour d'autres examens de laboratoire (paramètres hématologiques, CRP, tests

**En présence de drapeaux rouges, l'indication à la prise en charge rapide en milieu hospitalier en vue de poser le diagnostic est clairement donnée**

hépatiques, amylase), une radiographie du thorax en position debout ou deux de l'abdomen à vide (en position debout et en décubitus latéral gauche) et une échographie (gros vaisseaux, voies biliaires, foie, reins).

La TC, à juste titre peu demandée actuellement en clinique pour des douleurs abdominales (hautes) aiguës, répond à de nombreuses questions, mais ne permet pas de voir les lithiases (→ ultrasons!).

A ce stade de prise en charge, la question de la sécurité d'une *analgésie par opioïdes* nécessaire et adaptée au patient se pose toujours.

L'argument est que les opioïdes peuvent masquer la clinique claire, par exemple un péritonisme, qui permettrait de poser l'indication à l'opération. Une analyse critique récente de 12 études (adultes et enfants) a montré une influence sur les paramètres cliniques, mais aucune influence négative des opioïdes sur le pronostic ni sur le traitement [2].

#### Abréviations

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



Niklaus Schaub

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

**Tableau 1. Douleurs aiguës du haut abdomen: «drapeaux rouges» cliniques.**

Anamnèse
- Vomissement à répétition <i>après</i> le début des douleurs
- Collapsus, syncope
- Fièvre/frisson
- Douleurs abdominales hautes et scapulaires
- Hémorragie (hématémèse, méléna)
- Grossesse
Clinique
- Péritonisme
- Instabilité circulatoire
- Sudation
- Douleurs très violentes en discordance avec les résultats cliniques discrets (ischémie, occlusion/volvulus)
- Ictère et état fébrile (cholangite!)

biliaire. L'ascension des tests hépatiques (transaminases, éventuellement phosphatase alcaline/bilirubine) peut être le seul argument en faveur du passage d'une lithiase et l'échographie peut révéler les éventuelles lithiases vésiculaires résiduelles. Il ne faut surtout pas oublier non plus dans cette catégorie les occlusions intermittentes (anciennes opérations?) ni une pathologie de la paroi abdominale.

### Douleurs abdominales hautes chroniques

Dans une telle situation, nous devons prendre du temps surtout pour une anamnèse fouillée. En plus de la documentation détaillée de la symptomatologie, les questions sur la durée des problèmes, les modifications des symptômes pendant éventuellement plusieurs années et surtout aussi sur le principal motif de consultation du point de vue du patient sont très importantes.

Il ne faut en aucun cas renoncer à l'examen clinique, malgré qu'il ne soit souvent pas très révélateur. Il donne confiance dans la conscience professionnelle du médecin consulté.

Il s'agit d'abord de tenter de distinguer les patients ayant des causes organiques à leurs douleurs de ceux présentant des problèmes fonctionnels. Il faut prendre suffisamment de temps et demander les examens complémentaires (laboratoire, endoscopie, imagerie diagnostique) en fonction de l'âge du patient et des éventuels signaux d'alarme présents (fig. 1 [3]).

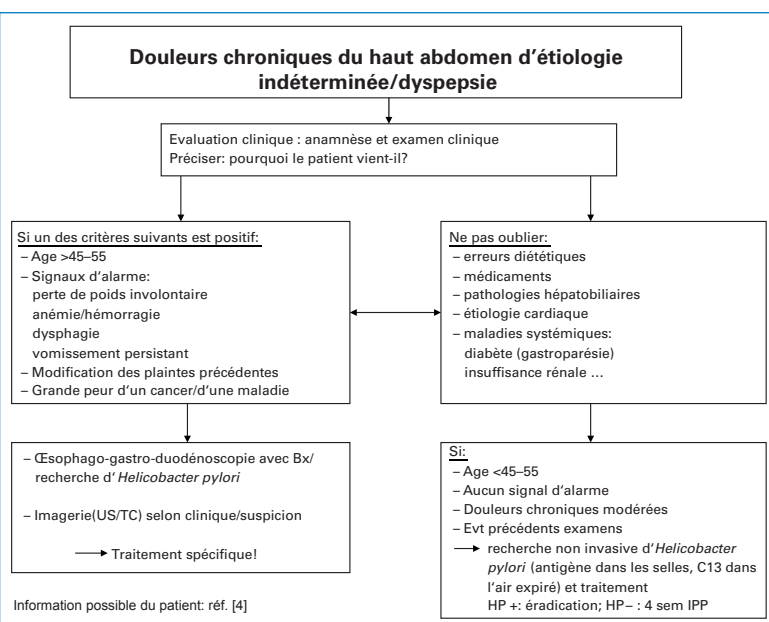
Chez les patients souffrant de douleurs épigastriques chroniques, le recours limité dans le temps à un IPP avant ou après l'endoscopie est une étape diagnostique et éventuellement thérapeutique importante.

Si les mêmes problèmes persistent sous IPP, après endoscopie et imagerie négatives, de nouvelles techniques plus fines permettant d'objectiver le phénomène de reflux (par exemple pH-métrie par impédance sur 24 heures) peuvent répondre aux questions visant à expliquer la symptomatologie.

Si, malgré une évaluation soignée, sans oublier les raretés, aucune étiologie ne peut être découverte à des douleurs abdominales chroniques, parfois violentes, et si les interventions thérapeutiques (IPP; spasmolytiques) n'ont aucun résultat subjectif, il peut s'agir ici ou là d'un grave «syndrome abdominal fonctionnel» complexe exigeant énormément d'une prise en charge généralement interdisciplinaire.

### Correspondance:

Dr Niklaus Schaub  
Leitender Arzt Gastroenterologie  
Medizinische Universitätsklinik  
Kantonsspital  
CH-4101 Bruderholz  
[niklaus.schaub@ksbh.ch](mailto:niklaus.schaub@ksbh.ch)

**Figure 1**

Algorithme pour les douleurs abdominales hautes chroniques/la dyspepsie (d'après [3]).

Dans l'intérêt d'une analgésie adéquate pour les patients, nous devons apprendre à utiliser ces substances auxiliaires. Il est important de bien préciser l'heure et la dose administrée, tout comme est important l'avis du décideur chirurgical, reflet d'une collaboration interdisciplinaire optimale aux urgences.

### Episodes intermittents/récurrents de douleurs abdominales hautes

Surtout lorsque le contact avec le patient se fait le «jour d'après», le premier diagnostic différentiel est une lithiase

### Références

- 1 Klinkman MS. Episodes of care for abdominal pain in primary care practice. Arch Fam Med. 1996;5:279.
- 2 Ranji SR, Goldman EL, Simel DL, et al. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? JAMA. 2006; 296/14:1764.

- 3 AGA Medical Position Statement: evaluation and technical review of dyspepsia (2005): [http://www.gastro.org/user-assets/documents/02\\_clinical\\_practice/medical\\_position\\_statements/dyspepsia\\_mps.pdf](http://www.gastro.org/user-assets/documents/02_clinical_practice/medical_position_statements/dyspepsia_mps.pdf)
- 4 Patienteninformation «Dyspepsie und Reizdarmsyndrom». [http://www.akdae.de/35/92\\_Reizdarmsyndrom\\_2000\\_1Auflage.pdf](http://www.akdae.de/35/92_Reizdarmsyndrom_2000_1Auflage.pdf)