

DOULEUR ABDOMINALE CHRONIQUE

Auteure : Dr G. Ancrenaz-Tulvan, cheffe de clinique, Service de médecine de premier recours, HUG

Expert : Dr M. Drepper, chef de clinique, Service de gastroentérologie, HUG

Relecteurs : Dr S. Mazouri, cheffe de clinique, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr N-T. Tran, médecin-adjoint, Service de médecine de premier recours, HUG

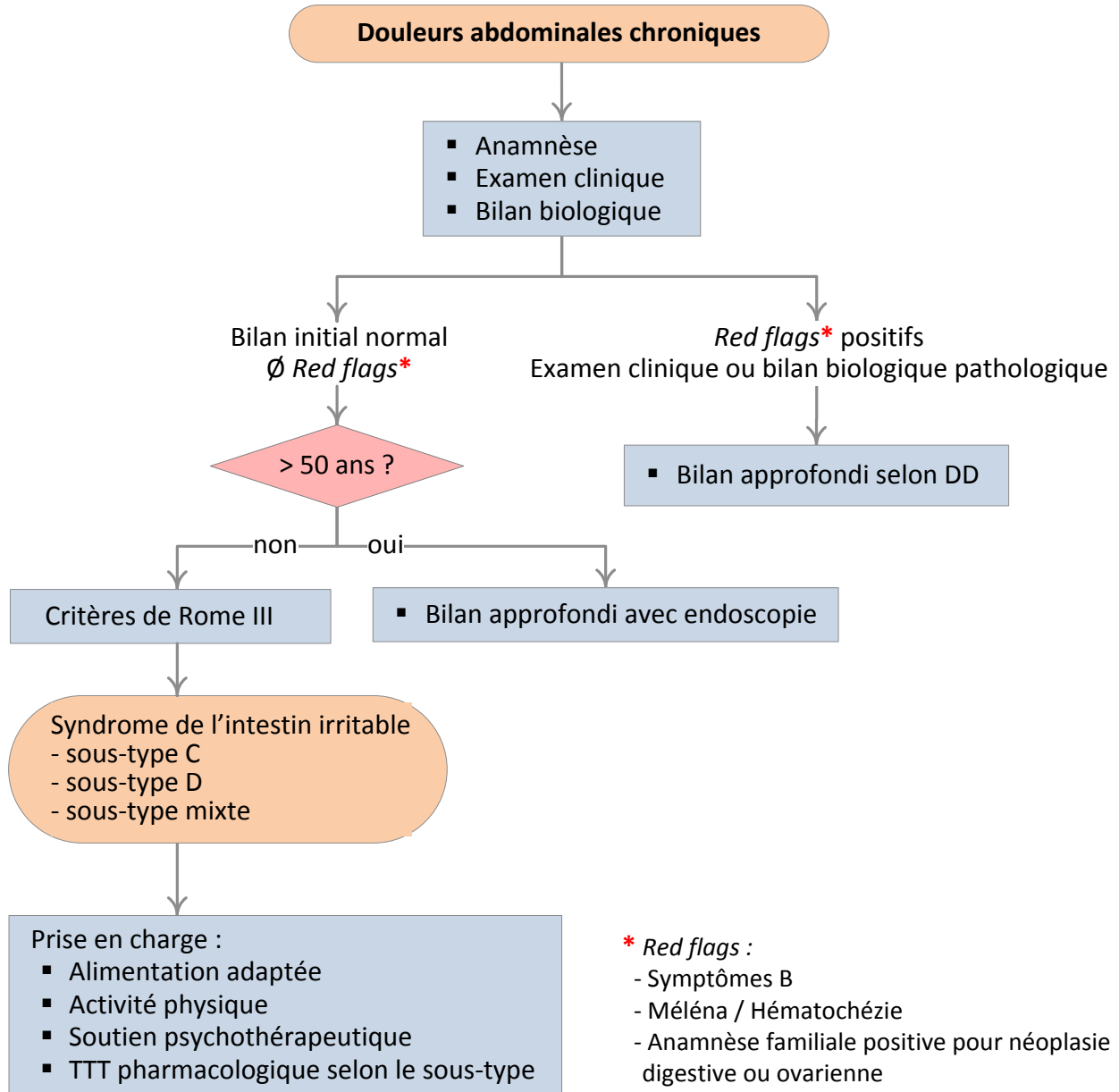
Algorithmes et relecture: M. Le Braz
Mise en page: J. Caliri

2017

POINTS A RETENIR

- Les patients avec des douleurs abdominales chroniques (DAC) doivent bénéficier d'une anamnèse et d'un examen physique minutieux.
- En l'absence de symptômes ou de « *red flags* » pour d'autres pathologies, les DAC sont principalement liées au syndrome de l'intestin irritable (SII), qu'il ne faut pas considérer comme un diagnostic d'exclusion (sous peine de faire subir au patient des examens complémentaires inutiles).
- Le SII débute majoritairement avant 50 ans et est associé à une consommation importante de soins de premier recours.
- La prise en charge du SII est multidisciplinaire avec une approche sur l'hygiène de vie, une approche nutritionnelle et psychologique.
- Le traitement médicamenteux du SII (ciblé sur la prédominance de diarrhées ou constipation) est globalement d'importance modérée.
- Les patients âgés de plus de 50 ans peuvent présenter une clinique atypique ou paucisymptomatique en présence d'un bilan normal malgré une pathologie organique sous-jacente.

ALGORITHME



Version 1.12.2016

DOULEUR ABDOMINALE CHRONIQUE (DAC)

1. INTRODUCTION

Une douleur abdominale chronique (DAC) est une douleur qui évolue depuis au moins 4 semaines et qui ne change pas de caractéristique. La douleur retentit sur le comportement et la qualité de vie du patient.¹

Le plus souvent dépourvue de cause organique apparente, elle représente une problématique qui soulève colère et frustration, tant chez les professionnels de la santé que chez les patients pour qui on n'arrive pas à trouver, ni explication, ni traitement satisfaisant.²

1.1 EPIDÉMIOLOGIE

Identifier la prévalence des DAC est difficile, voire impossible à déterminer en raison d'une absence de consensus dans les définitions associées à chaque type de trouble et la grande variabilité des critères utilisés par chaque équipe de chercheurs pour classer les différents symptômes.^{2, 3}

La vaste majorité est associée au SII (syndrome de l'intestin irritable) mais la prévalence globale de cette pathologie est difficile à chiffrer en raison de l'hétérogénéité des études publiées. Une prévalence très variable de 1,1 à 35,5% est reportée.³

1.2 PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR ABDOMINALE

La douleur viscérale résulte ordinairement d'un spasme ou d'une distension de la musculature viscérale, d'une inflammation ou d'une ischémie organique ou encore d'une distension de la capsule hépatique. Les viscères sont insensibles à l'écrasement, la brûlure et la déchirure. La douleur est mal localisée à l'anamnèse (en raison d'afférences sensitives projetées sur les 2 côtés de la moelle) mais typiquement localisée au lieu de la palpation avec une douleur à la détente éventuelle.

La douleur pariétale prend son origine dans le péritoine pariétal, mésentérique ou postérieur, qui sont sensibles aux mêmes stimuli que les viscères tandis que le péritoine antérieur et omental sont moins sensibles à tous ces stimuli. La douleur est généralement plus intense que lors d'une origine viscérale et plus localisée. Lors d'une inflammation péritonéale (péritonite), la douleur est généralement diffuse.

La douleur référée provient typiquement de douleurs viscérales et pariétales par les voies partagées efférentes sensitives des dermatomes. Ainsi la vésicule biliaire provoque une douleur référée sous-scapulaire, le diaphragme une douleur de l'épaule ipsilatérale (signe de Kehr à gauche lors de lésion de la rate par exemple), l'œsophage une douleur dans le cou et des membres supérieurs. La palpation de l'organe atteint peut déclencher une douleur dans le dermatome référé (lequel peut être très sensible à tout stimulus) mais l'inverse n'est pas le cas.

La douleur neurogène à type de brûlure, décharge, dysesthésie suit le trajet des racines dorsales ou des nerfs périphériques mais n'est jamais en lien avec la fonction digestive (pas déclenchée par la déglutition, la défécation,...)

La douleur psychogène est soit une réaction de conversion (perception douloureuse sans dysfonction organique), soit une réaction psychophysiologique à un stress (spasme colique objectivable lors d'une émotion). La douleur sur conversion peut disparaître lors de manœuvres de distraction et ses caractéristiques peuvent être incompatibles avec la physiologie connue.^{2, 4}

2. CLASSIFICATION

Les douleurs abdominales chroniques se classifient de la manière suivante :

Bénignes	Organique	Pancréatite chronique Maladie inflammatoire du colon Maladie coéliqua Maladies inflammatoires pelviennes Ischémie mésentérique chronique Douleur pariétale
	Fonctionnelle	Syndrome de l'intestin irritable Dyspepsie fonctionnelle
Malignes	Néoplasie pancréato-digestive, gynécologique ou urologique	

Tableau 1 : Classification des douleurs abdominales chroniques.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

3.1 ANAMNÈSE

La douleur est à caractériser selon :

- La localisation et irradiation (selon quadrant et étiologie associés)
- La temporalité: début, fréquence et durée de la douleur
- La qualité (brûlante, crampiforme, etc.)
- L'intensité selon EVA (Echelle Visuelle Analogique)
- Les facteurs déclenchants (alimentation, mouvement, position) ou facteurs soulageants
- Les symptômes gastro-intestinaux (nausées, diarrhées, constipation, méléna, hématochézie, etc.)
- Les symptômes urogénitaux (dysurie, hématurie)
- Les symptômes généraux (fièvre, perte de poids, sudation nocturne, asthénie, fatigue, etc.)
- L'anamnèse gynécologique (menstruation, hémorragie vaginale, anamnèse familiale positive pour néoplasie gynécologique)
- Les antécédents : opération, anamnèse familiale positive pour néoplasie ou maladie inflammatoire des intestins, voyage, diabète, alcool
- Médication : cause de la douleur ou altération du transit par opiacés, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, antibiotiques, antidépresseurs, neuroleptiques anticholinergiques, etc.⁵

Organe	Type de douleur	Localisation
Œsophage	Brûlure Constriction-oppession	Rétrosternale, référée au cou/membres supérieurs
Estomac	Faim douloureuse Inconfort rongéant	Epigastre, hypochondre G
Duodénum	Faim douloureuse Inconfort rongéant	Epigastre
Intestin grêle	Profonde Intermittente Crampiforme Ballonnements	Diffuse, péri-ombilicale iléon terminal : fosse iliaque D
Côlon	Profonde Intermittente Crampiforme Ballonnements	Sigmoïde : quadrant inférieur G Rectum : ligne médiane sous-ombilicale, sacrum
Pancréas	Transfixiante Constante	Hémi-abdomen supérieur irradiant dans le dos
Vésicule biliaire	Colique Intense	Quadrant supérieur D, référée dans l'omoplate/épaule D ou en interscapulaire
Foie	Profonde Constante	Sous-costale D

Tableau 2 : Caractéristiques sémiologiques des douleurs selon l'organe atteint.

Eléments anamnestiques	Exemples physiopathologiques
Antécédents néoplasiques	Métastatisation, récurrence locale
Chirurgie abdominale récente	Abcès, bride
Dépendance/abus d'alcool	Hépatite, pancréatite chronique
Intolérance alimentaire	Intolérance au lactose/fructose
Âge >50 ans	Néoplasie Ischémie coelio-mésentérique
Constipation/changement de consistance/ fréquence des selles	Rétrécissement/irritation colique (inflammatoire, infectieux, tumoral, sur bride)
Vomissements chroniques Vomissements intermittents	Maladies obstructives intestinales (ulcère/ischémie sténosante, bride) ; pancréatite, pyélonéphrite, reflux vésico-urétéral, intussusception, volvulus, hernie de paroi/omentale
Hématochézie/méléna	Infectieux : (diverticulite, colite...) Inflammatoires : MICI Néoplasie Vasculaire (ischémie coelio-mésentérique)
Ictère	Dysfonction sphincter d'Oddi, cholélithiase/cystite chronique, néoplasie des voies biliaires/pancréatiques
Perte de poids	Métabolique/endocrinologique (diabète, hyperthyroïdie) MICI Néoplasie (pancréas, colon, rein,...) Mal-absorption (coélioquie, entéropathie exsudative,...) ou mal-digestion (insuffisance pancréatique exocrine,...)
Inflammation buccale	MICI
Atteinte cutanée	MICI (érythème noueux, <i>pyoderma gangrenosum</i>)
Polyarthralgie	MICI
Immunosuppression	Abcès abdominal, adénopathie mésentérique infectieuse/tumorale
Etat fébrile	Infectieux : (diverticulite, colite, abcès,...) Inflammatoires : MICI
Douleur nocturne	Ulcère gastroduodénal
Douleur rythmée par l'alimentation	Ischémie mésentérique
Douleur rythmée par le cycle menstruel	Endométriose
Douleur rythmée par la position du rachis	Compression radiculaire thoracique basse

Tableau 3: Eléments anamnestiques imposant la recherche d'une étiologie organique.
MICI = maladie inflammatoire chronique intestinale (Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique).

3.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique ciblera les éléments suivants :

- Signes vitaux
- Status abdominal :
 - Inspection : cicatrice, hernie, signes en faveur d'une hépatopathie
 - Auscultation
 - Percussion : signes d'ascite, aérocolie (SII)
 - Palpation : signes de péritonisme, hernie, masse abdominale, organomégalie
- Toucher rectal
- Examen pelvien chez les femmes avec douleurs pelviennes^{5, 6}

4. DIAGNOSTIC

Les examens à considérer comprennent :

- Formule sanguine avec répartition
- Protéine C Réactive
- Electrolytes : sodium, potassium, calcium, créatinine, urée, glycémie
- Bilan hépatique : transaminases, γ GT, bilirubine, lipase
- Ferritine
- TSH (thyroestimuline)
- Anti-Transglutaminase tissulaire IgA^{5,6}

Chez les patients de moins de 50 ans, en absence de symptômes évocateurs d'une origine organique, en présence d'un examen abdominal normal à l'exception éventuelle de douleurs diffuses à la palpation du cadre colique ou d'un tympanisme en lien avec une distension colique et d'un bilan biologique sans particularité, les critères diagnostiques pour un trouble fonctionnel, dont le plus fréquent est le SII (voir point 4), doivent être recherchés.

Chez les patients de plus de 50 ans, une endoscopie (haute ou basse selon les symptômes) en raison d'un risque plus élevé d'une origine néoplasique est à prévoir, même dans le cas d'un examen clinique et d'un bilan biologique rassurants.

Chez les femmes avec des douleurs abdominales chroniques au niveau du bas ventre, des maladies inflammatoires pelviennes (p.ex. endométriose) devraient être prises en considération.⁵

5. SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE (SII)

5.1 DÉFINITION

Le SII est la pathologie la plus fréquente en cas de DAC. Il s'agit d'une maladie chronique qui persiste tout au long de la vie. Elle est caractérisée par des douleurs ou un inconfort abdominal, associés à des changements de transit ou de la défécation. Les patients présentent une vaste symptomatologie extradigestive (fatigue, douleurs articulaires, asthénie).⁶

5.2 PRÉVALENCE

Sa prévalence globale est estimée à 10-20% avec un pic d'incidence à l'âge de 20-30 ans. Les femmes sont 2 fois plus concernées que les hommes. Toutefois, des études récentes indiquent aussi une prévalence importante chez les personnes âgées.⁶

La physiopathologie n'est pas totalement comprise mais semble impliquer des facteurs génétiques, le microbiote intestinal, l'activation immunitaire, la modification de la perméabilité intestinale et l'interaction entre le cerveau et l'intestin. Cytokines et chémokines systémiques pourraient être responsables des symptômes extra-intestinaux comme la fatigue, des douleurs articulaires et du rash cutané.⁷

5.3 DIAGNOSTIC

Les critères diagnostiques sont bien établis dans les critères de ROME III.

Les critères doivent être remplis pour les 3 derniers mois et les premiers symptômes doivent remonter à au moins 6 mois.

Douleur et/ou inconfort abdominal au moins 3 jours/mois durant les 3 derniers mois, associés à au moins 2 symptômes suivants :

- Amélioration à la défécation
- Début des symptômes associé à un changement de fréquence du transit
- Début des symptômes associé à un changement de l'apparence des selles

Tableau 4 : Critères de Rome III pour le diagnostic du syndrome de l'intestin irritable.

Le SII est subdivisé en plusieurs sous types selon l'aspect du transit :

- SII-D avec prépondérance de diarrhées
- SII-C avec prépondérance de constipation
- SII-M avec symptômes mixtes
- SII-post-infectieux suite à une gastroentérite avec une prévalence rare

Une manière d'objectiver l'aspect des selles lors de la consultation est l'utilisation de l'échelle de Bristol (*Bristol stool scale*) : <https://corpslibres.com/2016/04/04/lechelle-de-bristol/>

Les études montrent que les sous-types SII-C et SII-D semblent avoir des entités physiopathologiques différentes, qui conduisent vers une prise en charge pharmacologique spécifique.

Toutefois il semble qu'un patient puisse changer de sous-type au long de sa vie.⁹

5.4 PRISE EN CHARGE

La prise en charge est globale et doit reposer sur une éducation du patient expliquant le caractère chronique mais bénin de la maladie (absence de surmortalité ou complication somatique).²

Approche non-pharmacologique : elle peut inclure les mesures suivantes :

- Hygiène de vie
 - Sommeil
 - Relaxation
 - Activité physique
 - Alimentation
 - Repas réguliers, manger lentement
 - Hydratation suffisante
 - Réduction des boissons gazeuses, sucrées et alcoolisées⁶
 - *Low-FODMAP** régime (l'efficacité pour le ballonnement, la flatulence et l'inconfort abdominal ont été démontrés dans plusieurs études)¹⁰
- Voir : www.passeportsante.net/fr/Nutrition/Dietes/Fiche.aspx?doc=diet-e-fodmap
Attention au régime d'exclusion qui peut induire des déficits chez les patients.
- Soutien psychothérapeutique en cas de caractère invalidant ou lors de retentissement psychologique important avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire
 - Psychologue/psychiatre (psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, hypnose)
 - Médecin traitant/gastroentérologue (enseignement thérapeutique, soutien)⁶

Approche pharmacologique : l'approche pharmacologique a pour but de traiter les personnes présentant des symptômes sévères et non soulagés malgré la prise en charge non-pharmacologique.

Prise en charge selon le sous-type :

- SII-D : spasmolytiques, lopéramide (si efficace), antidépresseur (tricycliques comme 1^{er} choix), alosétron, rifaximine.
- SII-C : fibres alimentaires, linaclotide
 - Fibres alimentaires : les traitements à base de mucilages (Métamucil[®], Mucilar[®]) ont démontré une efficacité pour soulager les symptômes des patients souffrant d'un syndrome irritable de l'intestin avec constipation.
 - Spasmolytiques : les molécules de type anti-cholinergique (Buscopan[®], Duspatalin[®]) semblent montrer une efficacité en tant que classe, dans le soulagement des symptômes à courte durée.
 - Linaclotide (Constella[®]) : des études ont montré un effet modeste sur les douleurs abdominales et la défécation dans le traitement des symptômes du SII associé à une constipation.⁹
 - Rifaximine : des études ont montré un bénéfice modeste sur les douleurs abdominales et une amélioration de la consistance des selles dans le traitement des symptômes du SII associés à une diarrhée.
 - Lopéramid : efficace comme anti-diarrhéique, mais pas d'évidence pour une amélioration de symptômes dans le cadre d'IBS (*Irritable Bowel Syndrom*).
 - Les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine à faible dosage sont efficaces pour diminuer la douleur viscérale et diminuer les symptômes d'SII (par ex. Duloxétine - Cymbalta[®]).⁷

Le suivi devrait être personnalisé selon la réponse du patient atteint d'SII au traitement proposé.

*Le mot FODMAP est en fait un acronyme de l'anglais : *Fermentable Oligo-,Di-,Mono-Sacharides And Polyols*, pour désigner un groupe de glucides à chaîne courte présent dans certains aliments et qui sont faiblement absorbés procurant ainsi des substances servant à nourrir les bactéries de l'intestin. Ce régime est scientifiquement prouvé pour soulager les symptômes du syndrome de l'intestin irritable (SII).

6. PATHOLOGIES ORGANIQUES

En présence de symptômes ou de signes d'appel pour d'autres pathologies, des examens complémentaires ciblés, selon le diagnostic différentiel le plus probable, sont à effectuer.⁵ Ceci ne fait pas l'objet de cette stratégie et le lecteur se référera à d'autres sources d'informations.

Dans ce cas de figure, une prise en charge pour soulager la douleur par une pharmacothérapie appropriée, selon les trois paliers antalgique de l'OMS, est également nécessaire et doit être mise en place de façon concomitante au plan d'investigation et au traitement de fond.¹

REFERENCES

1. Rostaing-Rigattieri S et al. Conduite à tenir face à une douleur abdominale chronique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), gastro-entérologie, 9-125-A-10. 2011
2. Duhaime S. Ecole Interactionnelle de douleur abdominales chronique Un parcours stratégique pour apprendre s'autotrainer. 2010
3. Sperber AD et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies : a Rome Foundation working team literature review. Gut doi:10.1136/gutjnl-2015-311240
4. Penner RM, Fishman MB et Majumdar SR. Causes of abdominal pain in adults. UpToDate. 2016
5. Penner RM, Fishman MB et Majumdar SR. Evaluation of the adult with abdominal pain. UpToDate. 2016
6. NICE guidelines. Irritable bowel syndrome in adults : diagnosis and management. 2008
7. Lacy BE, Chey WD, LemboAJ. New and Emerging treatment options for irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology et Hepatology volume 11, issue 4, Supplement 2. Avril 2015
8. Appendix B : Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders Am J Gastroenterol. 2010 Apr ; 105 798-801.
9. Ford AC, Moayyedi P., Lacy B.E. et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and chronic Idiopathic Constipation. The American Journal of Gastroenterology 2014 ;109 : S2-S6.
10. Spiller R, Aziz Q, Creed F et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome : mechanisms. Egalement, Penner RM, Fishman MB et Majumdar SR. Evaluation of the adult with abdominal pain. UpToDate. 2016

Dernière mise à jour 2017 par : G. Ancrenaz Tulvan, M. Drepper