

Douleur abdominale basse

Colloque SMPR / 7 décembre 2011

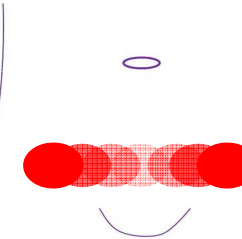
Dr. E. Andereggen, Service des Urgences
Dr. M. Soulier-Lauper



Diagnostic différentiel des douleurs abdominales basses

douleur de la FID

appendicite
iléite terminale
adénite mésentérique
diverticulite du caecum
colique néphrétique
GEU
rupture / torsion kyste de l'ovaire
salpingite
hématome du psoas
hernie étranglée



douleurs de la FIG

diverticulite sigmoïdienne
colite ischémique
colite infectieuse /autre ...
colique néphrétique
GEU
rupture / torsion kyste de l'ovaire
salpingite
hématome du psoas
hernie étranglée

douleurs sus-pubienne

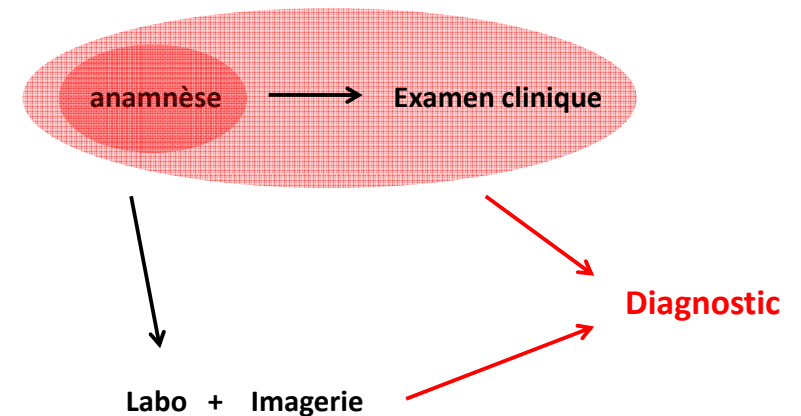
infection urinaire
prostatite
globe vésical
nécrobiose ou torsion d'un fibrome utérin

Que rechercher à l'anamnèse :

☐ Signes de gravité / affection potentiellement chirurgicale :

- Douleur d'apparition récente
- Douleur d'installation brutale ou rapidement progressive
- Douleur inhabituelle
 - « avez-vous déjà eu des douleurs semblables auparavant ? »
- Douleur constante
- Douleur non soulagée par la prise d'un antalgique

Démarche diagnostique :

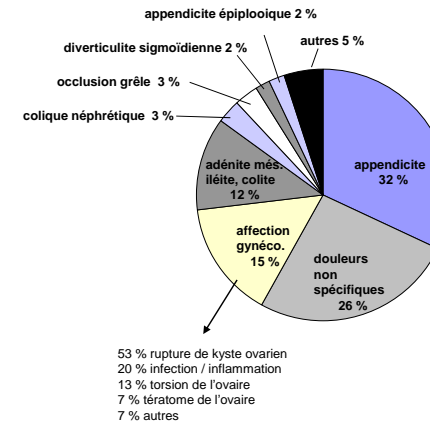


Cas clinique 1

- Jeune fille de 18 ans, sans antécédent médico-chirurgical qui se réveille vers minuit avec des douleurs abdominales diffuses et quelques nausées.
- Pas de constipation, selles normales, pas de fièvre, pas de malades dans l'entourage, pas de voyage récent, pas de dysurie, pas de contraception.
- Status: abdomen souple, douleur à la palpation de l'épigastre, du flanc droit et de la fosse iliaque droite. Pas de défense, pas de détente, pas de signe du psoas.
- Labo: CRP 24. Leucos 8000 sans DG. Stix urinaire : leucos -, nitrites -, Hb+, TG négatif.

Douleur de la FID chez la femme

douleurs de la FID chez la femme (âge : 11 – 60 ans, moy. 28)



Douleur FID chez la femme jeune - pathologies gynécologiques

☐ Grossesse extra-utérine

- Toujours penser à la possibilité d'une grossesse chez une femme en âge de procréer.
- Modes de présentation :
 - Retard de règles (2-4 sem)
 - douleurs abdominales basses +/- métrorragies
 - douleurs abdominales basses + lipothymie/syncope (GEU rompue!)
 - risque multiplié x 3 si présence d'un stérilet
- Cave: haut degré de suspicion d'hémorragie intra-abdominale si association « douleur abdominale + lipothymie/syncope »
- Diagnostic : β -HCG (urine ou sérum) + échographie
Dans la pratique, un TG urinaire positif est suffisant si on suspecte une GEU rompue (en principe tjs +)

Douleur FID chez la femme jeune - pathologies gynécologiques

☐ Torsion d'un kyste ovarien :

- Présentation clinique :
 - Douleur d'installation brutale ou rapidement progressive
 - Douleur intense, constante
 - Nausées, vomissements
- Urgence chirurgicale : délai > 6 heures \Rightarrow nécrose de l'ovaire
- Diagnostic : échographie / Doppler

Douleur FID chez la femme jeune - pathologies gynécologiques

❑ Rupture de kyste ovarien :

- Le plus souvent, kyste folliculaire ou kyste du corps jaune
- Présentation clinique:
 - Douleur de début brutale, survenant souvent lors d'une activité physique ou lors de rapports sexuels
 - Parfois métrorragie modérée (chute taux hormones ovariennes)
 - Plus fréquent du côté D
 - La douleur (glt. due à un saignement intra-ovarien ou dans le péritoine) peut persister, mais devient assez rapidement moins intense. Hémorragie sévère est rare.
 - Douleur modérée à la palpation +/- défense - détente localisée.
- Imagerie : échographie : liquide libre en quantité modérée dans le pelvis +/- kyste visible
- Rupture non-complicquée : amélioration assez rapide de la symptomatologie douloureuse qui disparaît en quelques jours

Douleur FID chez la femme jeune - pathologies gynécologiques

❑ Mittelschmerz :

- Douleur en relation avec l'ovulation : distension du follicule (normal) juste avant l'ovulation ou petit saignement au moment de l'ovulation.
- Survient en milieu de cycle
- La douleur est en principe modérée et disparaît après quelques heures, ou parfois quelques jours.

Douleur FID chez la femme jeune - pathologies gynécologiques

❑ PID (pelvic inflammatory disease) /salpingite :

- Douleur abdominale basse d'installation progressive (≠ rupture kyste ovarien)
- Bilatérale > unilat.
- Débute souvent au moment des règles ou juste après
- Fièvre, leucocytose dans 50% des cas
- Pertes vaginales = signe inconstant, métrorragie dans 1/3 des cas
- Facteurs de risque
 - ✓ Jeune âge
 - ✓ Contraception orale
 - ✓ Partenaires sexuels multiples
 - ✓ Pas d'utilisation de préservatif
- Séquelles: stérilité, ↑ risque GEU, douleurs pelviennes chroniques, ↑ risque ca. ovaire
- Gonocoque, Chlamydia, ...

Appendicite

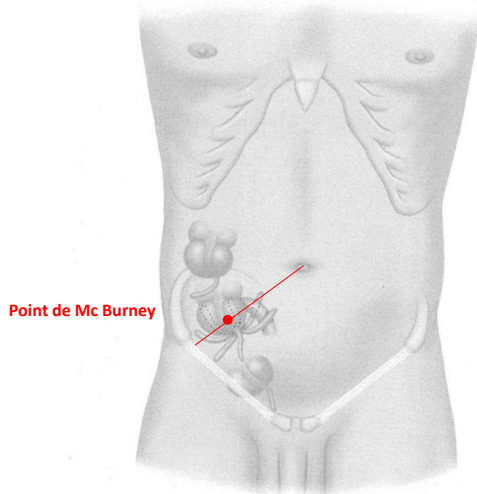
❑ Clinique typique :

- douleur initialement mal localisée ou péri-ombilicale, secondairement localisée en FID
- état sub-fébrile
- inappétance ± nausées, vomissements
- examen clinique : douleur localisée en FID, défense et détente en FID

❑ mais ...

- diagnostic différentiel des douleurs de la FID chez la femme jeune ...
- « l'appendicite peut tout faire »

Appendicite



- **Appendice rétro-caecal :**
 - Souvent pas de défense en FID
 - Douleur plus profonde
 - Parfois signe du Psoas +
- **Appendice pelvien :**
 - Douleur plus bas que le point de Mc Burney
 - Symptômes urinaires fréquents (pollakiurie, dysurie)

Point de Mc Burney

Appendicite

Examen clinique :

No single feature or combination of feature is highly accurate predictor of acute appendicitis ... (UpToDate 2011)

- Douleur /défense au point de Mc Burney sensibilité 50-94 %
spécificité 75-86%
- Signe de Rovsing sensibilité 22-68%
spécificité 79-97%
- Signe du psoas (app rétrocaecale) sensibilité 13-42 %
spécificité 79-97 %

Appendicite

Examen clinique :

... although prediction rules based upon combinations of features may have some clinical utility (UpToDate 2011)

Alvarado score

		Points
Symptômes	Migration de la douleur	1
	Anorexie	1
	Nausées - vomissements	1
Signes cliniques	Douleur à la palpation en FID	2
	Douleur à la détente en FID	1
	Température > 37.3°	1
Labo	Leucocytose	2
	Déviations gauches	1
TOTAL SCORE		10

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis
Am Emerg Med. 1986

Appendicite

Alvarado score

Score développé avant l'utilisation large de l'imagerie, et en particulier du CT, pour le diagnostic d'app.

Kalan M. Ann R Coll Surg Engl. 1994

Utilisent un score modifié (ne prend pas en compte la déviation gauche pour le calcul du score).

Petit collectif (49 p.), prospectif.

Pour un score ≥ 7

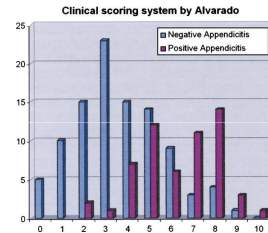
	Valeur prédictive positive	Faux +	Valeur prédictive négative
Total (49)	85%	15%	62%
Hommes (21)	93%	7%	50%
Femmes (17)	67%	33%	50%
Enfants (11)	100%	0	100%

Appendicite

Alvarado score

McKay MD. The use of the clinical scoring system by Alvarado in the decision to perform computed tomography for acute appendicitis. Am J Emerg Med. 2007.

Etude rétrospective sur 150 patients admis dans un service d'urgences, dont 51 ont eu un diagnostic d'app. confirmé à l'examen histologique.



Dans cette étude, les auteurs proposent :

pas de CT si score ≤ 3

avis chirurgical d'emblée si score ≥ 7

CT si score entre 4 et 6

dans le but de diminuer le temps de passage dans le service des urgences et raccourcir le délai avant le diagnostic

Alvarado score

Ce score peut-il être utilisé pour discriminer quels patients doivent être admis à l'hôpital et quels patients peuvent être renvoyés à domicile?

..., using low Alvarado scores (<4) for discharge in patients with suspected appendicitis should be done with extreme caution and cannot be recommended given the current evidence.

Cole MA, Maldonado N. Evidence-based management of suspected appendicitis in the emergency department. Emerg Med Pract. Vol 13(10), oct 2011

Pouget-Baudry et al. J Visc Surg 2010

Gwynn LK et al. J Emerg Med 2001

Yildirim E et al. Diagn Interv Radiol 2008

Appendicite

Appendicitis Inflammatory Response Score

Variables		Score
Vomiting		1
Pain in right inferior fossa		1
Rebound tenderness or muscular defense	light medium strong	1 2 3
Body temperature > 38.5°		1
PMN	70% - 84% $\geq 85\%$	1 2
WBC count	10.0-14.9 ≥ 15.0	1 2
CRP concentration	1 - 4.9 mg/l ≥ 5 mg/l	1 2
Sum		0 - 12

Sum 0-4 :
low probability. Outpatient follow-up if unaltered general condition

Sum 5-8 .
Indeterminat group. Inhospital active observation with rescoring /imaging or diagnostic laparoscopy according to local traditions.

Sum 9 - 12 :
High probability. Surgical exploration is proposed.

73% des patients sans appendicite se trouvent dans le groupe « low-probability ».

67% des patients avec appendicite se trouvent dans le groupe « high-probability ».

Andersson M and Andersson RE. The Appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado Score. World J Surg 2008

Appendicite

CRP :

- CRP souvent normale si les symptômes datent de < 12 heures
- Son intérêt réside surtout dans sa cinétique si on la dose de façon répétée
- Le diagnostic d'appendicite est rare chez les patient dont la CRP reste dans la norme lorsque le dosage est répété après 12 heures
Albu E et al, Diagnostic value of C-reactive protein in acute appendicitis, Dis Col Rect 1994
- CRP très élevée chez un patient qui présente une symptomatologie abdominale
 - fait suspecter une infection sévère
 - permet d'orienter la prise en charge (investigations à réaliser en fonction des plaintes)

Appendicite

❑ Leucocytes :

- Les leucocytes peuvent être dans la norme chez des patients qui ont une appendicite prouvée (chez env. 1/5 patient avec app.)

Coleman C. White blood cell count is a poor predictor of severity of disease in the diagnosis of appendicitis. Am Surg 1998.
Tehrani HY. Markers of severe appendicitis. Am. Surg. 1999.

- Leucocytose importante/ déviation gauche \Rightarrow infection bactérienne sévère. Mais du point de vue diagnostique, pas plus informatif que l'anamnèse et l'examen clinique...

❑ Sédiment urinaire :

- Le sédiment urinaire peut être pathologique (leucos, erythrocytes) dans 20-30 % des cas d'appendicite aiguë

Scott JH et al. Abnormal urinary analysis in appendicitis, J Urol 1983

Appendicite

❑ Imagerie :

- Echographie :

Sensibilité et spécificité : grande variabilité selon les études (sensibilité 35 - 98% / spécificité 71 - 98%)

On admet généralement une sensibilité de l'échographie \sim 75 % avec une valeur prédictive positive \sim 95%
rem: moins performante chez patients avec surcharge pondérale

- Scanner low-dose :

Irradiation comparable à celle d'un ASP, avec une sensibilité de 88%, une valeur prédictive positive de 96% et une valeur prédictive négative de 99%.

Poletti PA et al. Eur. Radiology. 2011.

rem: moins performant si BMI >30 ou <18.5

- CT standard :

Sensibilité, spécificité, VPP et VPV $>96\%$

Appendicite

❑ CT low-dose



Douleurs de la FID

- L'anamnèse et l'examen clinique restent une première étape essentielle dans l'évaluation du patient.
- L'observation du patient est une attitude légitime dans un certain nombre de situations.
- Si on décide d'observer, il faut revoir le patient (<24 heures)

Cas clinique 2

- Patient de 57 ans, connu pour HTA, avec surcharge pondérale, qui a présenté 10 jours auparavant des douleurs abdominales sus-vésicales et dans les testicules. Il consulte un centre d'urgences où est effectué une RX de l'abdomen qui montre une coprostase importante. Lavement et prescription d'un laxatif.
- Il consulte une semaine plus tard son médecin traitant pour persistance de douleurs abdominales, prédominant en FID, avec un état fébrile à 37.8°.

Homme 57 ans, douleurs abdo. basses (FID): diagnostic différentiel

douleur de la FID

appendicite

iléite terminale

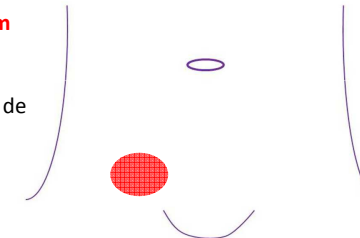
adénite mésentérique
diverticulite du caecum
colique néphrétique
GEU
rupture / torsion kyste de l'ovaire
salpingite
hématome du psoas
hernie étranglée

diverticulite sigmoïdienne

colite ischémique

colite infectieuse /autre ...

colique néphrétique
GEU
rupture / torsion kyste de l'ovaire
salpingite
hématome du psoas
hernie étranglée



infection urinaire

prostatite

globe vésical

nécrobiose ou torsion d'un fibromyome utérin

Homme 57 ans, douleurs abdo. basses (FID): diagnostic différentiel

- Examen clinique : douleur à palpation de la partie inférieure de l'abdomen, maximum en FID et sus-pubien, avec défense localisée. Le reste de l'abdomen est souple. Pas de globe vésical, TR sp. OGE sp.
- Labo: leucos 13 000, nns 4%. CRP 115.
- Diagnostic différentiel :
 - appendicite
 - diverticulite sigmoïdienne
 - colite autre
- Quelle imagerie ?

Homme 57 ans, douleurs abdo. basses (FID): quelle imagerie?

Il faut prendre en compte :

- âge du patient
Fréquence des pathologies différente en fonction de l'âge!
- surcharge pondérale
- CT : examen de choix pour le diagnostic de diverticulite
Si l'injection de contraste i-v n'est pas possible, l'examen reste très informatif si on donne du contraste digestif (rectal +/- oral)

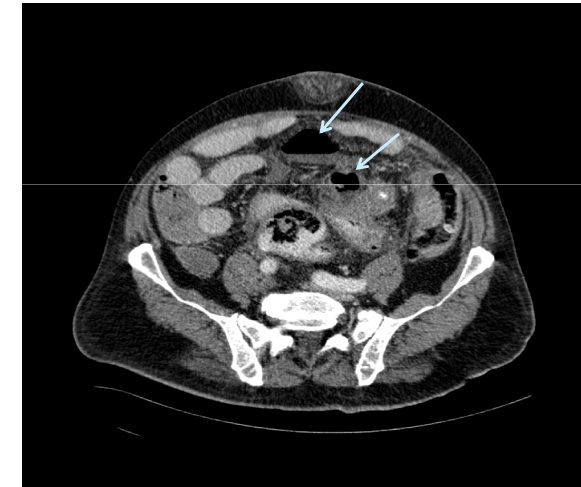
Diverticulite : le CT permet de

- Confirmer le diagnostic
- Exclure (ou mettre en évidence) un autre diagnostic
- Evaluer la sévérité de la maladie
- Guider la prise en charge

Diverticulite



Diverticulite



Diverticulite

☐ Généralités :

- 10 – 25 % des patients avec une maladie diverticulaire vont faire un épisode de diverticulite au cours de leur vie.
- Incidence de la diverticulite tend à augmenter et tendance à la baisse de l'âge des patients au moment du premier épisode.
- Rôle protecteur d'un régime riche en fibres.

Diverticulite

☐ Sévérité

• Classification d' Ambrosetti

[Ambrosetti. Dis Colon Rectum.2000](#)

- Diverticulite modérée
Épaississement (> 5 mm) localisé de la paroi du sigmoïde
Inflammation limitée à la graisse péri-colique
- Diverticulite sévère
Diverticulite modérée + un des éléments suivants :
 - Absès
 - Air extra-luminal
 - Extravasation du produit de contraste

• Classification de Hinchey

[Hinchey. Adv.Surg. 1978](#)

Classification en 4 stades, chirurgicale, décrivant à l'origine un status per-opératoire.

Peu adaptée à la majorité des diverticulites, qui nécessitent uniquement un traitement médical.

Diverticulite

Prise en charge

• Ambulatoire

possible pour une poussée modérée, chez un patient jeune, sans co-morbidités :

- Antibiothérapie
par ex: ciprofloxacine 2 x 500 mg/j et metronidazole 3 x 500 mg /j
durée du traitement: minimum 10 jours
- Régime pauvre en fibres (pendant la phase aiguë)
- Antalgie

▪ Hospitalisation et antibiothérapie iv

- Patients âgés
- Co-morbidités
- Fièvre élevée ou persistante
- Syndrome inflammatoire important
- Vomissements

Diverticulite

Et si le patient ne répond pas au traitement ?

persistance d'un syndrome inflammatoire

persistance ou récurrence des douleurs

- Indication à hospitaliser pour une antibiothérapie iv
- Refaire une imagerie (CT)

Récidive des douleurs : poussée non résolue ou nouvel épisode?

- On considère qu'il s'agit d'un nouvel épisode si intervalle > 3 mois entre deux poussées aiguës

Diverticulite

Et après guérison de l'épisode de diverticulite ?

- Coloscopie 6 semaines après l'épisode, si pas de coloscopie récente.
- Régime riche en fibres +/- mucilages : à conseiller 2-3 semaines après guérison de l'épisode.
- Qui adresser au chirurgien ?

Diverticulite

Quand faut-il adresser le patient au chirurgien ?

- Ce qui est actuellement toujours admis :
Indication à une sigmoïdectomie élective
 - Après un épisode de diverticulite sévère (= diverticulite compliquée)
 - Après deux épisodes de diverticulite documentés (importance du CT!)
- NB : Evolution dans les indications à la chirurgie élective

Douleurs abdominales : Quelques pièges qu'il vaut mieux avoir à l'esprit !

- **Prise d'antibiotiques : affection « décapitée » par le traitement ?**
- **Patient âgé**
 - la fièvre peut être modérée ou absente lors d'un processus infectieux
 - les signes d'irritation péritonéale peuvent être absents
amyotrophie de la paroi abdominale ⇒ pas de défense
- **Corticoïdes, traitement immunosuppresseur : peuvent masquer/modifier la symptomatologie**
conséquence: patients qui peuvent avoir une affection sévère tout en restant relativement pauci-symptomatiques

Take home messages

- **L'anamnèse et l'examen clinique restent une étape essentielle dans l'évaluation des patients qui présentent des douleurs abdominales.**
- **L'observation peut être une attitude légitime dans un certain nombre de situations sans signe de gravité.**
Cette attitude impose en principe de revoir le patient dans un délai court.
- **En présence d'une évolution inhabituelle / défavorable, il faut savoir remettre en question son diagnostic ou penser à une possible complication.**