

# Douleur abdominale aiguë

Séminaire DESMU MARS 2018  
CAUMES.S interne

CHU DE LIMOGES

## Présentation

Monsieur A.M, 42 ans, se présente aux urgences à 17h pour *douleur abdominale aiguë plutôt gauche immédiatement maximale apparue dans l'après-midi du même jour.*

**Histoire de la maladie :** A mangé un copieux repas le midi du même jour, est allé faire une sieste. S'est réveillé pour uriner et lors de la miction, apparition d'une douleur abdominale brutale. S'est immédiatement rendu aux urgences.

ATCD : 0

Allergie : 0

Traitement : 0

**Prise des paramètres par l'IAO :**

FC	PA	SpO2 en AA	FR	T°	Douleur
100	147/88	100	18	36,6	9/10

→ Antalgiques palier I + palier II, OMEPRAZOLE, PHLOROGLUCINOL et TRIMEBUTINE prescrits et administrés à l'accueil.

## Examen clinique

### **À l'examen clinique abdominal :**

Quelques nausées avec reflux décrits par le patient ainsi que des ballonnements.

Abdomen douloureux, souple, sans défense en hypochondre gauche, flanc gauche, fosse iliaque gauche et hypogastre ; irradiant dans le dos.  
Pas de signe fonctionnel urinaire.  
TR normal.

**Le reste de l'examen clinique est sans particularité.**

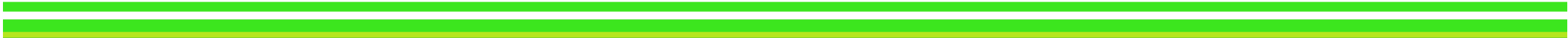
Malgré les antalgiques prescrits, persistance de la douleur.  
→ **Titration en morphine. Soulagé par 7 mg mais reste sensible.**

## Bilan biologique

Bilan sanguin	
<b>Hémoglobine</b>	16,4 g/dL
<b>Leucocytes</b>	9,32 G/L
<b>Plaquettes</b>	245 G/L
<b>Na</b>	142 mmol/L
<b>K</b>	4,3 mmol/L
<b>Urée</b>	5,1 mmol/L
<b>Creat</b>	90 µmol/L
<b>Bili totale</b>	33 UI/L
<b>ASAT</b>	22 UI/L
<b>ALAT</b>	21 UI/L
<b>PAL</b>	54 UI/L
<b>GGT</b>	16 UI/L
<b>CRP</b>	4 mg/L
<b>Lactate</b>	2,13 mmol/L
<b>Lipase</b>	181 UI/L

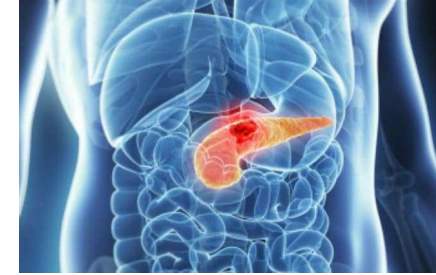
BU	
<b>Leucocytes</b>	-
<b>Sang</b>	-
<b>Proteines</b>	-
<b>Nitrites</b>	-

QUELS DIAGNOSTICS Évoquez-  
vous ?

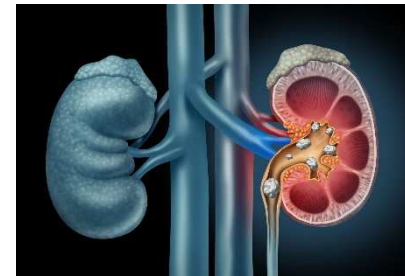


## Hypothèses diagnostiques (4 retenues)

**P**ancréatite aiguë.



**C**olique néphrétique.



**D**iverticulite sigmoïdienne.



**C**olite spasmodique.



## Évolution dans le service

A H + 6h, nouvel examen clinique. Le patient se sent à nouveau douloureux comme à son entrée. Pas de trouble de la conscience mais...

<b>FC</b>	<b>PA</b>	<b>SpO2 en AA</b>	<b>FR</b>	<b>T°</b>	<b>Douleur</b>
<b>102</b>	<b>146/85</b>	<b>99</b>	<b>23</b>	<b>39,6</b>	<b>9/10</b>

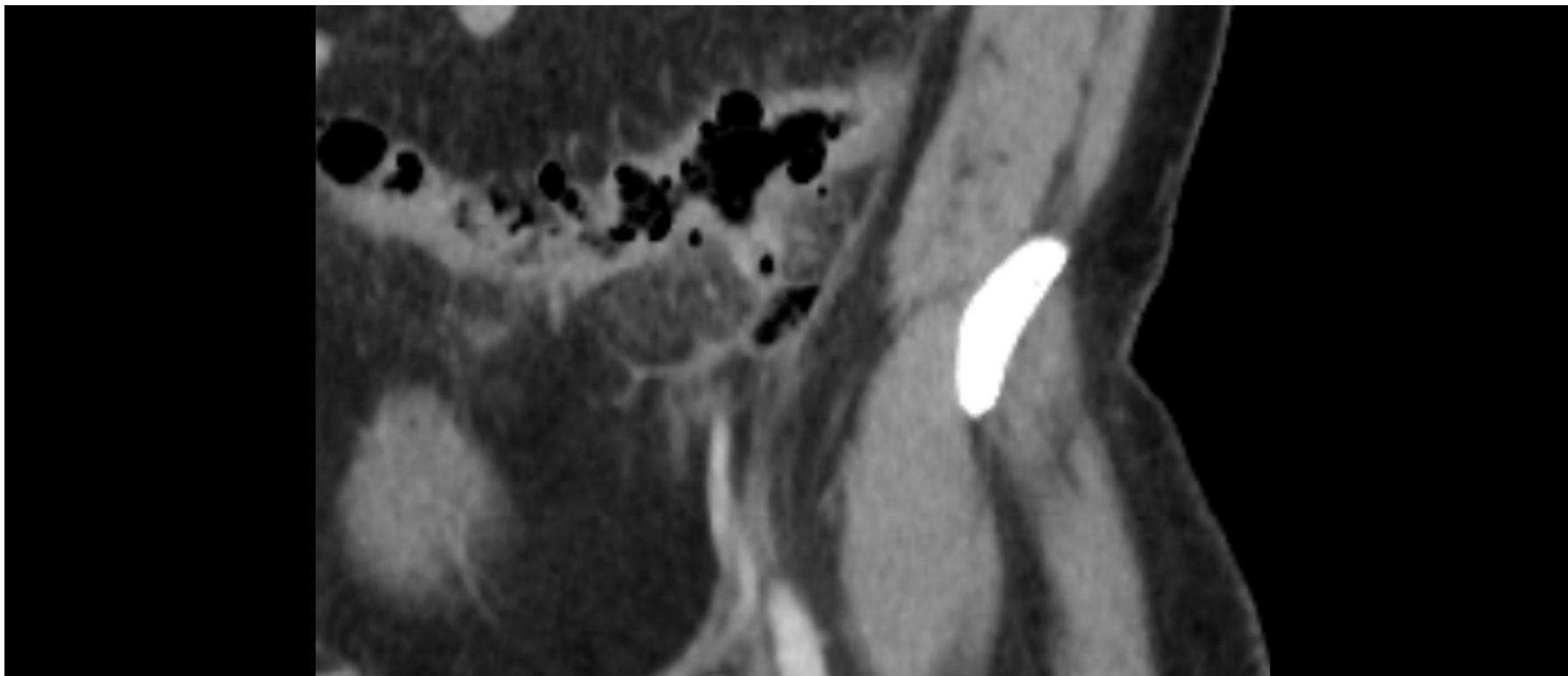
**qSOFA à 1**

**À l'examen clinique** : défense en fosse iliaque gauche.

→ **Abdomen aigu chirurgical**

→ **Nécessité d'une 2e titration morphinique et imagerie en urgence**

TDM abdominal



Coupe frontale







COUPE TRANSVERSALE



**COUPE TRANSERVSALE**

## TDM abdominal : diagnostic radiologique

Sigmoïdite perforée (avec pneumopéritoine) et probable péritonite locale stercorale.

→ PEC au bloc opératoire par chirurgien de garde.

## Suite et fin de la prise en charge

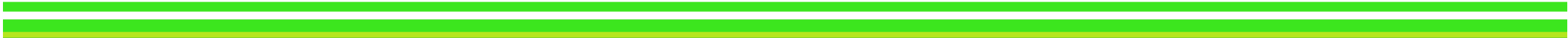
Chirurgie sous laparotomie : confirme le diagnostic sur perforation du sigmoïde d'origine diverticulaire.

Sigmoïdectomie avec rétablissement de continuité dans le même temps.

Le 1er bilan biologique post-op montrait un syndrome inflammatoire biologique avec une **CRP à 230** et une **leucocytose à 13 G/L**.

Les suites sont sans problème avec une évolution favorable sous **AUGMENTIN** et débouche sur une sortie à J7 avec suivi.

# DISCUSSION



## Quelques questions...

**P**eut-on utiliser la morphine sans risque sur les douleurs abdominales aiguës ?

**L'**utilisation de la morphine pour soulager une douleur abdominale aiguë est t-il un critère pour entreprendre une imagerie en urgence ?

**Q**uelle est la place de l'imagerie d'urgence dans les douleurs abdominales aiguës ?

# Morphine et douleur abdominale aiguë

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Analgesia in patients with acute abdominal pain

Review Intervention

Carlos Manterola [✉](#), Manuel Vial, Javier Moraga, Paula Astudillo

First published: 19 January 2011

Plusieurs études ont montré que le mythe de l'utilisation des opiacés dans la douleur abdominale aiguë est un... mythe et non humain.

Le soulagement de la douleur est et doit rester une priorité aux urgences.

L'utilisation de la morphine n'entrave pas la recherche diagnostique et ne masque pas les signes clinico-biologiques utiles à celle-ci.

À toujours confronter avec les signes cliniques et la biologie ainsi que le terrain du patient.

Avec le recul et l'expérience du praticien, l'utilisation de la morphine oriente cependant vers l'utilisation systématique d'une imagerie.

# Imagerie et douleur abdominale aiguë

## Suspicion de cholecystite :

-> **échographie** en 1ère intention puis scanner

## Suspicion de syndrome occlusif :

-> **scanner injecté**, plus de reco pour l'ASP

## Suspicion d'ulcère gastro-duodenal :

-> **scanner** si perforation suspectée

## Douleur abdominale unilatérale irradiant dans les lombaires :

-> suspicion de colique néphrétique ; chez le patient hyperalgique, rein unique ou fièvre, **échographie ou scanner**

## Suspicion de pancréatite aiguë :

-> **imagerie si doute sur la clinique + lipase**.  
Scanner à 48/72h pour évaluation du pronostic

## Suspicion d'appendicite

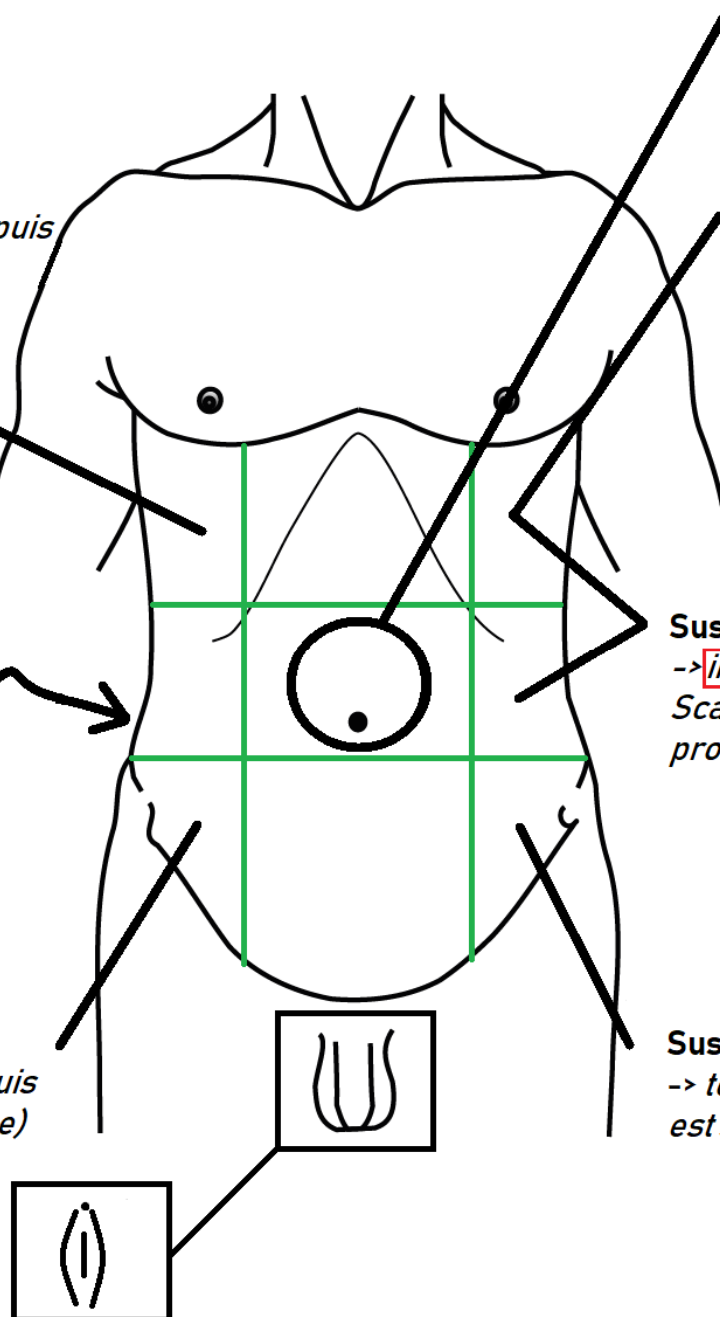
-> **échographie** en 1ère intention puis scanner (IRM chez femme enceinte)

## Suspicion de diverticulite sigmoïdienne :

-> toujours une imagerie quand le diagnostic est suspecté ; **scanner injecté**

## Chez femme, suspicion de GEU :

-> **échographie +++**





## **Bibliographie**

**Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16953529>

**Analgesia in patients with acute abdominal pain.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249672>

*Pathologies abdomino-pelviennes / SFMU et SFR*

*Abrégé d'hépatogastro-entérologie et de chirurgie digestive par la CDU-HGE*

*Indication de l'ASP / HAS 2009*