



Chapitre 89

La douleur abdominale

J. GRYSON

1. Introduction

« Thème du jour : Douleur abdominale !!! ». Phrase fréquemment entendue dans un service d'urgences. En effet, la douleur abdominale représente 4 à 10 % des motifs d'entrées aux urgences. 18 à 42 % des personnes qui se présentent pour douleur abdominale bénéficieront d'une hospitalisation.

1.1. Définition

Les douleurs abdominales sont un motif de consultation fréquent. Il s'agit d'une sensation de malaise, de détresse ou d'agonie dans la région abdominale, généralement liées aux désordres, aux dommages de tissu (organique) ou des maladies fonctionnelles.

Les douleurs abdominales peuvent être aiguës (inférieures à 7 jours), d'installations récente ou chronique (supérieures à 3 mois) spontanées ou provoquées.

1.2. Étiologies

Les données précédentes représentent spécifiquement les organes de la région abdominale. Nous pouvons rajouter à ce tableau les douleurs épigastriques en lien avec les infarctus du myocarde (surtout postéro-inférieur), les douleurs abdominales diffuses tel que la gastro-entérite, la constipation, l'insuffisance rénale aiguë, la décompensation acidocétosique d'un diabétique.

Nous verrons dans un premier temps, l'importance et les signes cliniques et paracliniques de gravité à rechercher dès l'accueil par l'IOA. Ensuite, nous établirons l'importance de soulager précocement et rapidement la douleur. Pour

Correspondance : J. Gryson

Tableau 1 – Étiologies des douleurs abdominales.

DANS (douleur abdo non spécifique)	34 %
Appendicite	28 %
Cholécystite	9,5 %
Occlusion du grêle	4,1 %
Urgences gynécologiques	4 %
Pancréatite aiguë	2,9 %
Colique néphrétique	2,9 %
Ulcère perforé	2,5 %
Cancer complication	1,5 %
Diverticules	1,5 %

finir, nous préciserons les éléments de surveillance que l'IDE d'un service d'urgences doit connaître. L'IDE a une place centrale lors de la prise en charge de la douleur abdominale, dans chaque partie nous évoquerons son rôle.

2. Les signes cliniques et paracliniques de gravité à rechercher dès l'accueil

2.1. Définition générale

La douleur abdominale aiguë évolue dans la majorité des cas, en moins d'une semaine, elle peut être d'origine digestive, urologique ou vasculaire. Parfois, l'IDE ou le médecin peuvent tomber dans un piège diagnostique, car l'étiologie peut être thoracique, neurologique ou métabolique (1).

De manière générale, les douleurs abdominales se divisent en deux sous-groupes aux perspectives différentes :

- 80 % causes médicales ;
- 20 % causes digestives.

2.2. L'interrogatoire de l'IOA

Dès l'accueil, l'IDE doit impérativement utiliser ses 5 sens pour questionner son patient :

- **la vue** : approche globale et évaluation rapide de l'état hémodynamique (patient éveillé, debout, rose, ... et souriant vs patient couché, pâle avec des marbrures et cyanose et extrémités, patient cerné, teint grisâtre) ;

- **l'ouïe** : l'anamnèse (analyse du terrain) c'est la boussole de l'IOA qui lui indique dans près de 80 % des cas la bonne orientation du patient ;
- **le toucher** : toucher le patient permet de déterminer si le patient est moite, froid, en sueur, hyperthermique. Une main sur le ventre guide vers une clinique de ventre de bois (2) ;
- **« goût et odorat »** : l'haleine fécaloïde de l'occlusion.

Où avez-vous mal ?

L'IDE recherche rapidement la localisation de la douleur afin d'orienter ses questions. Cf. schéma des cadrans abdominaux.

Comment décririez-vous votre douleur ?

L'IDE tente d'établir les caractéristiques de la douleur. Cf. Caractéristiques de la douleur.

Avez-vous des antécédents chirurgicaux ou médicaux ?

L'IDE recherche la notion d'une chirurgie abdominale, une maladie chronique. Ou de découverte récente.

Avez-vous d'autres symptômes ?

L'IDE doit s'enquérir des vomissements, diarrhée, hématurie, signes fonctionnels urinaires, méléna, retard de transit, dyspnée, douleurs dans les épaules...

Avez-vous déjà présenté ce type de douleur ?

L'IDE recherche un diagnostic évident, connu par le patient. Ex : Anévrisme de l'aorte, constipation, colique néphrétique.

2.3. Y a-t-il des signes de gravité immédiats ?

À rechercher dès l'accueil :

Rôle IOA +++ qui permet de trier les patients en fonction de l'urgence avec laquelle ils doivent être pris en charge. Il faut toujours avoir en tête les pathologies gravissimes pour pouvoir les écarter facilement et surtout ne pas les méconnaître.

- Troubles de la conscience.
- Défaillance hémodynamique aiguë, voire état de choc :
 - PAM < 65 mmHg ;
 - marbrures et note leur niveau ;
 - tachycardie > 120 bpm voire bradycardie si état de choc avancé ;
 - cyanose des extrémités ;
 - écart tensionnel entre les 2 membres supérieurs ;
 - retentissement respiratoire (SaO₂, polypnée).

- Signe d'anémie sévère :
 - pâleur cutanée ;
 - décoloration conjonctivale ;
 - hémocue® inférieur à 8 g/dl ;
 - hémorragie extériorisée.
- Ventre de bois à la palpation abdominale.
- EVA supérieure à 6 malgré antalgiques pris au domicile.
 - La douleur irradiant dans l'épaule (hématome hépatique ou splénique).
 - La douleur à la moindre mobilisation du lit témoignant d'un épanchement intra-abdominal.
- Les critères de gravité liés au terrain :
 - la jeune femme (toujours penser à GEU si retard de règles, absence de contraception, désir de grossesse) ;
 - chez la femme enceinte, mesure rapide de pression artérielle afin d'éliminer la prééclampsie et l'éclampsie ;
 - la personne âgée (les signes cliniques de gravité s'estompent, péritonite asthénique) :
 - 2/3 des patients > 65 ans seront hospitalisés dont 40 % opérés (3) ;
 - « catastrophe vasculaire ».
 - l'immunodéprimé (3) ;
 - l'opéré récent (3).

2.4. Localisation et caractérisation de la douleur

- 9 cadrans
- 9 caractéristiques
de la douleur

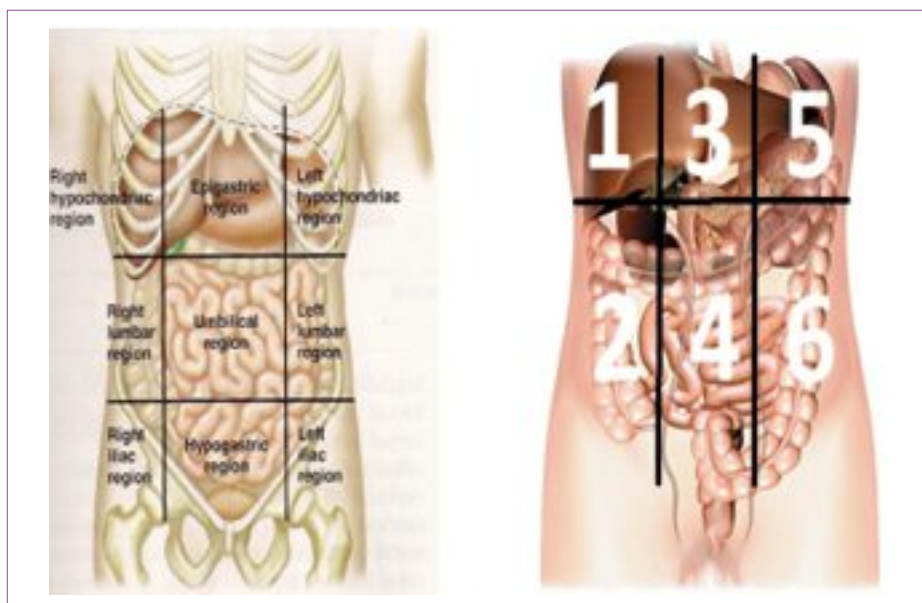
2.4.1. Localisation de la douleur en vue d'une aide au diagnostique

- 9 cadrans.

Pour cet exposé, nous diviserons nos cadrans abdominaux en 6 parties.

Douleur abdominale diffuse :

- Péritonite : Inflammation du péritoine, pathologie grave entraînant une contracture abdominale. Vomissements et fièvre y sont souvent associés. Les étiologies sont multiples : appendicite perforée, sigmoïdite perforée, ulcère



gastroduodéal perforé.

Spécifiquement la douleur est accentuée à la moindre mobilisation.

– Syndrome occlusif : « malade qui pète n'est pas mort» (4).

Arrêt complet des matières **et des gaz** dans un segment de l'intestin. L'occlusion peut avoir une cause mécanique (obstruction, strangulation), fonctionnel (fécalome) ou mixte. Cette occlusion peut intervenir sur le côlon ou l'intestin grêle (4,1 % des motifs d'entrée pour douleur abdominale).

2.4.1.1. Hypochondre droit

• Foie et vésicule biliaire

– Colique hépatique : deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La douleur correspond à la mobilisation des calculs, avec obstacle mécanique passager (distension des voies biliaires et contraction de la vésicule) (7).

La douleur est caractérisée par un début brutal, irradiation antéropostérieure et des renforcements paroxystiques.

– Cholécystite : infection de la vésicule biliaire et de son contenu. La douleur est intense et d'apparition progressive, accompagnée d'hypothermie (9,5 % des motifs de consultation pour douleur abdominale).

– Foie cardiaque : insuffisance cardiaque aiguë droite avec augmentation des pressions veineuses en amont (veines sus-hépatiques), pouvant conduire à une hépatomégalie douloureuse.

– Périhépatite à Chlamydia : (syndrome de Fitz Hugh Curtis) uniquement chez la femme. Douleur hypochondre droit sur migration bactérienne (IST).

- *Côlon*

- Appendicite rétrocæcale : appendicite de localisation atypique, douleur sourde et permanente, fébricule, psoïtis présent. Fosse iliaque droite libre.
- Diverticulite côlon droit : hernie de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers la paroi musculaire. Le diverticule colique est dans 95 % des cas sigmoïdien. Le diverticule n'est symptomatique que s'il est compliqué. (1,5 % des motifs de consultation pour douleur abdominale). Caractérisé par douleur aiguë paroxystique, fièvre et trouble du transit.
- Obstacle en aval : tumeur, constipation, fécalome, occlusion digestive.

- *Poumons et plèvre* : « le poumon souffre, le ventre parle ». *Pneumopathie, épanchement pleural, embolie pulmonaire.*

- *Rein-voies urinaires*

- Colique néphrétique : présence d'un ou plusieurs calculs dans les voies excrétrices urinaires (2 à 3 % de la population française, 2,9 % des consultations pour douleur abdominale). Caractérisée par une douleur intense de type frénétique, décrite souvent comme la pathologie la plus douloureuse existante.
- Pyélonéphrite : Inflammation aiguë de l'épithélium urinaire pyélocaliciel et du parenchyme rénal adjacent, d'origine bactérienne. Chez l'homme, elle s'accompagne toujours d'une prostatite (même infraclinique). Les signes urinaires sont peu fréquents.
- Infarctus rénal : obstruction brutale des artères rénales avec ischémie rénale douloureuse.

2.4.1.2. Flanc et fosse iliaque droite

- *Digestif*

- Appendicite : inflammation de l'appendice. Caractérisé par un fébricule, une douleur provoquée en FID et/ou défense à la palpation du Mac Burney et un psoïtis.
- Iléite terminale : fréquemment associée à la maladie de Crohn.
- Diverticulite : cf. hypochondre droit
- Tumeur cæcale : cancer du côlon. Caractérisée fréquemment par une alternance de diarrhée et de constipation, pas de fièvre, AEG.

- *Rein-voies urinaires* :

Colique néphrétique, pyélonéphrite : cf. Hypochondre droit.

- *Gynécologie*

- GEU : grossesse se développant hors de l'utérus. Pronostic vital engagé, urgences chirurgicales dans sa forme rompue. À évoquer devant toute douleur chez la femme en âge de procréer.
- Salpingite : infection de la trompe de Fallope. Fréquemment bilatérale.

- Pyosalpinx : abcès de la trompe de Fallope. Fréquemment bilatérale.
- Torsion ovarienne : autour de son pédicule qui le relie à l’utérus. Douleur non spécifique.
- Ovulation douloureuse : en milieu de cycle, rupture d’un corps jaune.
- *Discopathies dégénératives, pathologies vertébrales : cf. Divers*

2.4.1.3. Épigastrique

- *Tube digestif*
 - Ulcère gastrique ou duodénal : perte de substance détruisant la paroi gastrique ou duodénale jusqu’à la musculuse comprise. Dans 50 % des cas, la douleur est typique : épigastrique à type de crampe rythmée par les repas (survenant 1 à 4 h après les repas, et calmé par l’alimentation), et périodique (quelques jours à quelques semaines et cesse pendant un temps avant de revenir).
 - Gastrite : maladie inflammatoire de la paroi de l’estomac.
 - Pancréatite aiguë : pathologie grave, d’étiologie à 60 % biliaire et à 40 % alcoolique. Atteinte inflammatoire de la glande pancréatique. Douleur d’apparition brutale de siège épigastrique en barre avec irradiation postérieure et vers l’épaule gauche (5).
 - Migration lithiasique-cholecystite : cf. hypochondre droit.
- *Cœur-vasseaux*
 - Infarctus SCA : la douleur épigastrique impose l’ECG.
 - Péricardite : infection virale ou bactérienne du péricarde.
 - Dissection aortique : urgence diagnostique et potentiellement chirurgicale : irruption de sang dans la paroi aortique.
 - Infarctus mésentérique : cf. zone ombilicale
- *Autres : angoisse (diagnostic élimination)*

2.4.1.4. Zone ombilicale et hypogastre

- *Digestif :*
 - Pancréatite : cf. épigastrique.
 - Appendicite : cf. FID.
 - Sigmoïdite : cf. FG et FIG.
 - Douleurs coliques : constipation, fécalome.
- *Cœur-vasseaux :*
 - Rupture anévrysme : urgence chirurgicale, dilatation et rupture de l’aorte dans sa portion abdominale. Rare avant 60 ans.
 - Infarctus mésentérique : présence d’une obstruction artérielle ou veineuse de la circulation mésentérique. Douleur abdominale sévère, début brutal, nausées, vomissements, diarrhée initiale.

- *Gynéco : cf. FD et FID*
- Menstruation : période de règles.
- *Voies urinaires :*
- Globe vésical : rétention aiguë d'urine. Possibilité de confusion associée chez le sujet âgé.
- Cystite : inflammation virale ou bactérienne de la paroi vésicale. Dysurie et pollakiurie sont au premier plan.

2.4.1.5. Hypochondre gauche

- *Pancréas*
- Pancréatite caudale : cf. épigastre.
- Tumeur : cf. épigastre.
- *Côlon*
- Diverticulite sigmoïdienne : cf. Fosse iliaque Gauche. FIG.
- *Rein-voies urinaires : cf. FD et FID*

> *Rate*

- Rupture : posttraumatisme. Diagnostic difficile et parfois retardé. Risque de choc hémorragique.
- Infarctus splénique, abcès : caractérisé par une douleur du flanc et basithoracique gauche, fièvre souvent présente.

> *Poumons et plèvre*

- Pneumopathie : cf. Hypochondre droit.
- Pathologie pleurale : cf. Hypochondre droit.

2.4.1.6. Flanc gauche et fosse iliaque gauche

> *Côlon*

- Diverticulite colique-sigmoïdienne : cf. hypochondre droit.
- Sigmoïdite : inflammation d'un ou de plusieurs diverticules.
- Colite ischémique : anoxie d'origine circulatoire de la paroi colique. Douleur à type de crampes, diarrhée 60 % des cas, hémorragique 80 % des cas (6).

> *Rein-voies urinaires cf. FD et FID.*

> *Gynéco cf. FD et FID.*

2.4.1.7. Divers

Fosses lombaires : irradiation des discopathies dégénératives, des sciatalgies.

Endocrinologie : insuffisance surrénalienne aiguë. Hypoglycémie, décompensation acido-cétosique, insuffisance rénale aiguë.

Hématologie : hémolyse, crise drépanocytaire.

Autre : virose, maladie périodique, paludisme, saturnisme.

2.4.2. Les 9 caractéristiques de la douleur

- Type de la douleur (8) :
 - les douleurs fonctionnelles (très fréquentes dans les pathologies abdominales) ont une intensité modérée, varient dans leur topographie et donnent aux malades de longues périodes d'accalmie ;
 - les douleurs d'origine organique sont le plus souvent très intenses, de type paroxystique sans rémission, évoluent depuis plusieurs heures et sont plutôt fixes dans leur topographie ;
 - la douleur peut être à type de brûlure, crampes, torsion, compressive, coups de couteau.
- L'irradiation : propagation de la sensation douloureuse au-delà de son point de départ (en bretelle, hémi-ceinture, vers les organes génitaux externes...).
- Les facteurs déclenchants et apaisants : la douleur peut être déclenchée ou calmée par les repas, posttraumatique, atténuée après les vomissements ou les selles.
- L'intensité : d'emblée maximale ou d'apparition progressive, calmée par les antalgiques ou non. Continue ou intermittente.
- L'horaire : per prandial, postprandial, nocturne, diurne.
- La durée : minutes, heures, jours, semaines...
- Les signes accompagnateurs : nausées, vomissements, SFU.
- L'évolution, la périodicité : aiguë ou chronique.

2.5. Les pathologies graves !

L'IDE face à une douleur abdominale devra impérativement être vigilant sur de nombreux détails pour affiner sa prise en charge et orienter son patient. Chaque IDE doit impérativement se rappeler de trois pathologies mortelles à écarter le plus rapidement possible.

- infarctus du myocarde ;
- rupture de l'aorte abdominale ;
- grossesse extra-utérine.

3. Importance de l'analgésie en urgence

S'il ne vient plus à l'esprit de quiconque, urgentiste ou spécialiste d'organe concerné de mettre en cause la nécessité d'analgésier précocement un patient traumatisé ou un patient présentant une douleur thoracique non traumatique, la question de savoir s'il est licite de calmer les douleurs abdominales en urgence semble, pour certain, toujours d'actualité.

3.1. Un mythe ?

« L'analgésie ne doit pas être donnée aux patients, venant avec une DA aux urgences car elle obscurcit le diagnostic. »

Les études faites (opioïde/placebo) mettent en évidence la supériorité du traitement opioïde pour calmer les douleurs et l'absence de majoration d'erreur diagnostique chez les patients correctement analgésiés. De même, elles évoquent une absence d'évolution péjorative chez les patients correctement analgésiés (9).

3.2. Nos moyens

Les moyens pharmaceutiques : paracétamol, néfopam, tramadol, chlorydrate de morphine, AINS si absence de sepsis.

La rapidité de la mise en œuvre et de l'efficacité du traitement antalgique conditionne la qualité de la prise en charge. En effet, un patient peu ou pas douloureux est plus facilement interrogeable, examinable, transportable (scanner, écho).

La rapidité de prise en charge est conditionnée par l'existence de protocoles de service quant à la délivrance d'antalgique par l'IOA sans prescription médicale.

Le protocole doit mettre en exergue l'administration IV pour toute suspicion de pathologie chirurgicale.

Les moyens non pharmaceutiques : le rôle IDE sera encore une fois primordial. L'écoute des plaintes du patient aura pour bénéfice un patient plus calme car il se sentira compris. Les conseils et gestes de l'IDE peuvent diminuer la douleur du patient :

Ex. : surélever les jambes, position fœtale, demi-assis, oreiller...

Respecter la position antalgique adoptée par le patient. Ne pas mobiliser le patient inutilement.

4. Éléments de surveillance

Lors de la prise en charge de la douleur abdominale, il sera important que le médecin répète ses examens cliniques. En effet, l'évolution de certaines pathologies peut être lente ou au contraire s'aggraver rapidement. L'IDE qui revoit plus régulièrement le patient, sera un acteur majeur de la surveillance. La surveillance IDE est complémentaire, à la réévaluation médicale.

Une surveillance de l'hémodynamique prévient de l'apparition des signes de gravité.

Une surveillance de l'efficacité des antalgiques et de leurs effets secondaires est prépondérante pour le suivi du patient.

En conséquence, l'IDE des urgences a un rôle primordial :

– prise en charge globale du patient ;

- accueil, interrogatoire et installation par IOA ;
 - tri selon la gravité et orientation rapide du patient présentant des signes de gravité ;
 - adaptation du motif de consultation inscrit par l'IOA ;
 - accueil du patient dans le secteur d'aval ;
 - aide à l'élaboration de l'examen clinique (dossier, TR, mobilisation du patient) ;
 - préparation et administration des traitements ;
 - prélèvements biologiques ;
 - surveillance régulière du patient en fonction des signes associés (vomissements, nausées, diarrhées, hémorragies gynécologiques, hématoméses...), et des signes de gravité (hémodynamique, conscience...) ;
 - alerte et redirige un patient en cas d'aggravation ;
- évaluation de l'efficacité du traitement (SNG, antalgie, pansements, sonde vésicale...) ;
 - récupération des examens de laboratoire ;
 - aide à la réalisation des examens complémentaires (ECG, scanner, radio) ;
 - interlocuteur privilégié médecin/patient ;
 - explications au patient/famille (pathologie, évolution dans le service, orientation) ;
 - orientation du patient et de son dossier posturgences.

5. Conclusion

En conclusion, on constate aisément que les douleurs abdominales aux urgences sont aussi fréquentes que diverses. Cet item est le parangon de la pathologie nécessitant dès l'arrivée l'expertise professionnelle de l'IOA.

De la simple constipation à la rupture d'anévrisme de l'aorte, l'abdomen touche de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales et reste une entité piégeuse.

Sans banaliser les pathologies dans le flux des entrées, l'infirmier organisateur de l'accueil pourra dès lors aider à orienter le patient dans la bonne filière d'urgence.

De la bonne maîtrise de la théorie à une volonté de pratique de qualité, l'infirmier d'accueil est la clef de voûte quant à la sécurité de prise en charge des douleurs abdominales aux urgences.

Références

1. Tableau 1 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës de l'adulte.
2. Item 195 B. Pradère, N. Carrère, M. Tubéry

3. Séminaire SFMU 2001 ; douleur abdominale non traumatique ; Critère clinique et paraclinique qui entraînent la consultation du chirurgien à l'accueil des urgences. Jean Hardwigsen, Service de Chirurgie Générale, Hôpital de La Conception, Marseille.
4. La douleur abdominale aiguë, le point de vue de l'urgentiste, D^r Pochet (CH Roubaix) JLARMU 2012.
5. Séminaire S.F.M.U. 2001 ; Douleurs abdominales non traumatiques ; Particularités des douleurs abdominales liées au terrain : Sujet âgé, séropositif, opéré récent. François BERTRAND, Service de Médecine Générale d'Urgence, Hôpital Saint-Roch NICE.
6. Urgences médicales ; Axel Ellrodt ; 5^e édition, ESTEM.
7. <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:P.Qua.jpg>
8. <http://hepatoweb.com/pdfaffichepratique/coliteischemieqepda.html>
9. Impact internat : hépato-gastro-entérologie.
10. Douleurs abdominales et lombaires aiguës de l'adulte. Item 195 B. Pradère, N. Carrière, M. Tubéry
11. Séminaire SFMU 2001 ; Douleur abdominale non traumatique ; Analgésie dans la prise en charge des douleurs abdominales, Ducassé J.L., Jean R., Sauné A., Cathala B. Pavillon Urgences et Réanimation ; CHU Purpan, Toulouse.