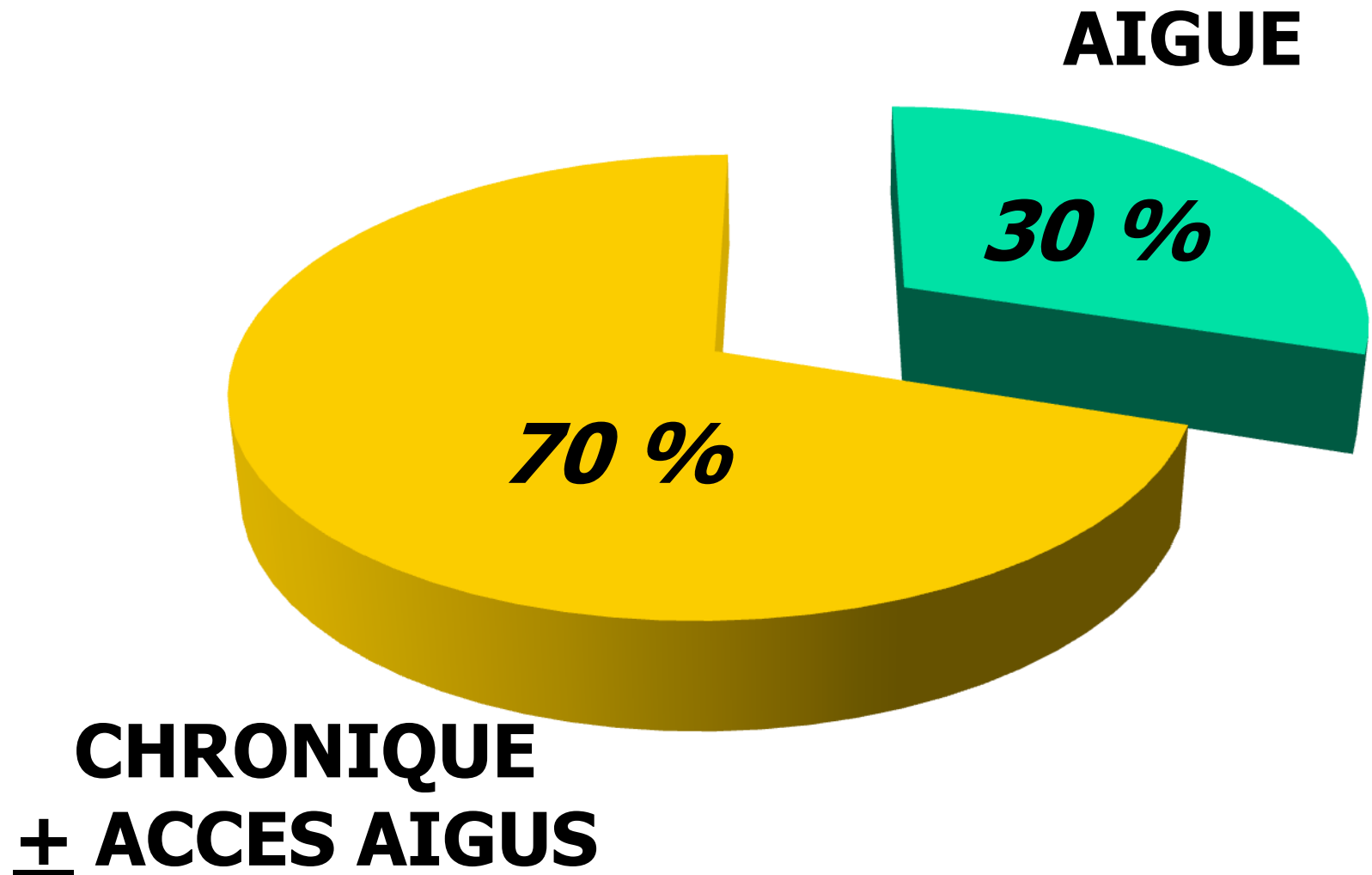


Approche clinique d'une douleur abdominale

Philippe DUCROTTE

ALGER 03 Mars 2011

Typologie de la douleur



Les Problématiques du clinicien

- ***Douleur aigue***

Identifier non seulement une urgence chirurgicale mais aussi certaines urgences médicales non digestives

- ***Douleur aigue ou chronique***

- **Douleur digestive ou non ?**

Eviter des investigations digestives inappropriées

- Si la douleur parait digestive

Douleur organique ou douleur fonctionnelle ?

Les urgences médicales non digestives

- Insuffisance surrénale aiguë
- Infarctus du myocarde
- Stéatose aiguë gravidique

- Porphyrie aiguë intermittente
- Déficit en G6PD
- Drépanocytose
- Œdème angioneurotique

2 %

Les arguments pour une douleur abdominale aiguë non digestive

- **Contraste habituel entre l'intensité de la douleur et la normalité de l'examen clinique**
- **Contexte dans lequel survient le douleur**
- **Signes associés non digestifs**

| | | | |
|---|---|---|--|
| Porphyrie aiguë intermittente | <ul style="list-style-type: none"> - Femme jeune (80%) - Médicaments : paracétamol, noramidopyrine, barbituriques, oestrogènes, - Alcool | <ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychologiques Mineurs : anxiété, irritabilité Majeurs : confusion, dépression, hallucination, délire. - Urines « porto » - Troubles neurologiques périphériques/centraux | <p>Dosage urinaire δALA : 5-10 X N PBG : 50-100 X N</p> |
| Déficit en G6PD (7.5% population mondiale) | <ul style="list-style-type: none"> - Fèves - Médicaments : acide, nalidixique, furadantine, ciprofloxacine, - Savons, caoutchouc, lotions au Henné | | <p>Spectrophotométrie de la G6PD (tube avec anticoagulant)</p> |
| Drépanocytose | <ul style="list-style-type: none"> - Sujet originaire d'Afrique subsaharienne, du Maghreb ou du sud de l'Europe - Variations thermiques - Voyage en avion | <ul style="list-style-type: none"> - Ulcères chroniques MI - Anémie hémolytique | <p>Electrophorèse de l'hémoglobine</p> |

Analyse de la douleur

Douleur évocatrice
(ex: douleur pancréatique)

Confirmation prospective ¹

Lien avec alimentation 70 %

Lien avec transit 30 %

1. Ragnarsson et al Eur J Gastroenterol 1998

Analyse de la douleur

Douleur évocatrice
(ex: douleur pancréatique)

Douleur non
caractéristique

Confirmation prospective ¹

Lien avec alimentation 70 %

Lien avec transit 30 %

1. Ragnarsson et al Eur J Gastroenterol 1998

**Douleur chronique
de topographie abdominale**



?

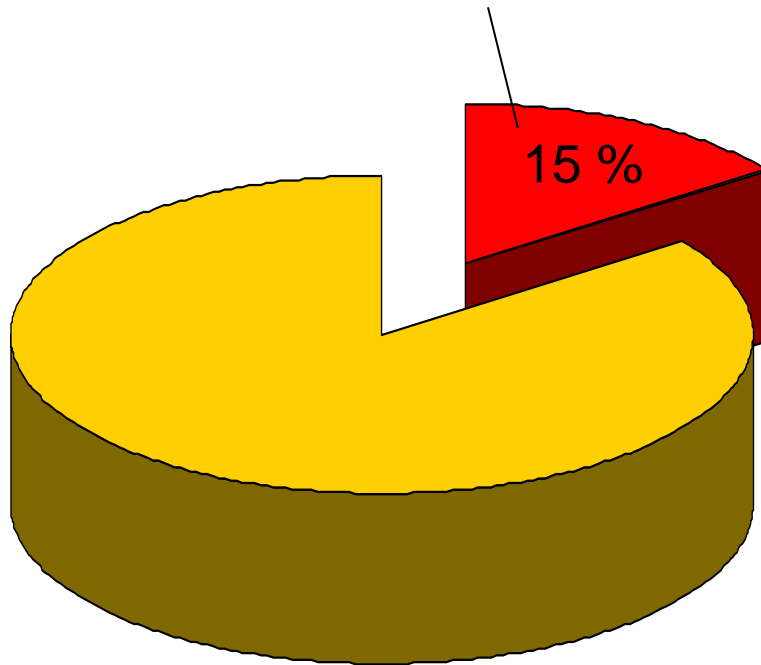


**Douleur
non viscérale
pariétale ou musculaire**

**Douleur
viscérale**

Douleur pariétale ?

DOULEUR PARIETALE



- Femmes /Hommes : 5/1
- Topographie
 - Hypochondre D : 60 %
 - FID /FIG: 5 - 30 %
- Délai avant le diagnostic:
25.3 \pm 46.3 mois
- Nombreux examens inutiles
- Traitement symptomatique :
Efficacité : 50 - 80 %

La sémiologie douloureuse a une valeur d'orientation

Douleur
viscérale

Douleur
somatique

Topographie

Mal localisée

Précise

Evolutivité

Extensive

Non extensive

Intensité

Sourde

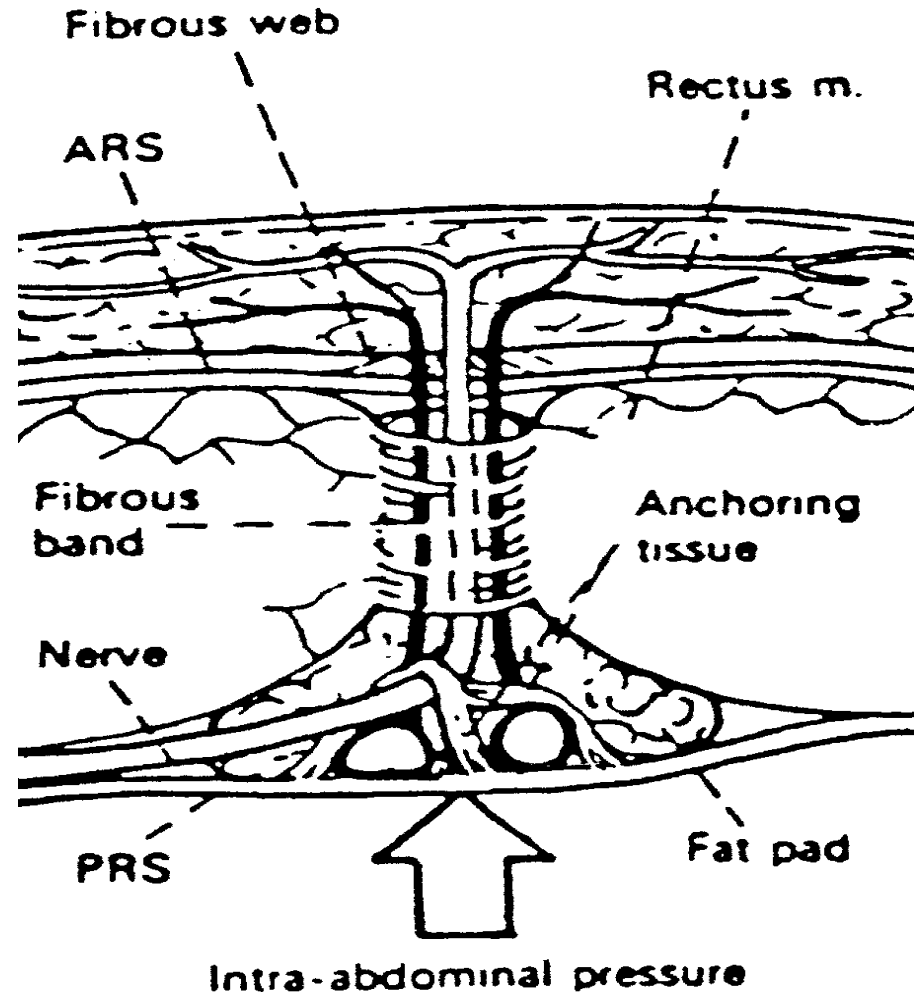
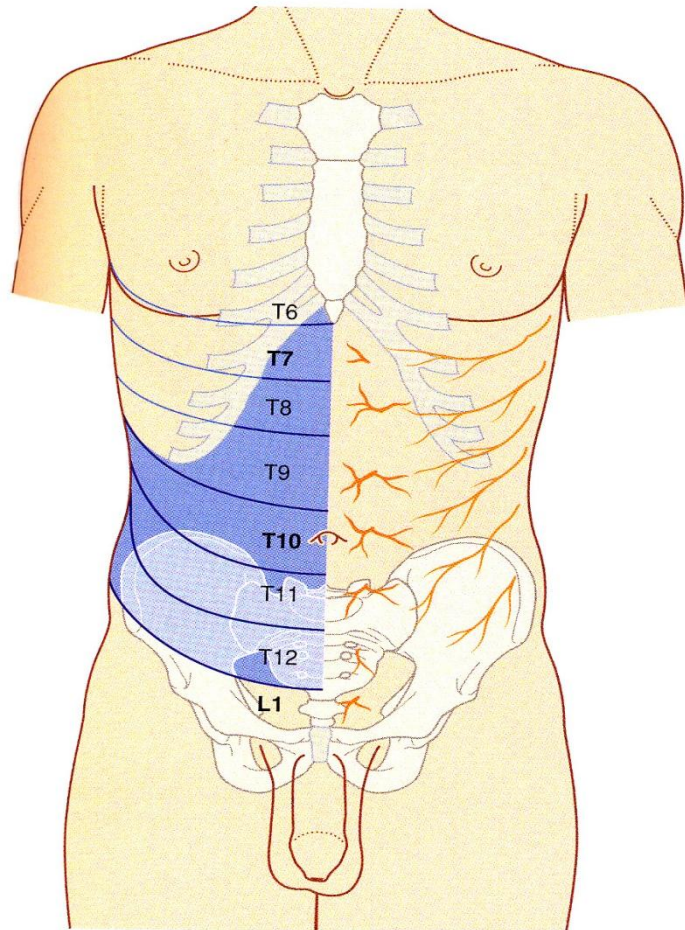
Acérée

Les causes possibles

- **Un conflit au niveau d'un nerf cutané abdominal**
- **Un syndrome myo-fascial**
- **Une douleur projetée d'origine vertébrale**

Conflit d'un nerf cutané abdominal

Srinivasan R Am J Gastroenterol 2002;97:824-30



Argument diagnostique : majoration de la douleur lors de la manœuvre de Carnett

Manœuvre de Carnett



La douleur augmente : argument pour une douleur pariétale

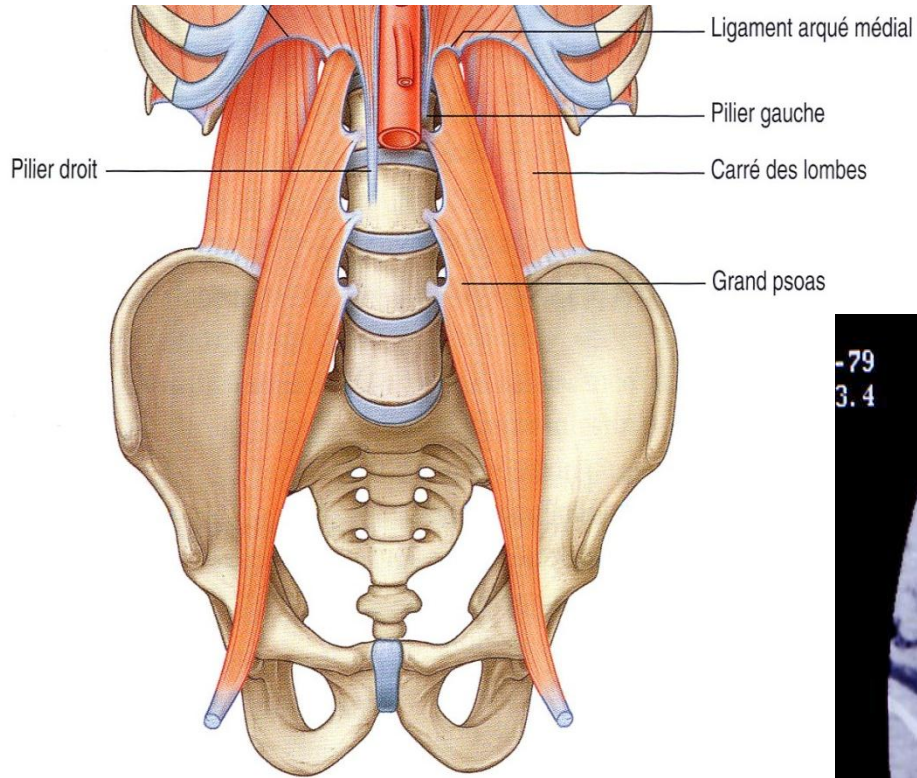
Syndrome myofascial : Critères diagnostiques

- Contraction musculaire localisée
- Reproduction de la douleur spontanée lors de la palpation musculaire
- Points « gachettes »
- Déficit musculaire

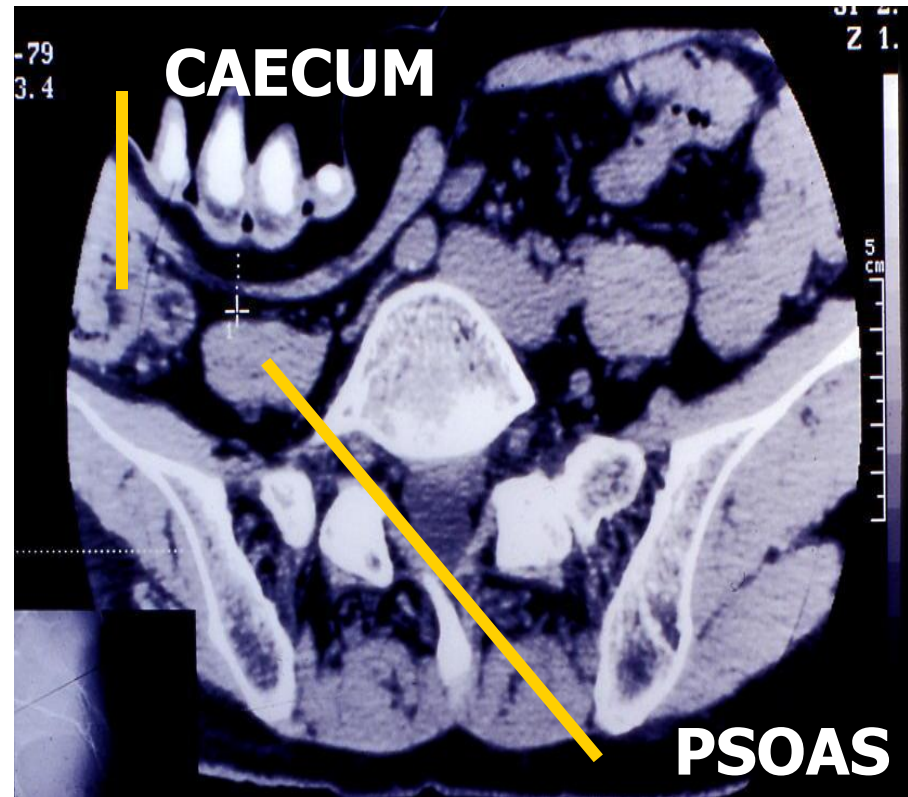
Rouen

78 patients adressés pour SII : syndrome myofascial dans 48 % des cas

***Cummings et al Best Pract Res Rheumatol 2007 ;
Lavelle et al Anesth Clin 2007***



CONTRACTURE DU PSOAS



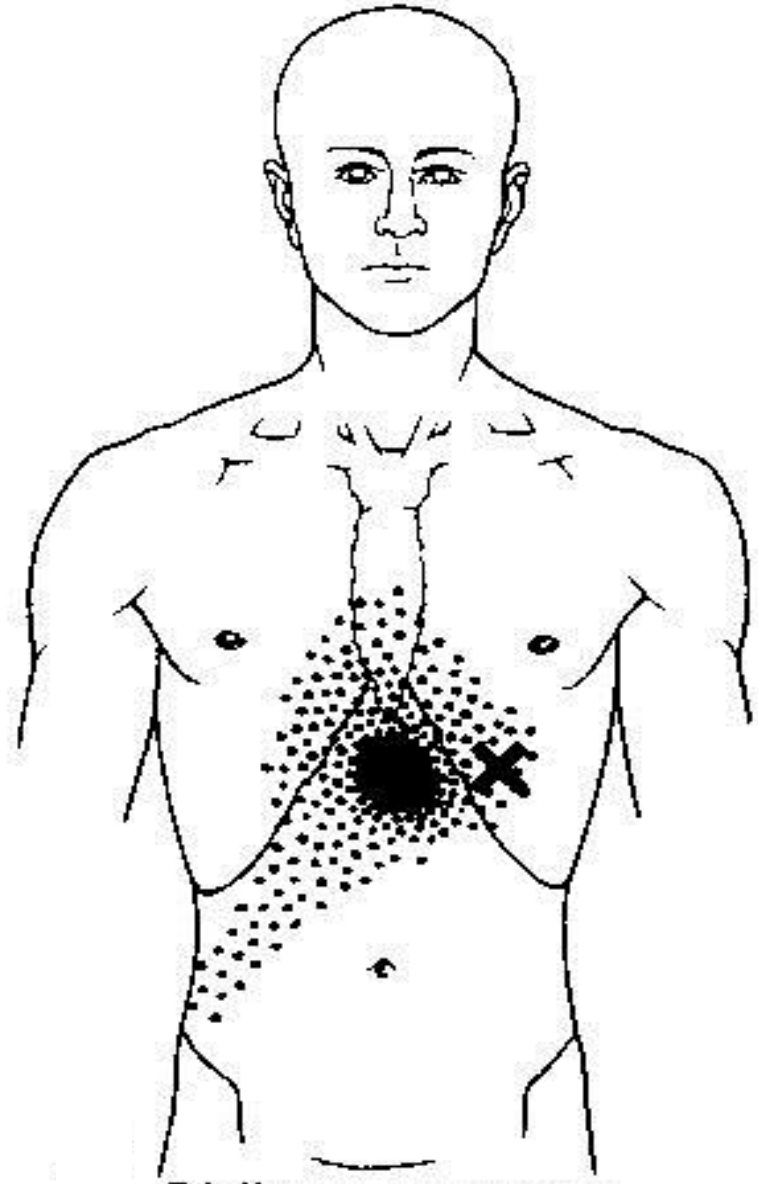
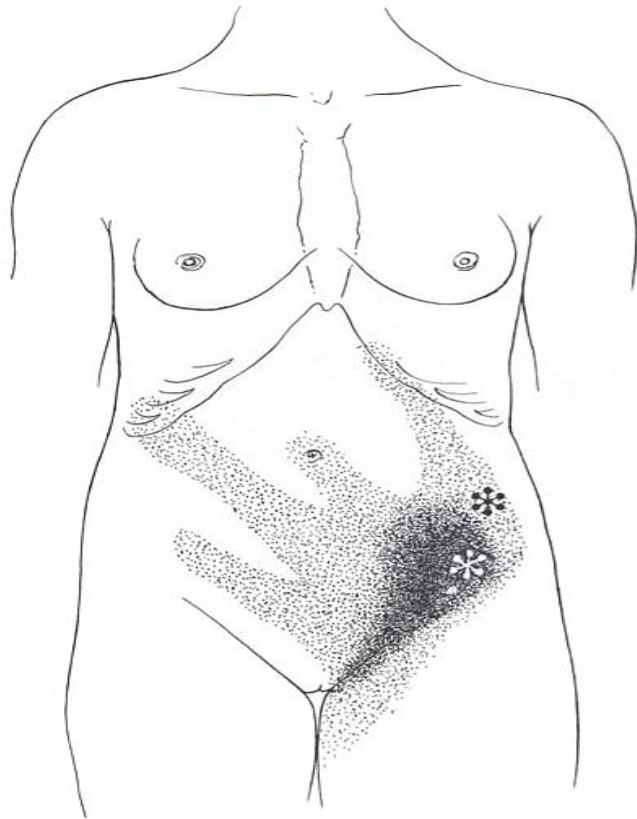
Douleur iliaque

Aggravée par l'effort de poussée

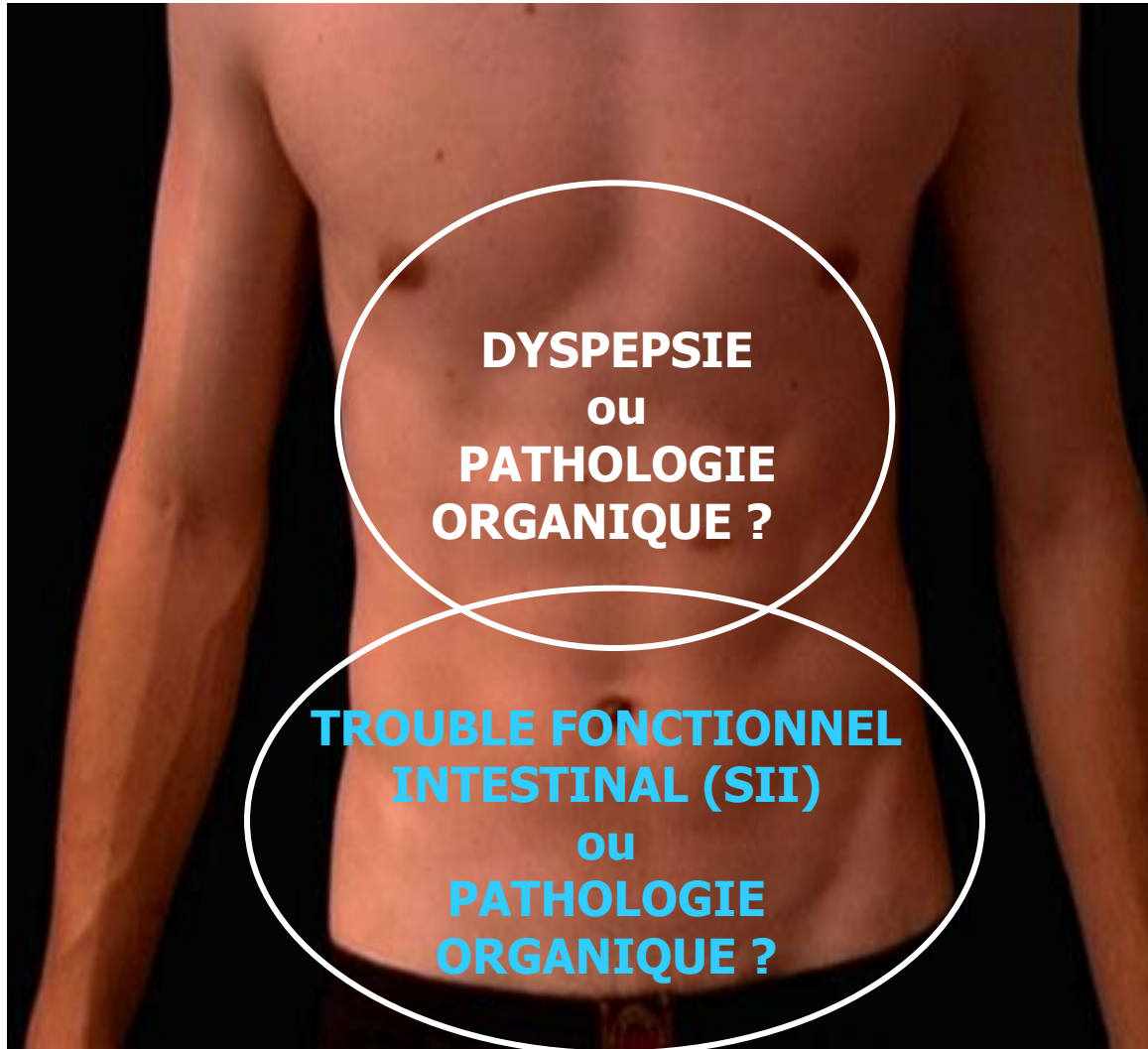
Améliorée par l'exonération



Syndrome myofascial du muscle oblique externe



Si la douleur oriente vers une pathologie viscérale : organique ou fonctionnelle ?



Dyspepsie fonctionnelle : critères diagnostiques

ROME III

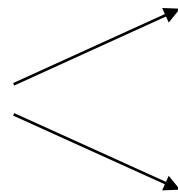
SYMPTOMES > 6 mois

- **“postprandial distress syndrome”**
inconfort/douleur épigastrique
déclenché(e) par les repas et sans lien
avec le transit
- **“epigastric pain syndrome”**
brûlure épigastrique sans lien avec les
repas

Douleur de la partie haute de l'abdomen : pathologie organique ou dyspepsie fonctionnelle ?

320 malades consécutifs

Bilan exhaustif prospectif



Pathologie organique
n = 250

Dyspepsie
n = 70

Symptômes d'alarme et Age > 45 ans :

**Pas de distinction entre
maladie organique et dyspepsie**

Valeur des symptômes d'alarme pour la distinction entre dyspepsie fonctionnelle et maladie organique

Amaigrissement, dysphagie, anémie
15 études – 57363 malades

| | |
|--------------------|------------------------------------|
| Sensibilité | 67 % (0 % - 83 %) |
|--------------------|------------------------------------|

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| Spécificité | 66 % (40 % - 98 %) |
|--------------------|-------------------------------------|

Les symptômes d'alarme ont une valeur prédictive limitée

***Vakil et al Gastroenterology 2006;131:390 ;
Moayyedi et al JAMA 2006;295:1566***

Critères diagnostiques de SII

ROME III

1. Typologie de la douleur (2 critères sur 3)

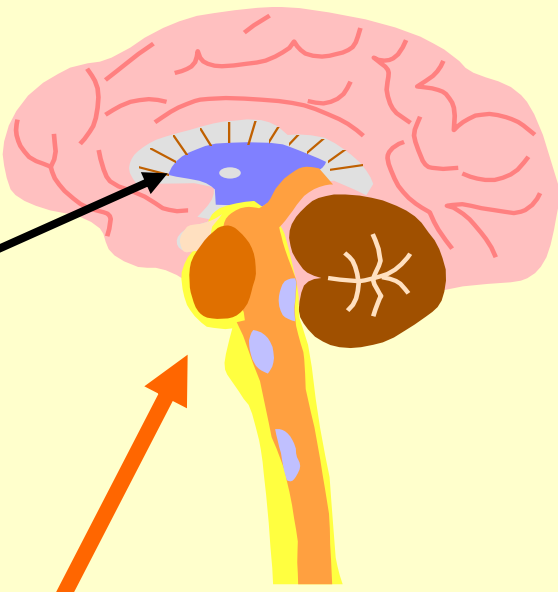
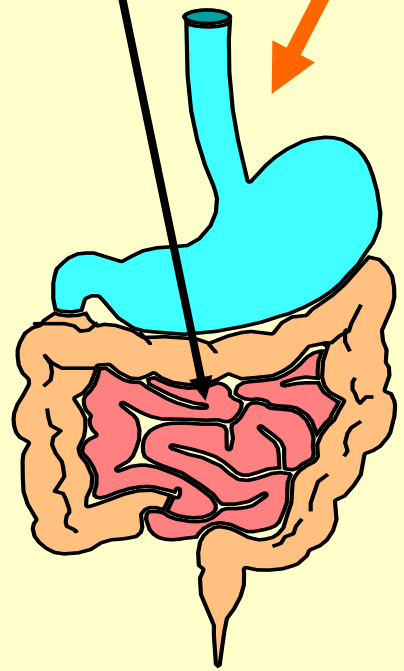
Douleurs abdominales

- améliorées par l'exonération
- avec changement de fréquence des selles
- avec changement de consistance des selles

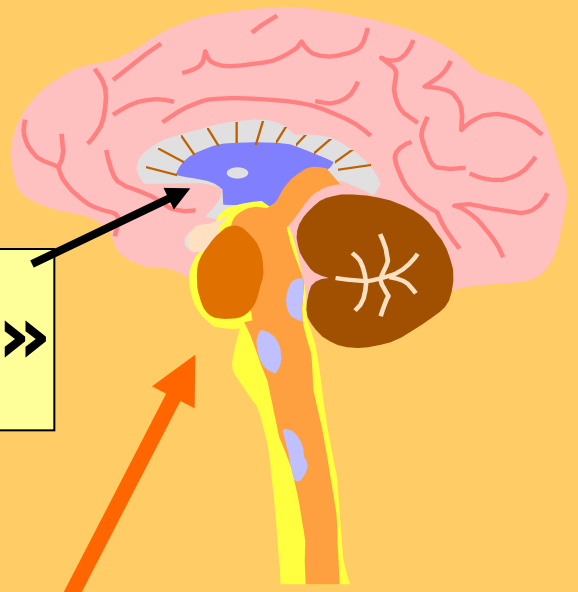
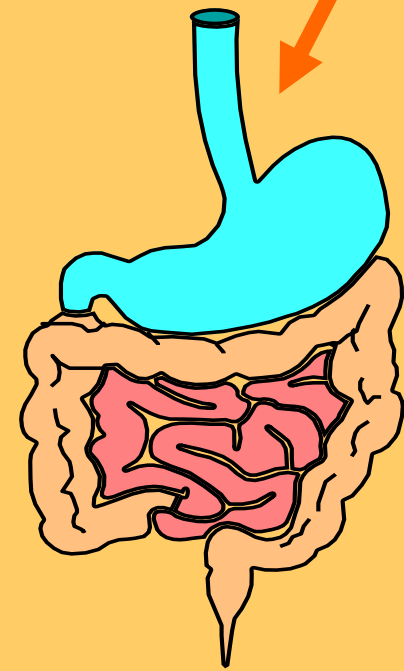
2. Durée d'évolution de la douleur

- Rome I : depuis 3 mois
- Rome II : 3 mois non nécessairement consécutifs sur 1 an
- **Rome III : ≥ 3 jours / mois au cours des 3 mois avec évolution des symptômes ≥ 6 mois**

SII

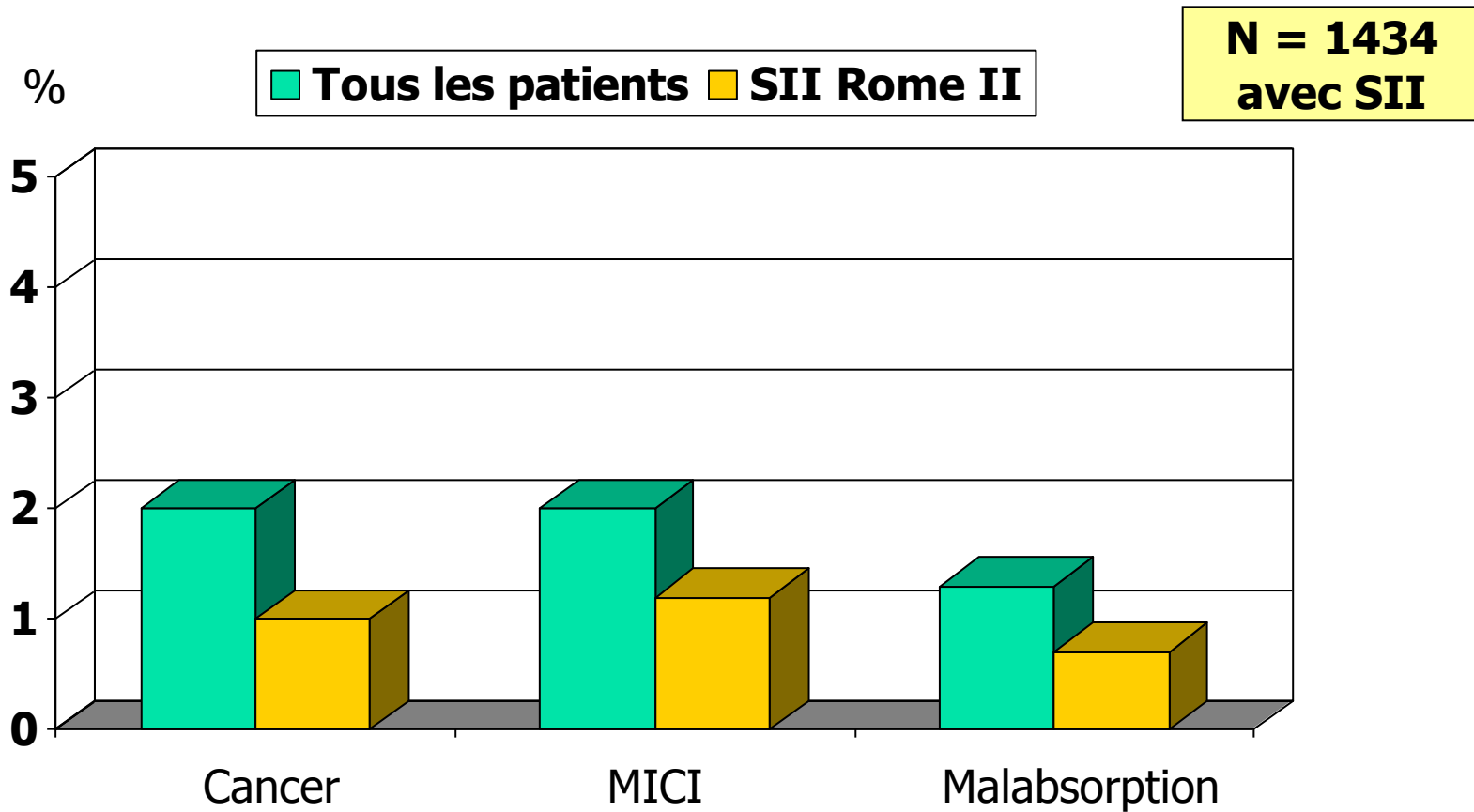


« FAPS »

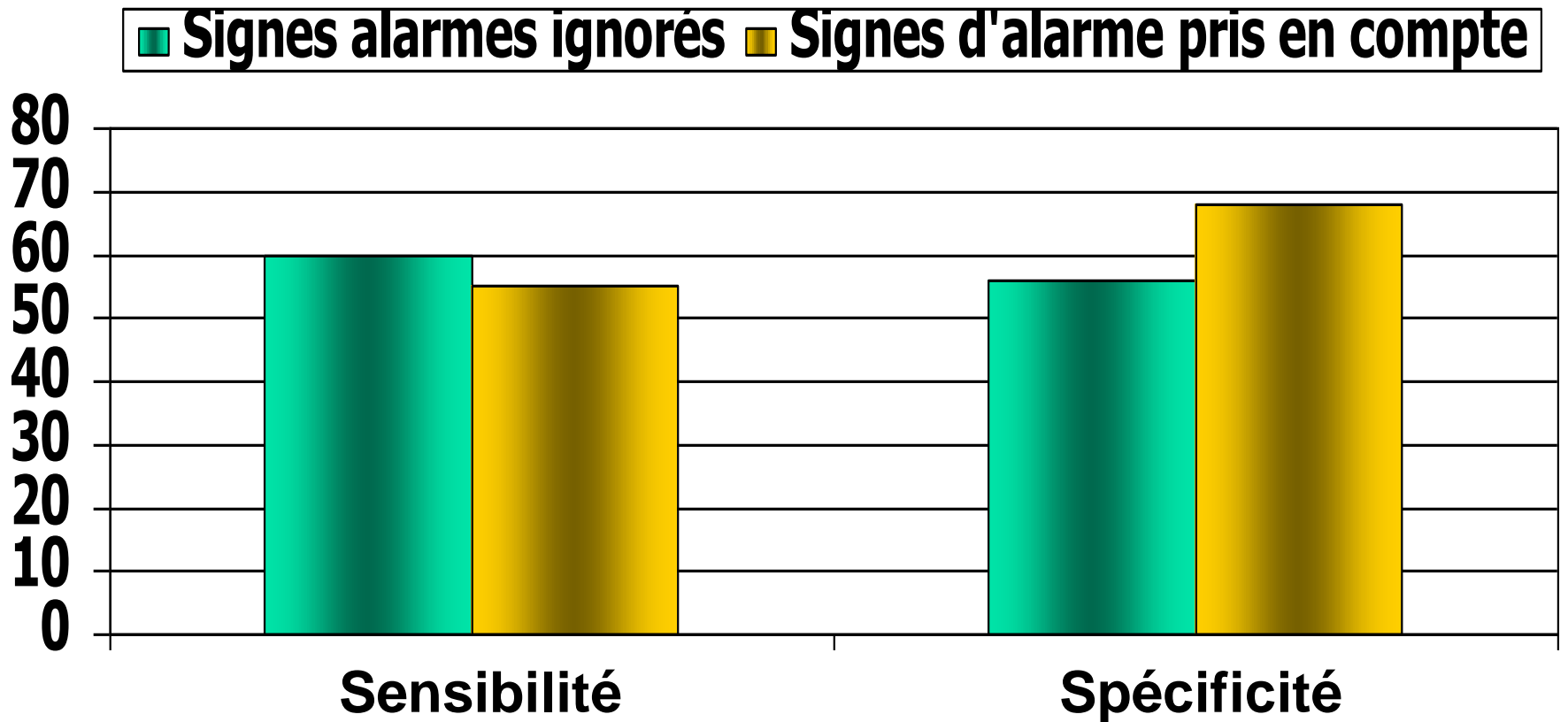


FAPS : « functional abdominal pain syndrome »

Fréquence de différentes pathologies organiques



Critères de Rome II : performances diagnostiques en tenant compte ou pas de l'existence ou de symptômes d'alarme



Gain dans concordance diagnostique : 5 %

Prévalence des signes d'alarme en cas de SII

| | | |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| DELVAUX¹ | (n=254) | 78 % |
| IVASHKIN² | (n=527) | 77 % |
| WHITEHEAD³ | (n=1434) | 84 % |

Le plus fréquent : existence de symptômes nocturnes

- 1. Delvaux et al Gastroenterology 2005,128 (suppl 2) : A 110**
- 2. Ivashkin et al Gut 2005; 54 (suppl 4) : A3**
- 3. Whitehead et al Aliment Pharmacol Ther 2006 ; 24 : 137-146**

Critères prédictifs pour une pathologie organique du TD bas ?

N = 568 (centre tertiaire)

Risque de pathologie organique

| | RR | IC 95 % | p |
|---------------------------|-------------|--------------------|--------------|
| Age > 50 ans | 2.96 | 1.47 – 5.94 | 0.002 |
| Sang sur le papier | 2.19 | 1.06 – 4.52 | 0.003 |

Hammer et al Gut 2004 ; 53 : 666-72

Critères prédictifs contre une pathologie organique du TD bas ?

N = 568 (centre tertiaire)

Risque de pathologie organique

| | RR | IC 95 % | p |
|--|-----------|----------------|----------|
| Sexe féminin | 0.43 | 0.22 – 0.86 | 0.001 |
| > 6 épisodes douloureux au cours de l'année précédente | 0.21 | 0.08 – 0.52 | 0.001 |
| Irradiation vers des territoires extra-abdominaux | 0.38 | 0.16-0.88 | 0.02 |
| Selles molles quand douleur | 0.47 | 0.23 – 0.96 | 0.04 |

Hammer et al Gut 2004 ; 53 : 666-72

Critères prédictifs pour une pathologie organique du TD bas ?

N = 568 (centre tertiaire)

INTENSITE DE LA DOULEUR

DOULEUR NOCTURNE

AMAIGRISSEMENT

ANOREXIE

AUCUNE VALEUR
D'ORIENTATION

Une coloscopie normale rassure-t-elle les malades ?

Spiegel BM Gastrointestinal Endosc 2005;62:892-9

N = 458 malades SII (âge : 18 – 49)

Malades (%) répondant non à
« Pensez vous que vous
êtes atteint d'une maladie grave ? »

69.3

67.2

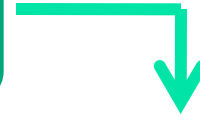
66.6

Coloscopie Nle
< 12 mois

Coloscopie Nle
> 12 mois

Pas de
coloscopie

Topographie sous ombilicale
Lien avec le transit :
Douleur plutôt intestinale



Organique
Altération de l'état général
Signes d'anémie
Sang dans les selles...

Coloscopie

Fonctionnelle
Douleur chronique
Sans altération de l'état général
Sans émission anormale dans les selles
Lien éventuel avec le stress ou les événements de vie

Depuis au moins 6 mois
Au moins 3 fois par mois depuis 3 mois

Et/ou Amélioration avec la défécation
Et/ou survenue associée avec un changement dans la fréquence des selles
Et/ou survenue associée avec un changement dans la consistance des selles



< 50 ans
Pas d'ATCD familial notable (cancer, MICI)
Pas de syndrome inflammatoire

> 50 ans
ATCD familial notable (cancer, MICI)
ATCD personnel de polype colique
Syndrome inflammatoire biologique

Coloscopie non nécessaire
Discuter la réalisation de biopsies coliques en cas de diarrhée

Coloscopie

En cas de douleur fonctionnelle

**Éléments pronostiques
péjoratifs pour
l'évolution symptomatique ?**

Intestin irritable :

Paramètres associés à une

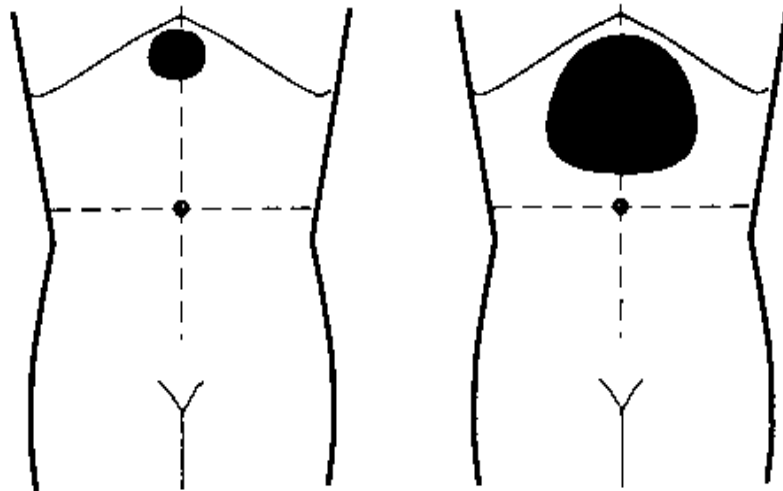
résistance symptomatique

sous traitement

- Durée d'évolution de la douleur
- Association à des symptômes digestifs hauts,
- Comorbidités : fibromyalgie, fatigue chronique,...
- Exposition chronique à un stress,
- Souffrance psychologique,
- Difficultés à affronter la maladie.

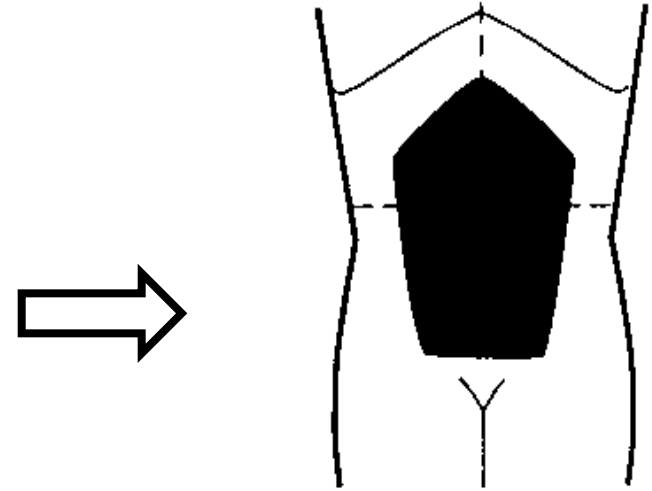
Durée des symptômes et évolution

Lors de l'apparition du symptôme



Intermittents

En cas de symptôme chronique



Constants

Evolution symptomatique et durée d'évolution de la douleur avant la 1ere consultation

| Durée | Amélioration (%) | Douleurs (n/sem) |
|---------|------------------|------------------|
| < 2 ans | 60 | 3.9 \pm 1.0 |
| > 5 ans | 46 | 8.5 \pm 1.7 |

CONCLUSIONS (1)

- Problème quotidien, souvent complexe
- Importance de l'interrogatoire et de l'examen clinique
- Possibilité de plusieurs composantes dans une douleur abdominale

CONCLUSIONS (2)

- Symptômes d'alarme : non décisifs pour orienter vers une maladie organique,
- Guidelines British Society (Spiller Gut 2007) pour SII : symptômes, âge et bilan biologique minimal (NFS, VS, CRP) pour sélectionner les malades nécessitant des explorations d'emblée.