Douleurs abdominales chroniques de l'adulte : les causes rares à ne pas oublier

(hors douleurs pariétales et rhumatologiques)

Pr. Benoit COFFIN

Université Paris-Cité

AP-HP Hôpital Louis Mourier

LIENS D’INTERET

- Conseil :
  - Alnylam
  - Mayoly Spindler
  - SANOFI

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Savoir évoquer une cause rare de douleur abdominale chronique
- Connaître la démarche diagnostique
- Connaître les principes thérapeutiques

Une histoire habituelle

- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Cousines : porphyrie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol pour douleurs articulaires
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

Définition : douleur abdominale chronique

- Evolution > 6 mois
- Résistance aux traitements habituels

- Etiologies :
  - SII, dyspepsie, autres syndromes fonctionnels (Rome IV)
  - Pancréatite chronique, MICI…

- Il faut aussi savoir évoquer des causes inhabituelles
- Quand ?
  - Formes sévères ?
  - Résistance à plusieurs lignes de traitements ?

Coffin et al, Aliment Pharmacol Ther 2022

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Approche diagnostique : comme toujours

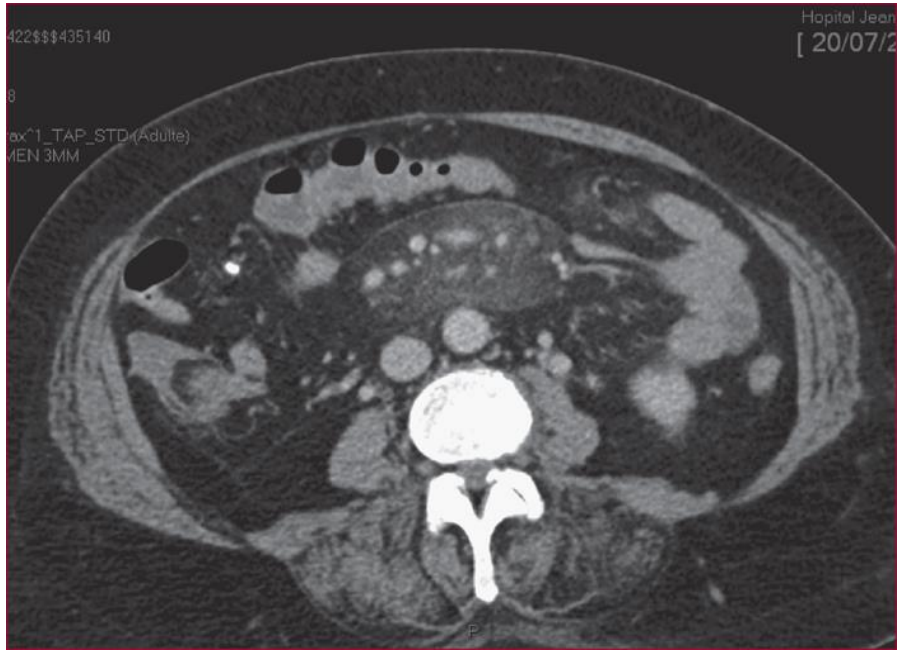
- Douleur : type, intensité, topographie, irradiations, rapport repas, aliments déclenchants, stess….
- Amaigrissement :
  - 85 % des patients
  - Restriction alimentaire
  - Ne doit pas faire réaliser nouveaux examens
- Régime (Gluten, FODMAPs)
  - Efficacité/absence d'efficacité
- Traitements
  - Lesquels ?
  - Quelles doses ?
  - Efficacité/absence d'efficacité

- ATCD
  - Chirurgie :
    - Facteur déclenchant 25 %
    - Une ou plusieurs interventions (inutiles) 68 %
  - SII : risque plus élevé
    - Cholécystectomie RR 2,09
    - Appendicectomie RR1,45
    - Hystérectomie RR 1,70
    - Canal lombaire RR 1,22
- Ce qui a été fait : biologie, imagerie, endoscopie
  - Quand ?
  - Relecture ?
  - Biopsies ?
- Ce qu'il NE FAUT PAS FAIRE (et ne pas regarder)
  - Intolérance alimentaire IgG
  - Etude du microbiote

Kilgallon et al, Aliment Pharmacol Ther 2019,
Longstreth et al, Gastroenterology 2004

Piège à éviter : Panniculite mésentérique ?

- Masse inflammatoire racine du mésentère
- Découverte lors imagerie
- Imputabilité dans la genèse de la douleur :
  - Peu probable
  - Formes très inflammatoires ?



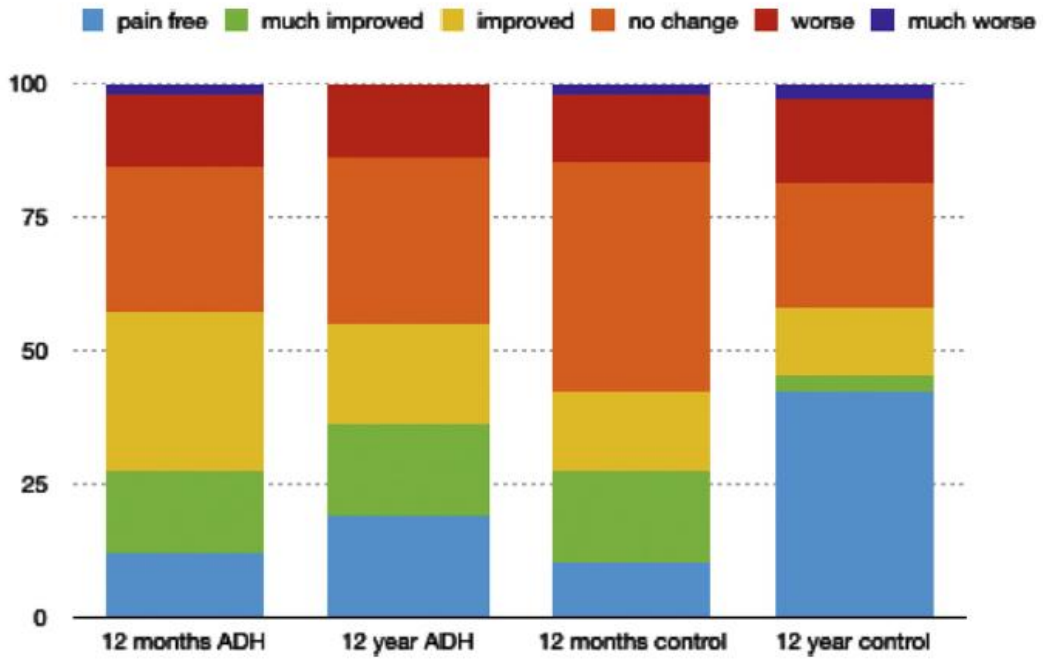
JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Pièges à éviter
Adhérences et douleurs abdominales : adhésiolyse ?

- Douleur chronique : risque augmenté d’ avoir une intervention digestive,
- Étude randomisée
  - 100 patients avec DA supposées adhérencielles
  - Coelioscopie
  - Adhésiolyse vs pas de traitement
- A 1 an : pas de différence
- A 12 ans : groupe adhésiolyse
  - Plus de douleurs
    - (RR 1,33, P = 0,03)
  - Plus d’interventions
    - (RR 1,67, P = 0,04)
  - Plus de consultations
    - (RR 1,3, P = NS)

Swank et al, Lancet 2003, Molegraaf et al, Surgery 2017

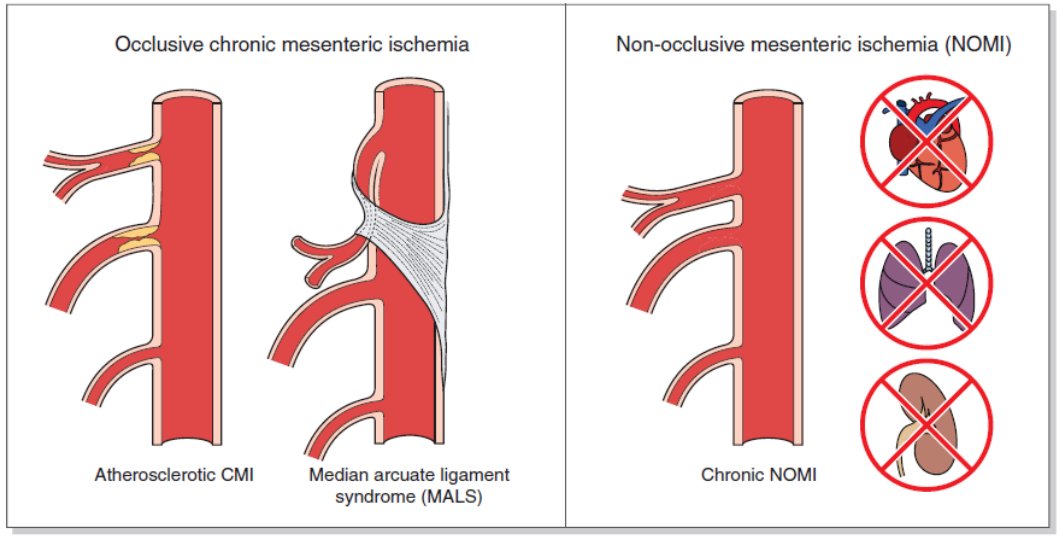
Symptômes à 1 et 12 ans



DONC NE PAS FAIRE D’ADHESIOLYSE
(en l’absence d’occlusion)

Ne pas oublier : Ischémie mésentérique chronique

- Apport sanguin insuffisant
- Douleur post-prandiale (15-20 min)
  - Peur de manger
- Amaigrissement 61-94 %
- Diarrhée 19-61 %
- Nausée 5-84 %
- Terrain athéromateux
- Imagerie :
  - Obstruction 1 ou plusieurs troncs à
  - ≥ 70 % du flux
  - S'assurer de la bonne visualisation des artères sur TDM
  - SI BESOIN REFAIRE avec temps artériel
- PEC : centre expert (SURVI)
  - GE + Rx + Chir Vasculaire
- Risque
  - Surtraiter sténose sans rapport, non significative
  - Sous traiter : ischémie aigue

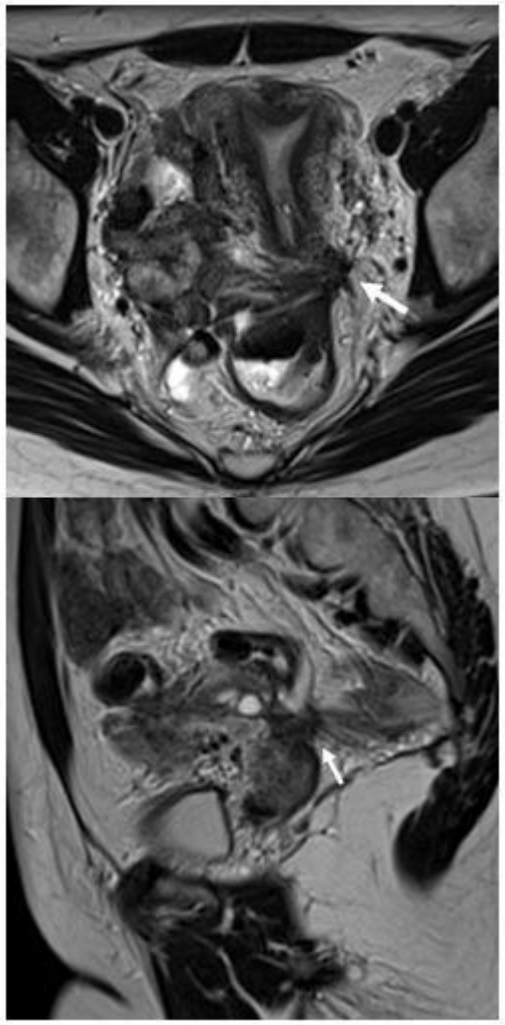


Rôle d'un ligament arqué ?
Discuté

Terlouw et al, UEG Journal 2020

Ne pas oublier : Endométriose

- Ce n’est pas une cause inhabituelle.
- Prévalence endométriose avant ménopause :7-10 %
- RR SII chez des femmes avec endométriose :
  - 3,26 (IC95 % : 1,97-5,39)
- Il faut y penser systématiquement chez une femme en période d’activité génitale
- Vérifier que les examens (IRM) dédiés ont été faits.
- PEC : milieu spécialisé
- Si persistance de la douleur : savoir évoquer une autre cause



Une histoire habituelle

- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Cousines : porphyrie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol pour douleurs articulaires
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

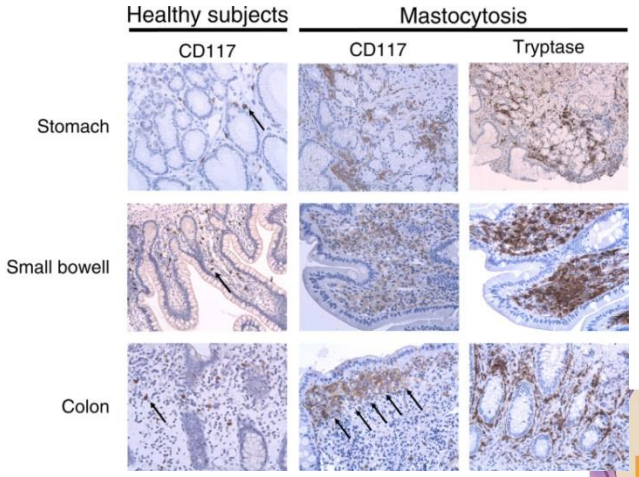
Mastocytose

- Maladie hématologique
- Accumulation de mastocytes : foie, rate, moelle osseuse, tube digestif,
- Douleurs, diarrhée, RGO, ballonnements, nausées…
- Signes neuro psychiques
  - Anxiété, dépression, asthénie
- ATCD : UGD
- Errance diagnostique : 7 ans
- Signe associé :
  - Ostéoporose précoce
  - Atopie, chocs anaphylactiques, piqures d'insectes

Prise en charge et avis : réseau CEREMAST

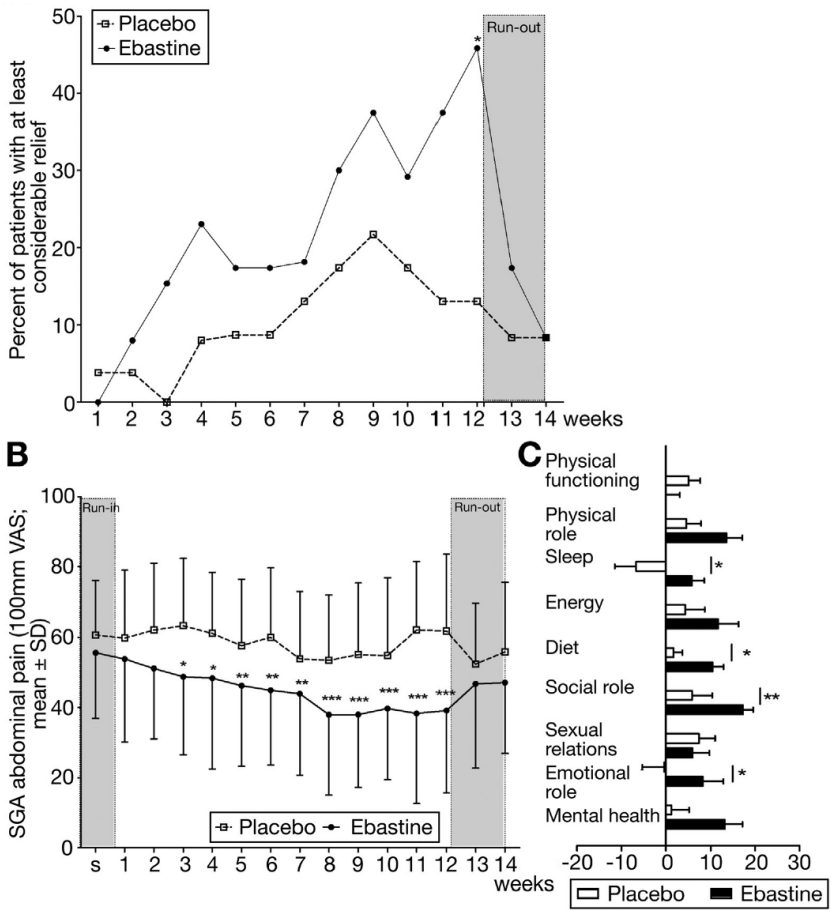
Sokol H et al, J Aller Clin Immunol 2013

- Aliments
- Libérant histamine :
  - alcools, crustacés, tomates, épices, blanc d'œuf, fraises, bananes, ananas, fruits exotiques, cacahuètes, noix, noisettes, chocolat
- Riches en histamine :
  - vin, choucroute, fromages fermentés, charcuterie conserves, notamment de poisson et petits pois ou fruits de mer
- Diagnostic : élévation tryptase, biopsies



Syndrome d'activation mastocytaire (SAMA)

- SAMA = symptômes de mastocytose SANS les critères de mastocytose
- Tryptase : normale
  - Augmentation de 20% par rapport à la basale lors d'une crise ! (impossible à mesurer)
- IgE totales : augmentées
- Absence d'infiltration mastocytaire
- Aucune étude randomisée
- Traitement d'épreuve
  - Anti H1 : le moins sédatif
  - Anti H2 : famotidine
  - ± Montelukast



Prise en charge et avis : réseau CEREMAST

Wouters MM et al, Gastroenterology 2016

Une histoire habituelle

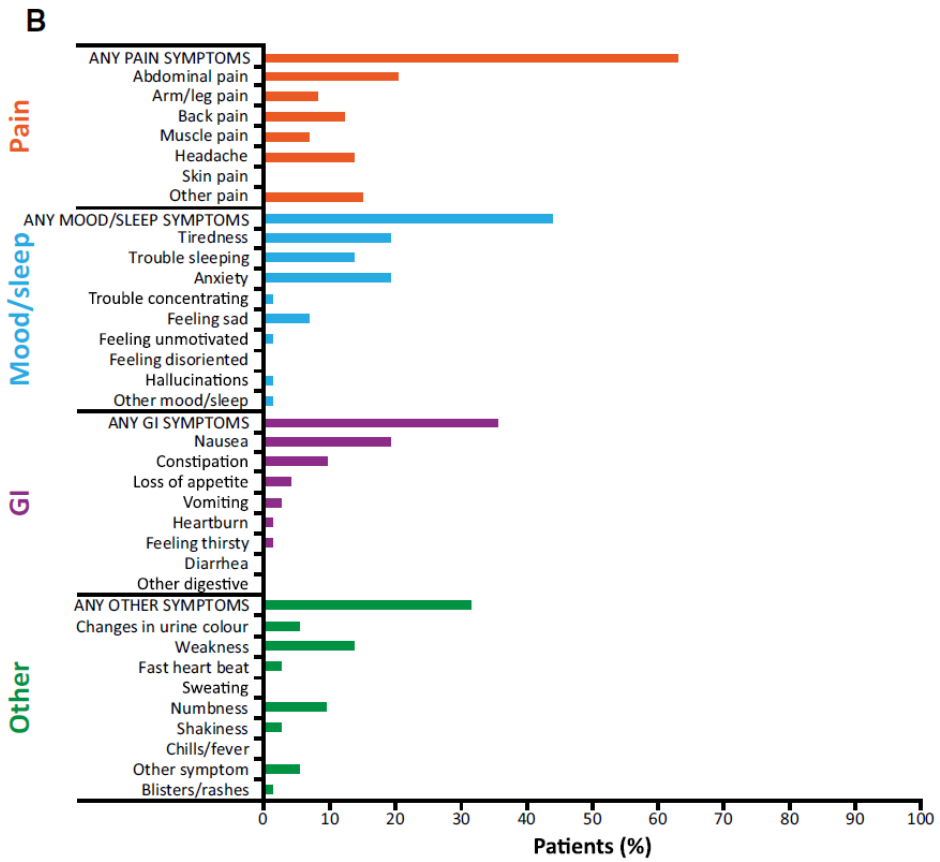
- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Cousines : porphyrie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol pour douleurs articulaires
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Porphyries hépatiques aigües
Porphyrie aigue intermittente (PAI)

- Prévalence 1/1700, pénétrance faible
- Crises neuro-viscérales :
  - Douleurs abdominales aigues diffuses
  - Manifestations neuro-psychiques
  - Bio : normale sauf hyponatrémie
    - Diagnostic différentiel : insuffisance surrénale
- Diagnostic
  - ALA et PBG urinaires
- Doute ➔ infos : www.porphyrie.net



En dehors des crises : douleur abdominale fréquente !

Fréquence PAI au cours Douleurs Abdominales Chroniques :

INCONNUE

Gouya L et al, Hepatology 2020

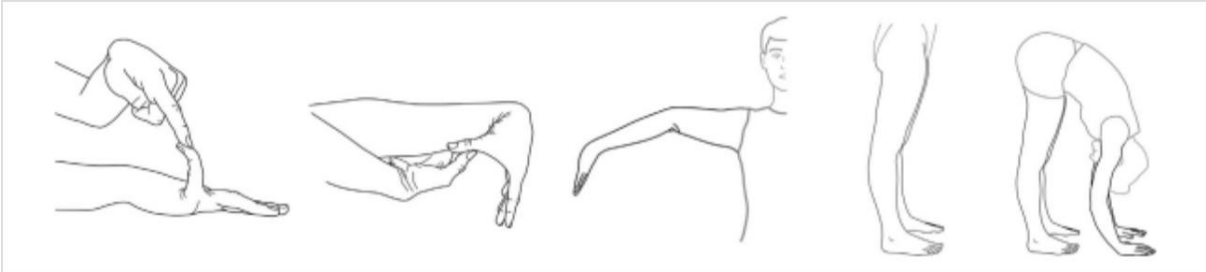
Une histoire habituelle

- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Cousine : porphyrie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol pour douleurs articulaires
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

Syndromes d'Ehlers Danlos (SED), Désordre du spectre hypermobilité (DSH)

- SED : maladies génétiques du collagène
  - SED classique : mutations COL5A1 ou COL5A2
  - SED hypermobile : pas de mutations
- DSH : tableaux cliniques similaires ne rentrant pas dans les critères diagnostiques
- Hypermobilité, retard cicatrisation…



Score de Beighton (Malfait et al. 2017)

1. Pouvez-vous aujourd'hui (ou avez-vous déjà pu) poser vos mains à plat sur le sol sans plier les genoux ?
2. Pouvez-vous maintenant (ou avez-vous déjà pu) plier votre pouce pour toucher votre avant-bras ?
3. Enfant, amusiez-vous vos amis en contorsionnant votre corps dans des positions étranges, ou pouviez-vous faire le grand écart ?
4. Enfant ou adolescent, votre épaule ou votre genou se sont-ils luxés plus d'une fois ?
5. Vous considérez-vous avec des articulations hyperlaxes ?

SED/DSH et douleurs abdominales

- Cohorte de 603 patients
  - 98 % critères diagnostiques TFD
  - 75 % douleurs abdominales chroniques plus d'une fois par semaine
- Troubles transit, ballonnements
- Douleurs articulaires, musculaires…
- PEC multidisciplinaire
- Coordonnée par centre expert
  - https://filiere-oscar.fr
- Aucune étude randomisée
  - Traitement basé sur les symptômes
  - RSG, FODMAPs
- PAS de CI à la réalisation d'une endoscopie
- Parfois troubles moteurs œsophagiens, gastroparésie

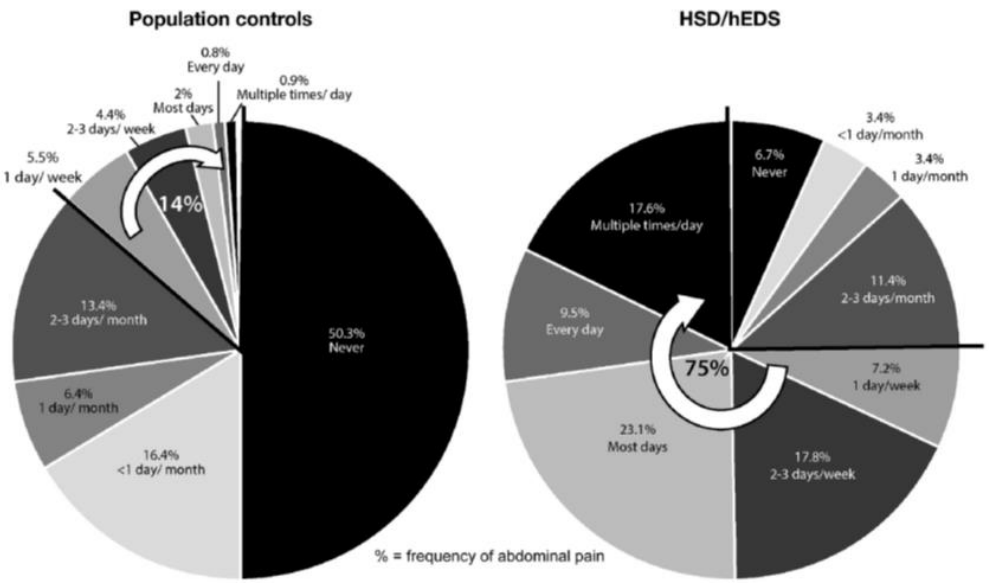


Figure 2. Frequency of abdominal pain in the last 3 months between subjects with HSD/hEDS and population control subjects. Subjects with HSD/HEDS were significantly more likely to have abdominal pain at least 1 day per week compared with population control subjects (75% vs 14%; $P < .0001$) (*arrows*).

SED Vasculaires :
perforations spontanées, hémorragies
CI endoscopie

Lam CY et al, CGH 2021 ; Kilaru SM et al, Am J Gastro 2019

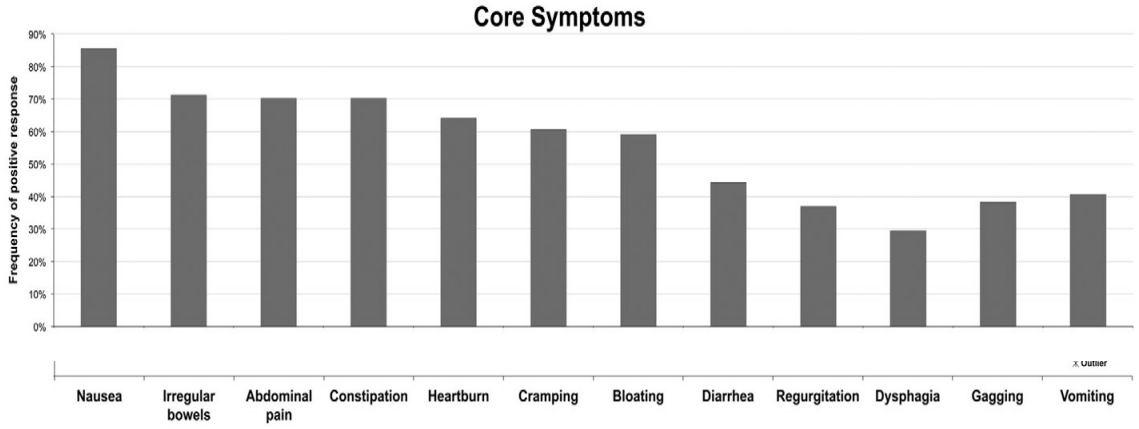
Une histoire habituelle

- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

STOP : syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS)

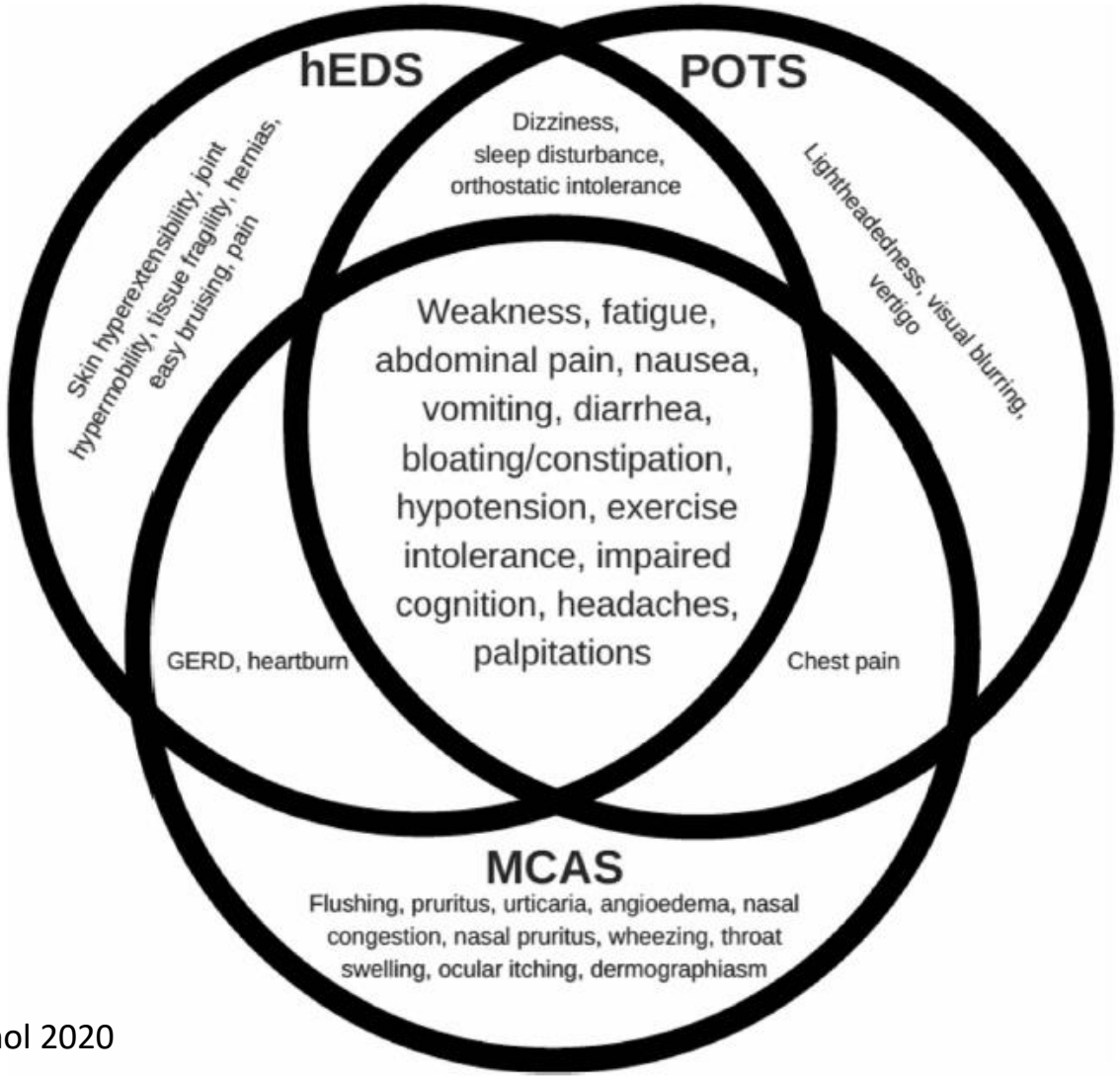
- Augmentation rythme cardiaque > 30/min par rapport basale,
  - Sans hypotension,
  - Survenue dans les 10 min d'orthostatisme et disparait en position assise.
  - Symptômes associés à intolérance orthostatique
    - pre-syncope, vision floue, tachypnée, palpitations, douleurs thoraciques, and paresthésie.
- Souvent associé avec symptômes digestifs
  - dysphagie, reflux, nausée, douleur abdominale, ballonnement, troubles du transit
- Etiologie symptômes digestifs au cours du STOP ?
  - Flux sanguin splanchnique diminué ?
  - Dysautonomie.



Association de plusieurs symptômes
Plusieurs fois par semaines
Souvent prolongés
± améliorés au décubitus
± exercice physique

Wanf LB, J Neurol Sci 2015

Rien n’est simple !



Kohn A et al, Clinic Rev Allerg immunol 2020

Une histoire habituelle

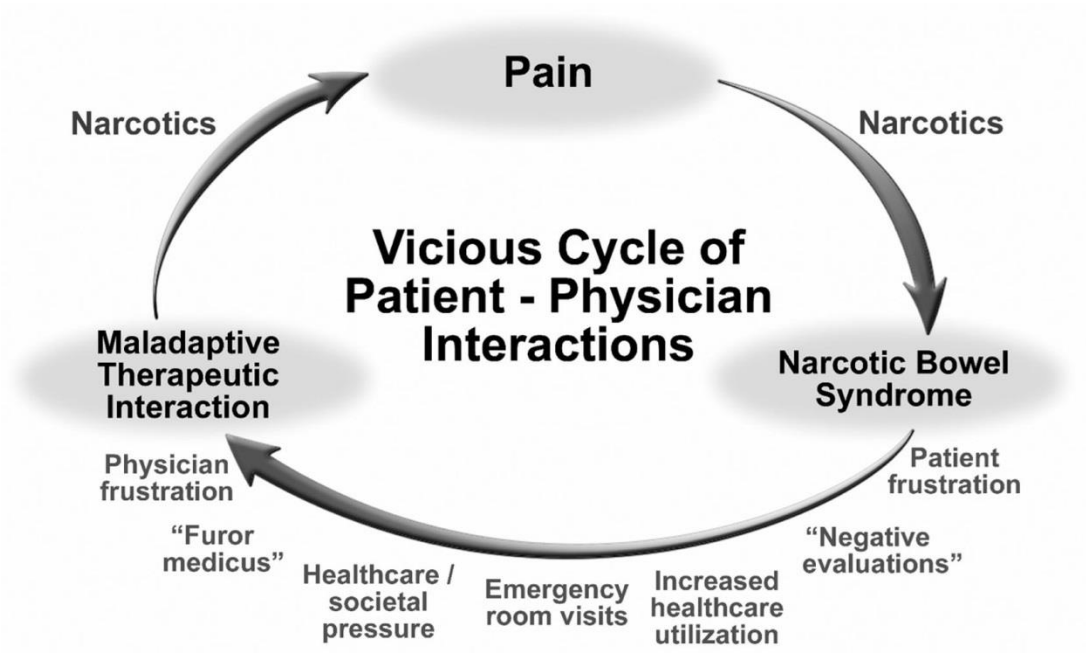
- Mme S, 42 ans
- Splénectomie post-traumatique
- Luxations 2 épaules : chirurgie
- Cousines : porphyrie
- Douleurs abdominales depuis 5 ans, fluctuantes, intenses, épisodes selles liquides.
- Malaises, bouffées de chaleur, tachycardie…
- Anxiété
- Multiples consultations
  - MG, HGE, Chir Dig, Gynéco, Psy, interniste, ostéopathe, naturopathe
- Cholécystectomie, appendicectomie,
- Allergies alimentaires ➔ régimes restrictifs
- Amaigrissement

- Dossier épais :
  - Biologies multiples : normales
  - 3 TDM
  - Entéro IRM
  - 3 EOGD
  - 2 Coloscopies
- Traitements = échecs
  - Antispasmodiques, IPP, IRSS
  - Hypnose
  - Tramadol pour douleurs articulaires
- Docteur : « J'ai une colopathie sévère, faites quelque chose ! »
- Vous : « Est-ce vraiment une forme sévère de SII ? Pourrait-il y avoir autre chose ? »

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Narcotic Bowel Syndrome

- Hyperalgésie paradoxale induite par les morphiniques
  - Tramadol = morphinique
- Douleur abdominale chronique ou récidivante nécessitant d'augmenter les doses de morphiniques.
- Pas d'étiologie digestive expliquant la douleur.
- PEC :
  - Rotation des morphiniques
  - Antidépresseur, prégabaline
  - Diminution des doses
  - Education



Von Muhlenbrock C et al, J Neurogastroenterol Mot 2022 ; Grunkemier D et al CGH 2007

Attention : insuffisance surrénale

- Y penser
- Douleur abdominales, faiblesse musculaire, amaigrissement, hypotension
- Diagnostic de SII posé à tort : 30-40 % des patients ayant une insuffisance surrénale.
- Cortisol à 8 H
- Test au tétracosactide (Synacthène ®)
- Nouvelle entité : insuffisance surrénale induite par les morphiniques
- Traitement : hydrocortisone puis PEC spécialisée

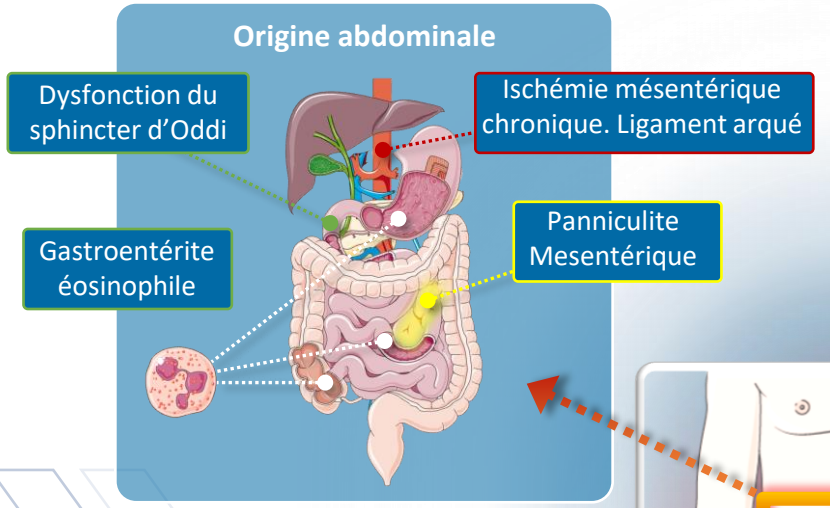
Quenéhervé L et al, Sci Rep 2021 ; Vries F, J Clin endocrinol Metab 2013

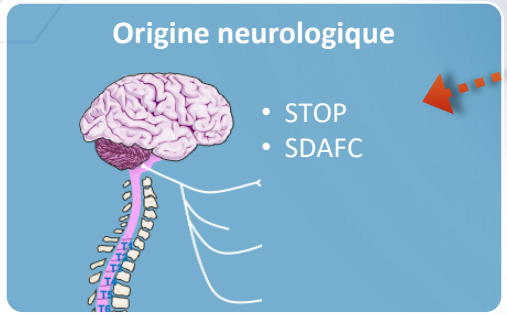
Douleurs abdominales chroniques : causes inhabituelles

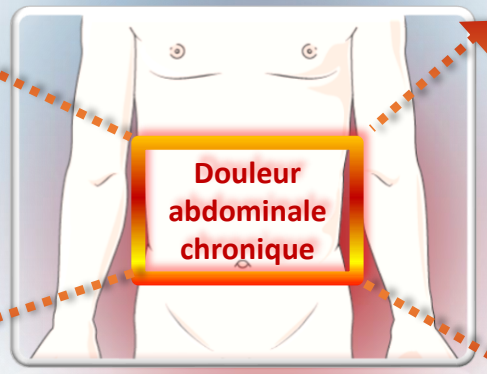
Checklist avant de rechercher une cause inhabituelle de DAC

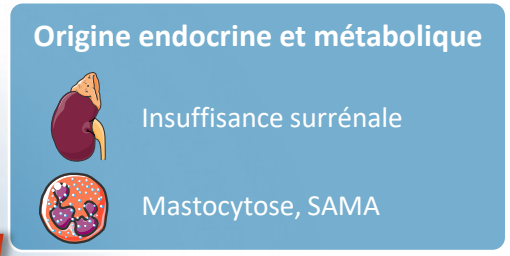
- ✓ Vérifier qu'une inflammation du grêle a bien été éliminée
- ✓ Considérer l'alimentation : absence de réponse à un régime pauvre en FODMAPS
- ✓ Avoir éliminé une douleur/rhumatologique pariétale

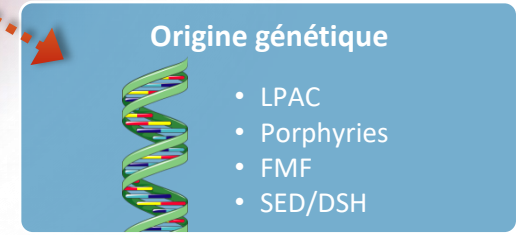
A l'interrogatoire et à l'examen clinque rechercher une cause inhabituelle de DAC











SDAFC syndrome de douleurs abdominales fonctionnelles centrales ; SED, syndrome d'Ehlers-Danlos; FMF, fièvre Méditerranéenne familiale; FODMAPs, fermentable oligo-, di-, and monosaccharides and polyols; LPAC, low phospholipid-associated cholelithiasis; STOP syndrome de tachycardie orthostatique posturale

JFHOD 16-19 MARS 2023 PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Syndrome de douleur abdominale fonctionnelle

- Finalement : aucun des diagnostics évoqués ne peut être retenus
- Poser un diagnostic de SDAF N'EST PAS UN ECHEC, c'est même probablement la cause la plus fréquente,

- Critères Rome IV
- Douleur abdominale continue ou presque
- Sans relation avec événements physiologiques
  - Alimentation, défécation, cycle menstruel.
- Retentissement sur les fonctions quotidiennes
  - Scolarité, travail, vie personnelle
- Douleur non feinte
- Absence de critères des autres syndromes fonctionnels, absence d'anomalie structurelle
- Présence dans les 3 derniers mois, apparition 6 mois avant le diagnostic

Keefer L et al, Gastroenterology 2016

- Prise en charge
- Education
- Antidépresseurs
  - Faibles doses, augmentation progressive
  - Prévenir des effets secondaires possibles
  - Réévaluer régulièrement
- Autres antalgiques à action centrale
  - Gabaline, prégabaline
- Associations de molécules ayant des mécanismes d'action différents

Conclusion

- Analyse sémiologique est essentielle
- Il faut passer du temps, quitte à recommencer lors de consultations ultérieures.
- Il n'est pas utile de tout rechercher systématiquement.
- Eviter de refaire des examens déjà faits si de bonnes qualités.
- Ne pas hésiter à faire des examens qui n'ont pas été faits si ils peuvent apporter quelque chose.
- L'approche thérapeutique doit être pragmatique basée sur les symptômes : absence d'études randomisées dans la plupart des causes évoquées.

ATTENTION

Les charlatans ne sont jamais loin

Aimants chauds

Comité national de recherche et de soins par ventouse

Magnétiseur
Sur RDV !

POINTS FORTS

- Chez un patient ayant des douleurs abdominales chroniques, il est inutile de rechercher systématiquement toutes les causes possibles, il faut se baser sur l’analyse sémiologique.
- Chez un patient douloureux avec des antécédents de chirurgie digestive ou pelvienne, en l’absence de syndrome occlusif, il ne faut pas réaliser d’adhésiolyse.
- Des signes d’hyper-laxité doivent faire évoquer un syndrome d’Ehlers-Danlos ou un désordre du spectre de l’hyper-mobilité.
- Un narcotic bowel syndrome doit être évoqué chez des patients sous morphiniques ayant des douleurs abdominales sévères.
- Un syndrome de douleur abdominale fonctionnelle central est sans doute la cause la plus fréquente des douleurs abdominales inhabituelles.