

Douleur abdominale aiguë : quel est le diagnostic ?

La douleur abdominale aiguë est un des motifs les plus fréquents de consultation. Elle représente aussi un symptôme non spécifique, rencontré dans de très nombreuses pathologies. Si auparavant, le « principe de précaution » pouvait parfois justifier soit d'opérer « par sécurité » le patient, soit de l'hospitaliser pour « surveillance » de l'évolution initiale, les progrès notamment de l'imagerie médicale (scanner spiralé surtout) doivent permettre aujourd'hui de réduire au maximum les interventions inutiles (notamment les laparotomies blanches dans les syndromes pseudo-appendiculaires), et de surveiller inutilement des patients à l'hôpital.

La stratégie diagnostique (clinique, biologique, et morphologique) doit permettre de répondre tout d'abord à la question primordiale : s'agit-il d'une pathologie chirurgicale, nécessitant, soit une intervention en urgence, soit une hospitalisation pour surveillance en milieu chirurgical. Ensuite, s'il a été possible de répondre par la négative à cette question, le bilan, notamment morphologique, doit permettre le plus souvent d'affirmer l'existence d'un diagnostic « médical » pour lequel un traitement spécifique peut être proposé. Enfin, et c'est une situation fréquente (près du tiers des patients vus en urgence), la normalité du bilan morphologique doit autoriser à « renvoyer » le patient chez lui.

Le but de cette présentation n'est pas de présenter les causes (très nombreuses) de douleur abdominale de l'adulte, mais tout d'abord de préciser brièvement, dans les pathologies les plus courantes, l'intérêt de l'imagerie moderne, et ensuite et surtout, de rappeler l'existence de pathologies plus rares dont le diagnostic a beaucoup bénéficié notamment du scanner spiralé (avec opacification colique, et le plus souvent vasculaire associée).

Apport de l'imagerie moderne pour le diagnostic des pathologies les plus fréquentes

L'appendicite aiguë

Plusieurs études récentes ont clairement montré le bénéfice du scanner spiralé pour le diagnostic d'appendicite aiguë (augmentation de taille, graisse hétérogène, stercolithe, etc.), et ce même en cas de « certitude » clinique et le bénéfice notamment en terme de réduction d'hospitalisations inutiles, et de réduction des coûts [1]. En effet, avant son utilisation, et ce malgré un bilan clinique et biologique précis qui faisait évoquer une appendicite aiguë, le taux d'appendicectomies



Y. PANIS
(Paris)

« inutiles » allait jusqu'à 30 %. Nous avons ainsi montré que l'utilisation systématique du scanner spiralé, permettait de réduire le taux d'appendicectomies « inutiles » de 22 à 10 % [2].

La maladie de Crohn

Là encore, un diagnostic de maladie de Crohn (épaississement au scanner du grêle terminal, sclérolipomatose, etc.) révélé par un syndrome douloureux aigu va à l'évidence changer les indications thérapeutiques, et permettre parfois de découvrir un abcès pouvant être drainé dans le même temps par voie percutanée [4].

LA PATHOLOGIE ANNEXIELLE

Parfois, notamment en cas de douleur aiguë de la fosse iliaque droite, le diagnostic différentiel entre appendicite et pathologie tubo-ovarienne est difficile. La réalisation, avant coelioscopie diagnostique, d'une échographie pelvienne, associée ou non, à un scanner abdomino-pelvien permet souvent de retrouver soit une salpingite, soit un kyste de l'ovaire, soit une grossesse extra-utérine.

Le cancer colique

Il n'est pas rare de découvrir un cancer du côlon droit devant un tableau aigu

Tirés à part : Yves Panis, Hôpital Lariboisière, Service de chirurgie générale et digestive, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris Cedex 10.

révélateur. Le scanner abdominal fera suspecter souvent facilement le diagnostic devant une masse pariétale du côlon.

Quelques diagnostics « rares » auxquels il faut aussi penser

L'appendicite épiploïque

Les appendices épiploïques sont des franges graisseuses appendues au côlon qui peuvent se tordre sur leur axe, et être le siège d'un phénomène inflammatoire ou nécrotique, responsable du tableau clinique. Celui-ci associe un syndrome douloureux abdominal fébrile. Le siège de la douleur est fonction de la localisation de l'appendice épiploïque concerné. Dans les quelques cas rapportés dans la littérature, celui-ci, sans qu'il y ait d'explication claire, siège le plus souvent à gauche, et entraîne donc une douleur de la fosse iliaque gauche, avec parfois défense, mimant ainsi un tableau de diverticulite sigmoïdienne. Il s'associe souvent une fièvre modérée et une hyperleucocytose à polynucléaire. Devant ce tableau, mimant en fonction du siège une appendicite, une diverticulite ou une cholécystite, le scanner en urgence va permettre d'affirmer le diagnostic, et surtout d'éliminer les autres causes, en montrant l'appendice épiploïque. Ce diagnostic permet d'éviter une laparotomie ou une laparoscopie inutile, et de proposer en cas de certitude, un traitement anti-inflammatoire, souvent rapidement efficace en quelques jours [5].

La diverticulite cæcale

S'il est clairement démontré aujourd'hui que le scanner est un élément essentiel du bilan initial d'un patient présentant un tableau de diverticulite sigmoïdienne, il n'existe pas d'attitude bien établie concernant la diverticulite cæcale ou colique droite. Il s'agit d'un événement rare (plus fréquent en Asie semble-t-il) dont le tableau cli-

nique est celui d'une appendicite aiguë « typique ». Là encore, la méconnaissance préopératoire de ce diagnostic conduirait à une intervention inutile, voire dangereuse s'il était décidé pendant l'intervention de réséquer un diverticule cæcal perforé bouché. La découverte au scanner [3] d'un diverticule inflammatoire sur le côlon droit (épaississement de la paroi colique, diverticule, inflammation du méso, etc.), associée à la visualisation d'un appendice normal permet de proposer, en l'absence de tableau clinique de péritonite, et d'absence de fuite de produit de contraste dans l'abdomen (témoignant alors d'une perforation du diverticule dans la cavité péritonéale) une antibiothérapie d'abord intraveineuse puis *per os* (dès retour à l'apyrexie) selon le même schéma que dans la diverticulite sigmoïdienne. Ensuite, va se discuter la place de la chirurgie prophylactique à distance, après un ou deux poussées inflammatoires, mais les données sont trop limitées pour pouvoir donner des recommandations précises à ce sujet.

La hernie interne

Il s'agit d'un diagnostic clinique difficile, notamment chez un patient sans antécédent chirurgical, pour lequel, en l'absence de diagnostic formel, pourrait être proposée (à tort) une surveillance initiale [6]. Le tableau clinique est dominé par un syndrome douloureux abdominal évoluant par crises parfois très intenses, avec souvent vomissements et arrêt des matières et des gaz. La douleur cède spontanément par une mise à jeun « spontanée » du patient. La récurrence des épisodes douloureux ou la non cédation d'un épisode, conduit le patient à être examiné souvent en urgence.

Cette hernie interne peut être due à l'incarcération d'une anse grêle dans une « fossette » congénitale (sous le cæcum ou près du duodénum par exemple) ou dans une brèche spontanée du grand épiploon. Une radiographie d'abdomen sans préparation objective souvent des niveaux hydroaériques sur le grêle signant l'oc-

clusion intestinale. L'absence de laparotomie antérieure peut rendre difficile le diagnostic (tumeur ? maladie de Crohn ?). A l'inverse, la reconnaissance scannographique de la hernie interne permet de poser l'indication chirurgicale en urgence, notamment par voie coelioscopique, afin de lever l'obstacle sur le grêle et son éventuelle souffrance.

L'infarctus segmentaire du grand épiploon

Il s'agit là encore d'un diagnostic différentiel rare, mais dont la reconnaissance scannographique permet d'éviter une intervention inutile. Le tableau est proche de celui de l'appendicite épiploïque et est dû souvent à la torsion d'une partie du grand épiploon qui se nécrose. L'évolution spontanée (avec un simple traitement antalgique) est souvent favorable, sans intervention.

Conclusions

Le syndrome douloureux abdominal aigu de l'adulte est une situation clinique qui englobe de nombreux diagnostics. Certains ne posent pas de problèmes car sont soit d'emblée chirurgicaux, soit rapidement reconnus par le bilan clinique et morphologique. Il s'agit notamment de la péritonite, de l'occlusion du grêle sur bride, de la cholécystite ou de l'appendicite.

Des diagnostics plus rares sont néanmoins possibles. Il s'agit notamment de l'appendicite épiploïque, de la hernie interne ou de la diverticulite cæcale. Dans ces situations, où le tableau clinique est parfois très marqué (avec douleur intense, fièvre, hyperleucocytose), la démarche diagnostique, grâce notamment au scanner abdominal, doit permettre de bien « trier » les patients en séparant ceux qui doivent bénéficier d'une intervention en urgence (hernie interne, diverticulite cæcale perforée dans la cavité péritonéale), de ceux où un traitement médical initial doit être tenté (appendicite épiploïque, infarctus segmentaire du grand épiploon, diverticulite cæcale non compliquée).



RÉFÉRENCES

1. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, Mostafavi AA, McCabe CJ. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 141-6.
2. Regimbeau J.M., Panis Y, Lé P, Soyer P, Kardache M, Rymer R, Valleur P. Should routine spiral computed tomography be performed in adult patients with acute abdominal pain of the right lower quadrant. *Int J Colorectal Dis* 2003 ; 18 : 126-30.
3. Junge K, Marx A, Peiper C, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Caecal diverticulitis: a rare differential diagnosis for right-sided lower abdominal pain. *Colorectal Dis* 2003 ; 5 : 241-5.
4. Maconi G, Sampietro GM, Parente F, *et al.* Contrasts radiology, computed tomography and ultrasonography in detecting internal fistulas and intra-abdominal abscesses in Crohn's disease : a prospective comparative study. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 1545-55.
5. Bretagnol F, Gomez MA, Pautrat K, Scotto B, de Calan L. Primary epiploic appendicitis: an etiology of acute abdomen revealed by CT scan. *Ann Chir* 2003 ; 128 : 333-5.
6. Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, Chaumoitre K, Alessandrini P. Small bowel obstruction caused by congenital mesocolic hernia: case report. *J Pediatr Surg* 2003 ; 38 : E11-2.

