

Chapitre 07 - Item 267 - UE 8

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

- I. Étape clinique
- II. Examens complémentaires
- III. Principaux tableaux de douleurs abdominales
- IV. Grandes causes des douleurs abdominales en fonction de leur localisation
- V. Douleurs abdominales aiguës médicales « pièges »

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Une douleur abdominale est dite aiguë s'il s'écoule moins d'une semaine entre le début des symptômes et la première consultation. Toute douleur abdominale aiguë peut être le symptôme d'une urgence notamment chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital.

I. Étape clinique

A- Anamnèse

1. Analyse de la douleur

Siège : attention : les affections sous-phréniques (abcès, hémopéritoine) donnent souvent une douleur projetée à la face postérieure de l'épaule homolatérale (fig. 7.1).

Irradiations (bonne valeur d'orientation, fig. 7.2) :

- pointe de l'omoplate droite → origine hépato-biliaire ;
- épigastrique transfixiante → origine pancréatique ;
- organes génitaux externes → affection urologique...
- Mode d'installation :
 - brutal → perforation, embolie ou rupture (anévrisme, grossesse extra-utérine...)
 - rapide (maximale en quelques heures) → obstacle, ischémie ou torsion ;
 - progressif → plutôt foyer inflammatoire ou infectieux ou obstruction.
- Facteurs d'exacerbation ou de soulagement :
 - exacerbation à la marche, à l'inspiration profonde et calmée par le décubitus → foyer inflammatoire intra-abdominal irritant le péritoine ;
 - soulagement par l'alimentation → ulcère ;
 - soulagement par l'antéflexion → origine pancréatique ;
 - soulagement par les vomissements → obstruction ou occlusion intestinale.
- Facteurs déclenchants :
 - prise d'alcool (pancréatite, hépatite alcoolique) ;

- médicaments (AINS, aspirine...);
- voyage récent notamment en pays tropical.

Fig. 7.1

Valeur sémiologique d'orientation du siège de la douleur.

Fig. 7.2

Valeur sémiologique d'orientation des irradiations de la douleur.

2. Signes associés, terrain

- Signes associés :
 - généraux : altération de l'état général, signes infectieux ;
 - ou d'organe : troubles du transit, nausées, vomissements, signes urinaires ou gynécologiques, hémorragie digestive haute ou basse.
- Femmes :
 - toujours penser à la grossesse extra-utérine et aux affections gynécologiques ;
 - affections biliaires, infection urinaire, hernie étranglée.
- Prises médicamenteuses :
 - AINS, aspirine (risque d'ulcère ou de gastrite aiguë, aggravation d'un sepsis) ;
 - anticoagulants (risque d'hématome des muscles de la paroi abdominale antérieure, du psoas ou de la paroi du tube digestif) ;
 - corticoïdes → peuvent masquer les signes locaux et généraux associés à la douleur.

B- Examen physique

- Recherche de signes généraux : fièvre, fréquence cardiaque, pression artérielle, signes de choc.
- Inspection : ictère, pâleur, cyanose, cicatrice abdominale (+++), hernie, ballonnement, absence de mouvement respiratoire.
- Palpation +++ :
 - douleur provoquée, défense ou contracture abdominale ;
 - orifices herniaires et éventration ;
 - douleur à la décompression → irritation péritonéale.
- Touchers pelviens +++ :
 - systématiques devant toute douleur abdominale aiguë ;
 - douleur ou un bombement du cul-de-sac de Douglas → inflammation péritonéale.
- Percussion :
 - différencie une matité déclive (ascite, hémopéritoine) d'un globe vésical ;
 - tympanisme → occlusion intestinale ou pneumopéritoine.
- Auscultation :
 - silence auscultatoire de l'abdomen → occlusion par strangulation, ischémie intestinale ou iléus paralytique ;
 - bruits hydro-aériques intenses → obstacle incomplet (syndrome de Kœnig) ;
 - souffle abdominal → anévrisme de l'aorte ou tumeur hypervascularisée.

II. Examens complémentaires

A- Biologie

La biologie oriente le diagnostic étiologique et apprécie des éléments de gravité.

- NFS (anémie, hyperleucocytose, thrombocytose, thrombopénie).
- Protéine C-réactive → syndrome inflammatoire.
- Hémocultures en cas de fièvre avec frissons ou supérieure à 39 °C.

- Ionogramme sanguin, créatinine (complications) :
 - déshydratation, insuffisance rénale ;
 - acidose métabolique en cas de choc ou d'ischémie intestinale ;
 - hypokaliémie en cas de diarrhée ou de vomissements abondants.
 - Lipasémie > 3 fois la normale → pancréatite aiguë.
 - Transaminases, γ -GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale (cytolyse, cholestase) devant des signes cliniques évocateurs.
 - Bandelette urinaire (\pm ECBU) → affection urinaire.
 - β -HCG → grossesse extra-utérine.
 - Causes de douleurs abdominales aiguës dues à : hypercalcémie, acido-cétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë.
 - TP-TCA, groupe-Rh-RAI en cas d'hémorragie digestive (et bilan préopératoire).
 - ECG → infarctus inférieur ou péricardite.
-

B- Imagerie

1. Radiographies standard

- Pas systématiques.
- Radiographie pulmonaire de face utile en cas de cause pleurale ou pulmonaire.
- ASP : en cas d'indisponibilité du scanner, l'ASP (debout de face, couché de face et éventuellement centré sur les coupes) est utile en cas de suspicion de péritonite (recherche d'un pneumopéritoine) ou d'occlusion intestinale (recherche de niveaux hydro-aériques). Il est inutile en cas de suspicion d'affection bilio-pancréatique, d'appendicite, d'hémorragie digestive, de diverticulite sigmoïdienne.

2. Échographie

Utile en cas de suspicion de cause :

- bilio-pancréatique ;
- gynécologique ou urinaire ;
- foyer infectieux intra-abdominal.

Inutile en cas de syndrome occlusif, d'hémorragie digestive, de douleur gastrique.

3. Scanner abdominal

Doit être préféré à toute autre exploration radiologique en cas de douleur abdominale aiguë inexpliquée. Sa rentabilité est inégalée en termes de diagnostic positif, différentiel et d'évaluation de la gravité.

En 1^{re} intention en cas de suspicion de :

- diverticulite sigmoïdienne ;
- occlusion par obstruction ;
- syndrome péritonéal.

En complément (après l'échographie) en cas de :

- pathologie uro-génitale ;
- syndrome appendiculaire ;
- pancréatite aiguë ou masse abdominale.

Attention : vérifier la fonction rénale avant l'injection de produit de contraste.

III. Principaux tableaux de douleurs abdominales

A- Douleur biliaire ou colique hépatique

- Siège : épigastre ou hypochondre droit.
- Type : torsion ou crampe.
- Irradiation : épaule droite, omoplate droite, région interscapulaire.
- Intensité : +++.
- Durée : plusieurs heures.
- Facteurs aggravants : inspiration (inhibition respiratoire), toux.
- Signes associés :
 - vomissements éventuels (fin de crise) ;
 - ictère, fièvre et frissons évocateurs d'angiocholite.
- Examen physique : signe de Murphy.
- Causes :
 - complications de la lithiase biliaire (vésiculaires ou de la voie biliaire principale) +++ ;
 - cancers de la vésicule ou de la voie biliaire principale ;
 - parasites (douve) ;
 - hémobilie (caillots de sang dans la voie biliaire).

B- Douleur gastrique ou duodénale

- Siège : épigastre.
- Type : crampe ou torsion.
- Irradiation : absence.
- Intensité : variable, parfois très intense.
- Durée : de une demi-heure à plusieurs heures.
- Horaire : post-prandial ± tardif (possiblement nocturne).
- Facteurs calmants : aliments, antiacides ou pansements gastriques.
- Périodicité : nette dans le syndrome ulcéreux typique (devenu rare).
- Examen physique : normal ou douleur provoquée du creux épigastrique.
- Causes principales (syndrome ulcéreux) :
 - maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale ;
 - cancer gastrique ;
 - dyspepsie fonctionnelle (absence de lésion gastro-duodénale).

C- Douleur colique

- Siège : épigastre ou en cadre, fosses iliaques, ou hypogastre.
- Type : colique.
- Irradiation : descend le long du cadre colique.
- Intensité : variable.
- Durée : quelques minutes à quelques heures.
- Facteurs calmants : émission de selles ou de gaz +++, antispasmodiques.
- Signes associés : borborygmes, ballonnement, troubles du transit (constipation ou diarrhée), émissions glaireuses ou sanglantes.
- Examen physique : douleur en cadre sur le trajet colique.
- Causes principales :
 - TFI (troubles fonctionnels intestinaux) : syndrome de l'intestin irritable ;
 - cancer du côlon ;
 - colites inflammatoires (MICI) ou infectieuses ou ischémiques.

D- Douleur pancréatique

- Siège : épigastre ou sus-ombilical, parfois hypochondre droit ou gauche.
- Type : crampe.
- Irradiation : dorsale, transfixiante.
- Intensité : +++.
- Début : brutal (coup de poignard).
- Durée : plusieurs heures, voire plusieurs jours consécutifs.
- Facteurs déclenchants : repas gras, alcool.
- Facteurs calmants : antéflexion (position penchée en avant), aspirine.
- Signes associés : malaise, sueurs, vomissements, constipation (iléus), diarrhée (stéatorrhée), amaigrissement.
- Examen physique : douleur provoquée épigastrique ou péri-ombilicale, voire des fosses lombaires.
- Causes principales :
 - pancréatite aiguë (alcool, lithiase biliaire, médicaments...);
 - pancréatite chronique (alcool, héréditaire...);
 - cancer du pancréas.

E- Ischémie intestinale aiguë

Urgence de diagnostic souvent difficile. Pronostic vital engagé.

Y penser +++ chez un sujet au terrain vasculaire (athérome, vascularite, pathologie emboligène).

L'ischémie mésentérique est la conséquence d'une interruption ou d'une diminution du flux sanguin splanchno-mésentérique. Elle peut être artérielle ou veineuse, aiguë ou chronique, occlusive ou non occlusive.

La douleur abdominale et le terrain à risque sont constamment présents.

- **La douleur abdominale :**
 - premier symptôme ;
 - peut être aiguë et inaugurale ou succéder à une période plus ou moins longue d'angor mésentérique ;
 - diffuse rapidement à l'ensemble de l'abdomen ;
 - d'intensité croissante, rapidement très intense, sans répit. À ce stade il existe une dissociation entre son intensité et la pauvreté de l'examen abdominal.
- **Signes associés :**
 - il peut exister une distension intestinale progressive et des vomissements ;
 - tardivement, la douleur s'associe à une fièvre, une défense, puis une contracture abdominale dans un contexte de systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ou d'état de choc.
- **Terrain à risque :**
 - facteurs de risque de thrombose, d'athérome ou de cardiopathie ;
 - traitement vasoconstricteur ou consommation de cocaïne.
 - cardiopathie ischémique, emboligène, arythmogène,
 - tabac, HTA, diabète, dyslipidémie, athérosclérose,
 - surpoids, antécédents thromboemboliques (fausses couches, phlébites...), contraception œstroprogestative, thrombophilie ;

L'angio-scanner multibarrette en urgence avec acquisitions artérielles, veineuses et portales est l'examen majeur.

F- Ischémie intestinale chronique

- Affection consécutive à une artérite oblitérante :
 - athéromateuse +++, inflammatoire ou radique ;
 - touchant au moins deux des axes vasculaires artériels digestifs sur trois dans 90 % des cas.
- Diagnostic difficile, typiquement il s'agit d'un angor mésentérique qui associe :
 - douleurs abdominales chroniques diffuses post-prandiales précoces, durant 1 à 3 heures ;
 - peur alimentaire ;
 - perte de poids voire une dénutrition.
- Terrain : patients âgés avec terrain cardio-vasculaire.
- Lorsque la douleur est permanente ou nocturne et insomniente, on parle de syndrome de menace
- Mésentérique avec haut risque d'évoluer vers l'ischémie intestinale aiguë.

IV. Grandes causes des douleurs abdominales en fonction de leur localisation

A- Douleur épigastrique

La sémiologie de la douleur et l'examen clinique orientent vers :
une affection ulcéreuse gastro-duodénale : ulcère hyperalgique, perforation d'ulcère ;
une pancréatite aiguë (fig. 7.3 et 7.4) ;

une affection biliaire : colique hépatique, migration lithiasique ou cholécystite (2/3 des coliques hépatiques se traduisent par une douleur épigastrique) ;

d'autres causes : affection aortique (dissection, anévrisme), cardiaque (péricardite, infarctus postéro-inférieur), pulmonaire (pneumopathie infectieuse, pleurésie) ou digestive (gastrite, œsophagite, appendicite aiguë dans les premières heures, syndrome de l'intestin irritable).

Fig. 7.4

TDM : pancréatite aiguë sévère (seule les parties céphalique et caudale sont visibles) avec coulée de nécrose et ileus.

Fig. 7.3

TDM : pancréatite aiguë sévère avec coulées de nécrose.

B- Douleur de l'hypochondre droit

On évoque avant tout les causes hépato-biliaires :

- colique hépatique (1/3 seulement des coliques hépatiques sont localisées dans l'hypochondre droit) ;
- cholécystite ;
- angiocholite ;
- tumeur ou abcès du foie ;
- affections hépatiques (foie cardiaque, syndrome de Budd-Chiari aigu, hépatite, périhépatite, thrombose porte).

Penser aussi à :

- un ulcère perforé ;
- une appendicite sous-hépatique ;

- un abcès sous-phrénique ;
- des affections pulmonaires (embolie pulmonaire, pneumopathie de la base droite, pleurésie, pneumothorax) ;
- des affections urinaires (pyélonéphrite, pyonéphrose ou colique néphrétique).

C- Douleur de l'hypochondre gauche

Relativement rare :

- affection de la queue du pancréas (cancer, pseudo-kyste, pancréatite caudale) ;
- ulcère gastrique, gastrite aiguë ;
- syndrome de l'intestin irritable ;
- diverticulite de l'angle colique gauche ;
- affection splénique (tumeur, infarctus, splénomégalie, abcès) ;
- abcès sous-phrénique ;
- affection pleuro-pulmonaire dont l'embolie pulmonaire ;
- affection urologique.

D- Douleur de l'hypogastre

Il faut penser aux affections :

- gynécologiques (grossesse extra-utérine, salpingite, endométrite, torsion d'annexe ou de fibrome) ;
- urologiques (cystite, rétention aiguë d'urines, prostatite) ;
- coliques (diverticulite sigmoïdienne, occlusion colique basse) ;
- appendicite pelvienne ;
- diverticule de Meckel compliqué ;
- syndrome de l'intestin irritable.

E- Douleurs de la fosse iliaque droite

- Causes chirurgicales :
 - appendicite ;
 - diverticule de Meckel ;
 - diverticulite du côlon droit ou du sigmoïde avec une boucle sigmoïdienne longue située en FID ;
 - hernie étranglée ;
 - grossesse extra-utérine ;
 - torsion d'annexe ou de fibrome utérin ;
 - anévrisme artériel iliaque.
- Causes médicales :
 - syndrome de l'intestin irritable ;
 - adénolymphite mésentérique ;
 - torsion de frange épiploïque aussi dite appendagite ;
 - iléite (notamment maladie de Crohn) ;
 - salpingite ;
 - kyste ovarien ;
 - cystite ;
 - colique néphrétique ou pyélonéphrite ;
 - abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

F- Douleurs de la fosse iliaque gauche

Syndrome de l'intestin irritable.

Colite diverticulaire (fig. 7.5).

Colite (inflammatoire, ischémique, infectieuse).

Cancer du côlon gauche compliqué (abcédé, occlus, perforé-bouché).

Fécalome.

Grossesse extra-utérine.

Torsion d'annexe ou de fibrome.

Salpingite.

Colique néphrétique, pyélonéphrite.

Cystite.

Anévrisme artériel iliaque.

Abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.

Fig. 7.5

TDM : sigmoïdite diverticulaire avec perforation.

G- Douleurs lombaires

- Affections urologiques : colique néphrétique, pyélonéphrite.
- Appendicite rétrocaecale (psoïtis).
- Abcès ou hématome du psoas.
- Fissuration d'un anévrisme de l'aorte.
- Douleur rachidienne.

H- Douleurs abdominales diffuses

Péritonite.

Occlusion (fig. 7.6 et 7.7).

Ischémie et infarctus mésentérique.

Causes médicales (cf. infra).

Fig. 7.7

TDM : volvulus du grêle sur bride : niveau liquidien avec dilatation grêle amont et grêle vide sous le volvulus.

Fig. 7.6

TDM : dilatation du grêle sur occlusion.

V. Douleurs abdominales aiguës médicales « pièges »

Certaines causes plus rares de douleurs abdominales doivent être connues.

L'examen clinique doit être complet et les examens doivent inclure également ionogramme, calcémie et glycémie.

Infarctus du myocarde, notamment inférieur

Survenue d'une douleur abdominale, notamment épigastrique, chez un patient présentant des facteurs de risque coronarien → ECG systématique.

Insuffisance surrénale aiguë

- Terrain +++ : insuffisance surrénale chronique connue, corticoïdes au long cours interrompus, post-partum.
- Douleurs abdominales intenses, diffuses, associées à des signes généraux (fièvre, hypotension) mais abdomen souple et TR indolore.
- Hyponatrémie, hyperkaliémie et hypoglycémie.
- Attention : urgence médicale. Cortisolémie effondrée.

Hypercalcémie

- Aiguë, elle peut être responsable d'un tableau abdominal pseudo-chirurgical.
- Causes : hyperparathyroïdie, tumeurs osseuses ou myélome.
- Attention : urgence médicale.

Acido-cétose diabétique

- Terrain de diabète connu ou situation révélatrice.
- À évoquer devant la notion de syndrome polyuro-polydyspique, ou de la présence de troubles neurologiques ou d'une dyspnée de type Kussmaul avec haleine cétosique.
- Diagnostic : hyperglycémie, cétonurie, acidose au ionogramme.

Acido-cétose alcoolique

- Alcoolique chronique, contexte de jeûne prolongé avec poursuite de la consommation alcoolique.
- Douleurs abdominales, vomissements incoercibles, hypotension, tachycardie, parfois dyspnée de Kussmaul et obnubilation.
- Acidose métabolique à trou anionique élevé, élévation des corps cétoniques avec une glycémie subnormale ou basse.

Maladie périodique (dite fièvre méditerranéenne)

- Patient souvent jeune provenant du pourtour méditerranéen.
- Maladie héréditaire autosomique récessive.
- Les douleurs abdominales intenses, diffuses s'accompagnent constamment de fièvre (en l'absence de fièvre, le diagnostic de crise de cette affection est exclu), et éventuellement de vomissements et d'iléus.
- Tableau souvent bruyant : défense voire contracture abdominale.
- Crises répétées dans les antécédents.
- Le scanner montre parfois un épanchement péritonéal.
- Syndrome inflammatoire biologique.
- Le risque principal est de réaliser une intervention inutile.
- Diagnostic = mise en évidence d'une mutation du gène de la marénostrine.

TRAPS syndrome

- Lié à une anomalie du récepteur au TNF.
- Décrit plutôt chez les patients du nord de l'Europe ; douleurs abdominales récurrentes associées :
 - à des épisodes de fièvre prolongés ;
 - et parfois à un syndrome pseudo-appendiculaire.
- Le diagnostic est fait en recherchant une mutation du gène TNFRSF1A.

Syndrome Hyper-IgD

- Douleurs abdominales fébriles récurrentes.
- Associées à une diarrhée et des douleurs articulaires.
- Le diagnostic est fait en dosant les IgD.

Périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis)

- Quasi exclusivement chez la femme.

- C'est une péritonite se localisant sur l'hypochondre droit.
- Origine vénérienne : Chlamydiae 80 %, gonocoque 20 % (mise en évidence de gonocoques ou de Chlamydia au niveau du col utérin, sérologie Chlamydia trachomatis).
- Douleurs de l'hypochondre droit, avec ou sans fièvre, et douleurs abdomino-pelviennes.
- VS accélérée, hyperleucocytose, augmentation modérée des transaminases.
- L'échographie hépato-biliaire normale permet d'éliminer une cholécystite.
- La laparoscopie (si possible, faire le diagnostic sans elle) montre un péritoine hépatique inflammatoire accompagné d'adhérences dites « en cordes de violon ».

Porphyrie hépatique aiguë intermittente

- Cause classique, mais rare, de douleurs abdominales aiguës.
- Liée à une mutation de la PBG désaminase.
- Maladie monogénique dominante.
- La crise se manifeste par des douleurs abdominales intenses associées à des manifestations neurologiques (paresthésie, faiblesse musculaire, paralysie) ou psychiatriques.
- Elle survient plus souvent chez la femme jeune en période d'activité génitale favorisée par un épisode infectieux ou une prise médicamenteuse.
- Coloration des urines rouge porto après exposition prolongée à la lumière.
- Le diagnostic est fait par le dosage dans les urines, au moment de la crise, de l'acide delta aminolévulinique et du porphobilinogène (PBG) qui sont très élevés.

Œdème angio-neurotique

- Lié à un déficit en inhibiteur de la C1 estérase, en général congénital.
- Typiquement, il se manifeste dès l'enfance par des œdèmes localisés et récidivants de la peau et des muqueuses qui persistent durant 1 à 5 jours, puis disparaissent spontanément.
- Douleurs abdominales souvent intenses, parfois associées à une ascite.
- L'association à un œdème diffus ou laryngé, et/ou l'existence de crises antérieures similaires doivent faire évoquer le diagnostic.
- Diagnostic : baisse de l'inhibiteur de la C1 estérase et du C4 avec C3 normal.

Toxiques, médicaments, sevrage

- Sevrage en opiacés ++.
- L'ingestion de toxiques ou de drogues peut être responsable de douleurs abdominales.
- Amphétamines, dérivés de l'ergot de seigle et cocaïne peuvent causer des douleurs abdominales liées à une ischémie intestinale (vasoconstriction).
- L'intoxication au plomb ou saturnisme :
 - symptômes très proches de ceux notés au cours de la crise de porphyrie aiguë ;
 - actuellement, la source de l'intoxication provient parfois de peintures contenant des sels de plomb (interdites depuis quelques années) mais surtout après absorption d'eau provenant de canalisations défectueuses ;
 - diagnostic : dosage de la plombémie et la plomburie.

Purpura rhumatoïde

- Douleurs abdominales aiguës d'évolution spontanément favorable.
- Touche essentiellement les enfants.
- Association à un purpura, à des arthralgies et une atteinte rénale.

Autres vascularites

De nombreuses vascularites peuvent se compliquer de douleurs abdominales.

Ces dernières sont parfois révélatrices (l'association à un purpura doit les faire évoquer).

L'atteinte des vaisseaux de moyen calibre peut entraîner, par occlusion et/ou thrombose, des ischémies et des infarctus intestinaux, avec un risque de perforations secondaires, redoutables.

Les atteintes vasculaires plus distales peuvent entraîner des inflammations, des ulcérations et/ou des hémorragies digestives par rupture de micro-anévrismes sous-muqueux.

Les vascularites peuvent aussi se compliquer de pancréatites, cholécystites (parfois gangréneuses), infarctus splénique ou infarctus hépatiques.

Drépanocytose

- Également appelée hémoglobinose S, ou anémie à cellules falciformes.
- Maladie héréditaire fréquente.
- Contexte : déshydratation, stress, effort physique, exposition au froid.
- La symptomatologie varie en fonction des organes atteints : douleurs intenses osseuses, abdominales + fièvre fébricule 38 °C.
- Anémie (hémolyse), hyperleucocytose.
- Devant une crise de douleurs abdominales il faut penser à :
 - une crise vaso-occlusive avec risque ischémique splénique ou intestinal (fréquence des infarctus de la rate) : TDM ;
 - une lithiase biliaire compliquée (complication fréquente de l'hémolyse).

Phéochromocytome

- Amaigrissement, anxiété, tremblements, hyperthermie, tachycardie.
- Crise stéréotypée d'hypertension artérielle paroxystique majeure avec sueurs.
- Début de la crise brutal, angoissant avec douleurs qui « montent » le long du corps. Elles commencent par des crampes aux mollets avec fourmillements, des douleurs thoraciques, lombaires, des douleurs au niveau du cœur qui rappellent celles de l'angine de poitrine, puis des céphalées violentes, pulsatiles.
- La durée de la crise est variable.
- La fin de la crise se conclut par une envie impérieuse d'uriner abondamment.

Douleurs rachidiennes projetées

- Par irritation de la branche antérieure du nerf vertébral.
- Lombalgie très fréquemment associée par souffrance du rameau postérieur du nerf rachidien.
- Zona : chercher des vésicules de topographie métamérique.
- Syndrome de Cyriax ou syndrome du rebord costal douloureux :
 - dû à une subluxation de l'extrémité antérieure des côtes flottantes qui aboutit à une compression du nerf intercostal ;
 - douleur épigastrique intense ;
 - déclenchée par la palpation du rebord costal.

POINTS CLEFS

- **Toute douleur abdominale aiguë peut être le symptôme d'une urgence chirurgicale.**
- **Le diagnostic repose sur l'analyse sémiologique de la douleur, les signes associés d'organe et généraux et le terrain.**
- **À l'examen, toujours rechercher une cicatrice abdominale, une hernie, une défense ou contracture ; les touchers pelviens sont systématiques.**
- **Lipasémie > 3 fois la normale → pancréatite aiguë.**
- **Aux urgences, ne pas oublier : bandelette urinaire → affection urinaire, β -HCG → grossesse extra-utérine, ECG → infarctus ou péricardite.**
- **Le scanner abdominal doit être préféré à toute autre exploration radiologique en cas de douleur abdominale aiguë inexplicée.**

- Les causes les plus fréquentes de douleur épigastrique sont les affections ulcéreuses gastro-duodénales (ulcère hyperalgique, perforation d'ulcère), pancréatites aiguës et affections biliaires.
- Les causes les plus fréquentes de douleur de l'hypochondre droit sont hépato-biliaires (colique hépatique, cholécystite, angiocholite, tumeur ou abcès du foie).
- Devant une douleur de la fosse iliaque droite, penser aux causes chirurgicales : appendicite, diverticule de Meckel, diverticulite du côlon droit, hernie étranglée, grossesse extra-utérine, torsion d'annexe ou de fibrome utérin ; mais aussi à des causes médicales : adénolymphite mésentérique, torsion de frange épiploïque, iléite terminale, maladie de Crohn, salpingite, kyste ovarien, cystite, colique néphrétique ou pyélonéphrite, abcès ou hématome du psoas ou du grand droit.
- Les principales affections générales qui peuvent se révéler par des douleurs abdominales aiguës « pièges » sont l'insuffisance surrénale aiguë, l'hypercalcémie, l'acido-cétose diabétique, la maladie périodique, les porphyries hépatiques, l'œdème angio-neurotique, la drépanocytose, le purpura rhumatoïde.