En collaboration avec HMR

Par Carl Fournier, M.D.

Docteur, j'ai mal au ventre!

Monsieur Lapierre, âgé de 72 ans, vous consulte pour une douleur abdominale apparue il y a près de 3 semaines. Depuis les premières manifestations des symptômes, il a moins d'appétit et a perdu environ cinq kilos.

Quels sont les antécédents de Monsieur Lapierre?

- Cholécystectomie pratiquée en 1991
- Hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien
- Hypertension artérielle
- Arthrose
- Lithiase rénale à gauche, apparue en 1970

Quelle est sa médication actuelle?

- Pantoprazole (40 mg, 1 comprimé par jour)
- Hydrochlorothiazide (25 mg, 1 comprimé par jour)
- Acide acétylsalicylique (81 mg, 1 comprimé par jour)
- Lorazépam (1 mg, 1 comprimé par jour, au coucher)

Tableau 1

Les résultats de l'examen de Monsieur Lapierre

- **Poids :** 90 kilos (95 kilos, il y a 6 mois)
- **Taille :** 1,80 m
- **Signes vitaux :** tension artérielle de 145/90 mm Hg
- **Pouls :** 80 pulsations/minute
- **Tête et cou :** normaux
- **Cœur :** bruits cardiaques normaux, aucun souffle
- **Poumons :** clairs
- **Abdomen :** douleur à l'hypocondre droit, signe de Murphy positif, aucune défense, aucun ressaut et péristaltisme normal

- Acétaminophène (325 mg, 1 ou 2 comprimés, aux 4 heures, en présence de douleurs)

L'interrogatoire

Monsieur Lapierre vous rapporte une douleur vive qui apparaît subitement et qui peut durer plusieurs heures. Cette douleur se manifeste habituellement après les repas. Il éprouve des nausées associées à ces

Tableau 2

Les résultats du bilan

- **Formule sanguine complète :**
- Hémoglobine : 157 (130 à 165 g/L)
- Hématocrite : 0,479 (0,410 à 0,500 L/L)
- Leucocytes : 15,2 (4,5 à 10,8 x 10^9/L)
- Neutrophiles : 0,765 (0,420 à 0,720) valeur relative
- Lymphocytes : 0,117 (0,180 à 0,440) valeur relative
- Éosinophiles : 0,030 (0,020 à 0,050) valeur relative
- Basophiles : 0,003 (0,000 à 0,015) valeur relative
- Plaquettes : 457 (140 à 440 x 10^9/L)

- **Créatinine :** 122 (62 à 115 mmol/L)
- **Sodium :** 141 (136 à 145 mmol/L)
- **Potassium :** 3,9 (3,5 à 5,1 mmol/L)
- **Chlorure :** 104 (99 à 109 mmol/L)
- **Aspartate aminotransférase :** 63 (0 à 40 UI/L)
- **Alanine aminotransférase :** 246 (0 à 40 UI/L)
- **Bilirubine totale :** 55 (0 à 21 µmol/L)
- **Bilirubine conjuguée :** 30 (0 à 7 µmol/L)
- **Amylase :** 47 (0 à 100 UI/L)
- **Lipase :** 68 (0 à 60 µmol/L)
- **Analyse d'urine :** négative

douleurs, mais n'a jamais vomi. La douleur est localisée à l'hypocondre droit et elle irradie vers le dos. Il évite de manger des repas copieux et riches en gras puisque ceux-ci semblent aggraver la douleur. Ses selles demeurent normales et il n'a noté ni rectorragies, ni selles noires. Sa compagne le trouve légèrement ictérique.

Ses douleurs sont différentes de celles habituellement reliées au reflux gastro-œsophagien. Il ne prend pas d'anti-inflammatoires offerts en vente libre.

L'examen

Le patient est inquiet par rapport à l'intensité des épisodes douloureux et à cette importante perte de poids. À l'examen, il est légèrement ictérique et il semble affaibli (tableau 1).

Quelles sont les hypothèses à considérer?

Plusieurs éléments orientent vers différents diagnostics, mais une atteinte hépatique ou pancréatique par un phénomène obstructif est à éliminer dans le présent contexte. Une néoplasie est définitivement envisagée à ce stade-ci. Il peut s'agir d'un ulcère duodénal ou d'une œsophagite, vu la prise d'acide acétylsalicylique. Une lithiase rénale est également possible, mais aucun symptôme de système urinaire bas n'est présent.

Vous procédez donc à un bilan complet afin de confirmer certaines hypothèses en demandant une échographie abdominale. Une consultation en gastro-entérologie est également demandée pour procéder à une endoscopie haute (tableau 2).

Lors de l'échographie abdominale, le patient est cholécystectomisé. Il n'y a pas de dilatation des voies biliaires. Le pancréas et toute la ligne médiane sont en bonne partie masqués par les gaz et l'aorte est évaluée de façon limitée par courts segments, elle paraît athéromateuse. La rate présente des granulomes calcifiés. Les reins droit et gauche sont de petite taille (environ 10 cm), leur cortex est aminci et hyperéchogène, suggérant une atteinte vasculaire chronique. Il n'y a pas de calcul visible ni d'hydronéphrose

Le patient, lors de sa visite de contrôle, se présente affaibli avec des nausées et des vomissements accompagnant des douleurs de plus en plus fréquentes. Il ne peut manger d'aliments solides sans vomir. On procède alors à une tomodensitométrie abdominale.

Le foie est de petite taille, à contours légèrement irréguliers et d'aspect hypodense. Il n'y a pas de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques ni extra-hépatiques. Aucun calcul n'a été décelé dans le bas cholédoque. Le pancréas apparaît sans grande particularité.

Au cours de son hospitalisation, Monsieur Lapierre est vu par un gastro-entérologue qui procède à une cholangiographie rétrograde devant la persistance des symptômes du patient.

Un premier cliché démontre un cholédoque proéminent à 14 mm avec d'importantes images de soustraction d'envion 13 mm, correspondant vraisemblablement à un calcul cholédocien. Un deuxième cliché démontre un cholédoque toujours légèrement proéminent avec légère opacification des voies biliaires intra-hépatiques discrètement proéminentes.

On procède alors à l'extraction des cholédocholithiases par sphinctérotomie. Par la suite, le patient a recommencé à manger normalement et il est sorti de l'hôpital peu de temps après l'opération, soulagé de ses douleurs. Ainsi, la sensibilité de l'échographie et de la tomodensitométrie abdominale ne permet pas d'éliminer complètement la présence de lithiase dans les voies biliaires et une investigation plus poussée peut parfois être bénéfique. Dans ce cas-ci, elle aura été profitable. *Clin*

Copyright© 2003. Tous droits réservés. ***LE CLINICIEN*** est publié douze fois par année par STA Communications Inc. située à Pointe-Claire, Québec. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit d'aucune façon sans l'autorisation écrite de l'éditeur, Postes Canada. Envois de publications canadiennes, contrat de vente # 40063348. Port payé à St-Laurent, Québec. Prière de faire suivre toute correspondance à l'adresse suivante : ***LE CLINICIEN***, 955, boul. St-Jean, bureau 306, Pointe-Claire, Québec, H9R 5K3. Téléphone : (514) 695-7623. ISSN 0832-9184