

# « J'ai mal au ventre » :

## La douleur abdominale chronique

Georges Ghattas, MD

Présenté à la Journée d'éducation médicale continue de l'Université de Montréal, le 10 octobre 2003.

Il n'existe pas d'algorithme assez complexe pour englober toutes les éventualités découlant de ces quelques mots : « Docteur, j'ai mal au ventre ».

### Le cas de Jeanne

Jeanne, âgée de 50 ans, vous consulte pour une douleur à l'hypocondre droit ayant commencé il y a 8 ou 9 mois. La douleur est intermittente, mais elle dure plusieurs jours sans arrêt, incluant la nuit. La douleur est décrite comme un brûlement ou un élancement qui varie, selon les activités. Jeanne n'a aucun problème de digestion et la douleur n'est pas influencée par les repas ou par la défécation. Les selles sont régulières et il n'y a jamais eu présence de sang ni de méléna dans celles-ci.



Elle fume un paquet de cigarettes par jour, mais elle ne consomme ni alcool, ni café. Ses antécédents personnels incluent une hystérectomie totale. Ses antécédents familiaux sont négatifs pour les problèmes digestifs ou le cancer. Pour ce qui est des médicaments, elle ne prend que du lorazépam.

L'examen physique s'avère normal, mis à part la présence d'une sensibilité à la palpation de l'hypocondre droit. L'examen cardiopulmonaire et du rachis sont également normaux.

Vous soupçonnez une dyspepsie ou un problème hépatique et prescrivez, en plus de la formule sanguine complète, un repas baryté et une échographie abdominale. La formule sanguine complète est normale, ainsi que le repas baryté, mais l'échographie démontre la présence de cholélithiases.

Voir la discussion du cas en page 71.

Vous commencez d'abord par une anamnèse et par un examen physique. Tentez d'abord de déterminer l'origine de la douleur. Les origines possibles sont multiples, mais se divisent généralement ainsi : le tube digestif supérieur, l'intestin grêle, le côlon, la paroi abdominale, le pancréas, le foie et les voies biliaires.

### Le tube digestif supérieur

Les douleurs provenant du tube digestif sont rythmées par les repas et souvent accompagnées de symptômes reliés au fonctionnement digestif. La survenue de telles douleurs périodiques, le soulagement par la prise de nourriture ou d'antiacide et, tout particulièrement, le réveil nocturne entraîné par la douleur doivent faire penser à une maladie ulcéreuse, quoique seulement 50 % des gens atteints d'ulcère présentent ces symptômes. Le tabagisme, la prise de médicaments ulcérogènes et les antécédents familiaux sont également de bons indices. Les symptômes seuls ne peuvent permettre de distinguer la maladie ulcéreuse de la dyspepsie fonctionnelle, maladie beaucoup plus hétérogène et fréquente. Un repas baryté sera souvent le premier examen à prescrire pour exclure un ulcère.

Un traitement d'éradication de l'*Helicobacter pylori*, lorsque sa présence est bien démontrée, est une solution acceptable. Cependant, le diagnostic par sérologie est faussement positif dans 30 % des cas et devrait donc être confirmé par un test respiratoire à l'urée. Une endoscopie, si disponible rapidement, est une autre option à considérer. Celle-ci devient nécessaire, en cas de signes ou de symptômes d'alarme (tableau 1) pour exclure une

Tableau 1

### Les symptômes et les signes d'alarme de la dyspepsie

- Âge (patients âgés de plus de 50 ans, surtout si les symptômes sont récents)
- Dysphagie
- Vomissements
- Perte de poids
- Saignement
- Anémie
- Masse abdominale palpable

néoplasie gastrique, dont les symptômes au stade précoce peuvent mimer la dyspepsie bénigne.

On doit également soupçonner d'autres diagnostics organiques tels qu'une hypothyroïdie (digestion lente, constipation et hormone thyroïdienne élevée), une gastro-entérite à éosinophile (présence d'une éosinophilie périphérique, de nausées, de vomissements ou de diarrhée). Les douleurs pancréatiques, incluant le cancer, peuvent ressembler à de la dyspepsie. Une échographie abdominale devrait être prescrite chez les patients âgés de plus de 40 ans. La dyspepsie en présence de diarrhée intermittente peut faire penser à une giardiase, à une intolérance au lactose (ou à un autre sucre mal digéré) ou à une maladie cœliaque, laquelle nécessite un dosage d'anticorps anti-transglutaminase.

La cause la plus fréquente de dyspepsie chronique demeure, et de loin, la dyspepsie fonctionnelle, laquelle



Le **Dr Ghattas** est professeur adjoint, Université de Montréal, et gastro-entérologue, Hôpital Notre-Dame, CHUM. Il s'intéresse particulièrement à l'endoscopie thérapeutique.

### Questions et réponses

#### 1. Faut-il investiguer tous les cas de dyspepsie ou commencer par un essai thérapeutique?

Chez la plupart des patients, un essai thérapeutique avec un médicament anti-sécréteur, après un bilan sanguin de base, est une approche acceptable. La présence d'un symptôme ou d'un signe d'alarme nécessite toutefois une évaluation plus approfondie.

#### 2. Une laparoscopie diagnostique est-elle une manœuvre utile pour l'évaluation d'une douleur abdominale chronique?

La laparoscopie diagnostique, sans diagnostic clinique préalable, tel une hernie de la paroi abdominale, ne peut être recommandée. Plusieurs cas rapportés semblent avoir bénéficié d'une lyse d'adhérence ou d'une appendicectomie. Toutefois, ces manœuvres n'ont pas été prouvées dans des études groupe-témoin.

#### 3. La diverticulose colique est-elle une cause de la douleur abdominale chronique?

Oui, il n'est pas impossible que les diverticules puissent contribuer à certains cas du syndrome du côlon irritable, mais le traitement demeure toutefois le même.

se définit par l'absence de maladie organique. Il est important de différencier le syndrome de reflux gastro-œsophagien (RGO) dont le diagnostic et le traitement peuvent s'effectuer sur la seule base des symptômes, en l'absence de signes d'alarme. On classifie la dyspepsie fonctionnelle en trois sous-types basés sur le symptôme prédominant. La dyspepsie de type « reflux » présente du pyrosis ou des régurgitations, en plus des symptômes

## La douleur abdominale chronique

typiques d'une origine gastrique. La dyspepsie fonctionnelle du type « ulcère » présente des épigastralgies soulagées par l'ingestion de nourriture ou d'anti-acides ou survenant la nuit. La dyspepsie de type « motrice » présente surtout des symptômes ressemblant à un ralentissement de la vidange gastrique (ballonnement postprandial, digestion lente, nausées ou satiété précoce). Une médication anti-secrétrice est probablement le meilleur traitement à offrir en premier pour une dyspepsie fonctionnelle et le taux de réponse se situe autour de 50 %.

### L'intestin grêle

L'insuffisance artérielle mésentérique chronique entraîne également des douleurs épigastriques postprandiales précoces, dont la durée varie de une à trois heures. L'indice caractéristique de cette maladie est la peur de manger, ce qui s'accompagne souvent d'une perte de poids. Le patient peut également présenter de la diarrhée ou de la stéatorrhée. À l'examen, on peut retrouver un souffle abdominal ainsi que des signes de maladie athérosclérotique multi-étagée. Habituellement, les antécédents de douleur ne remontent pas plus loin que six mois, environ. Ces patients sont à risque élevé d'infarctus mésentérique. Une évaluation par un Doppler abdominal suivi d'une artériographie, démontrant que deux des trois vaisseaux majeurs sont obstrués, permettre de confirmer le diagnostic, mais seulement si le tableau clinique est compatible. Une thrombose veineuse mésentérique peut se présenter de façon subaiguë ou chronique.

Une douleur péri-ombilicale intermittente accompagnée de vomissements doit évoquer une maladie obstructive du grêle. Dans le contexte d'un patient jeune et sans antécédents, surtout si la douleur s'accompagne de

fièvre ou d'une perte de poids, il faut considérer une maladie inflammatoire, en particulier une iléite de Crohn. La douleur peut également être localisée dans la fosse iliaque droite si le tableau d'iléite ne s'accompagne pas d'obstruction. Une masse abdominale et des signes oculaires, articulaires ou cutanés pourront également orienter vers ce diagnostic. Une anémie de type inflammatoire avec augmentation de la vitesse de sédimentation doit être recherchée. Le diagnostic est confirmé par un transit de l'intestin grêle ou, parfois, par une échographie de l'intestin ou par une tomодensitométrie abdominale.

### Le côlon

Les douleurs digestives basses sont habituellement associées à une modification des habitudes des selles (diar-



*Pensez à l'avenir  
en envisageant une  
rémission complète*

*Voir page 144*

Tableau 3

### La technique d'infiltration de la paroi

- Localiser le site de douleur maximale avec précision.
- Désinfecter la peau.
- Injecter 5 à 10 mL de xylocaïne (1 % ou 2 %, sans épinéphrine), avec une aiguille fine, dans un bourrelet de peau pincé entre 2 doigts.
- La douleur disparaît habituellement en 5 minutes. S'il y a récurrence avec la xylocaïne, ajouter de la triamcinolone, sauf si le site de la douleur se trouve près d'une cicatrice chirurgicale.

rhée, constipation ou alternance des deux). On pensera au cancer du côlon si les symptômes sont d'apparition récente (moins de 6 mois), chez un patient âgé de 50 ans ou plus (parfois moins, selon les antécédents familiaux), en présence de saignements, même minimes, ou d'une perte de poids. Le toucher rectal est important pour palper une lésion néoplasique ou pour soupçonner une carcinomatose. Le lavement baryté double contraste est le premier examen à faire après le bilan sanguin de base, surtout parce qu'il est disponible rapidement. Une colonoscopie devra être considérée si le lavement démontre des polypes ou si les antécédents familiaux ou l'examen physique sont inquiétants. On trouvera très souvent des diverticules coliques lors du lavement. Les douleurs attribuées à la diverticulose sont essentiellement les mêmes que celles du côlon irritable, mais la majorité des patients atteints de diverticulose sont asymptomatiques.

Les causes fonctionnelles de la douleur abdominale chronique d'origine colique sont les plus fréquentes. Dans le cas du syndrome du côlon irritable (SCI), la douleur se situe habituellement dans le bas de l'abdomen, mais elle peut aussi se trouver à l'abdomen supérieur ou au dos. Les critères de Rome aident à encadrer le diagnostic et à exclure une maladie organique en l'absence de certains signes d'alarme.

La douleur abdominale fonctionnelle chronique fait

également partie du spectre. Les patients qui en souffrent habituellement sont des femmes et ne présentent pas les critères typiques du SCI. Leur douleur a tendance à changer avec le temps. Leur réponse au traitement habituel du SCI est également moins bonne. Évidemment, un bilan plus exhaustif est à effectuer dans ces cas-là, mais le plus souvent aura déjà été fait vu la fréquentation plus grande des cliniques et des urgences pour ce type de patient. Une altération de la perception et de l'interprétation des influx sensitifs venant du tube digestif (hyperalgie viscérale) semble être à l'origine de ces problèmes.

Une fréquence élevée d'abus physiques et sexuels dans le passé est une des caractéristiques intéressantes des patients présentant une douleur intestinale d'origine fonctionnelle. Une autre caractéristique est l'association plus fréquente de symptômes extra-intestinaux.

## La paroi abdominale

Une des causes les plus sous-estimées de la douleur abdominale chronique est certainement la douleur provenant de la paroi abdominale. Les indices évoquant une origine pariétale sont multiples : une localisation très précise de la douleur, une douleur qui ne traverse jamais la ligne médiane ou qui s'étend vers le dos en « demi-ceinture », une douleur associée à la position, aux mouvements ou survenant la nuit et, finalement, l'absence de relation entre les douleurs et le fonctionnement du tube digestif, soit par l'alimentation ou par l'élimination. Le problème peut être compliqué par la combinaison de deux maladies chez le même patient, une étant pariétale et l'autre étant digestive. Il faut prendre le temps de différencier les deux types de douleur au moment de l'interrogatoire.

Lors de l'examen physique, le test de Carnett permet habituellement de confirmer l'origine pariétale de la douleur.

Le traitement, que tout médecin peut faire dans son bureau, est d'infiltrer le site de douleur maximale avec

### Et Jeanne?

Après consultation en chirurgie générale, on soupçonne une cholécystite chronique. La patiente subit alors une cholécystectomie par laparoscopie. Tout se passe bien, mais la patiente revient vous consulter deux mois plus tard pour le même malaise. Vous lui faites alors passer un bilan hépatique et une échographie qui s'avèrent normaux.

À la visite suivante, vous l'examinez en pratiquant le test de Carnett, qui est positif. Une infiltration de xylocaïne (1 %) au site de douleur maximale résorbe la douleur. Un mois plus tard, la douleur n'est pas revenue. Votre diagnostic final est celui d'une douleur chronique de la paroi abdominale, en particulier d'un syndrome de compression du nerf cutané antérieur.

### À retenir...

- Des examens de laboratoire et de radiologie simples sont habituellement suffisants pour poser un diagnostic.
- Un traitement efficace, tel qu'une prescription d'un anti-sécréteur ou une infiltration de xylocaïne, est souvent disponible pour médecin de première ligne.
- Pour les maladies fonctionnelles du tube digestif, dans le contexte où un diagnostic organique est exclu ou peu probable, une consultation en spécialité est généralement inutile (la plupart de ces patients sont davantage satisfaits par les soins reçus par leur médecin de première ligne que par ceux prodigués par les spécialistes).

5 à 10 mL de xylocaïne par la technique d'injection sous-cutanée (tableau 3).

Chez un patient diabétique, une névrite d'un nerf cutané peut survenir et causer une douleur importante. Les hernies ombilicales ou inguinales, plus évidentes lorsque le patient est debout, sont également des sources de douleur. Une hernie de Spiegel est plus rare et plus difficile à diagnostiquer. La douleur, exacerbée par la contraction abdominale, sera localisée à la marge externe du grand droit, quelques centimètres sous l'ombilic, souvent sans masse ni voussure palpable. Le diagnostic sera posé en pratiquant une échographie de surface, par une tomodensitométrie ou par une laparoscopie. Les hernies épigastriques sont à rechercher sur la ligne médiane, particulièrement chez les patients obèses. La douleur peut être localisée à un ou à plusieurs endroits et une petite masse est souvent palpable. Le traitement pour ces deux types de hernies est d'ordre chirurgical.



Lipidil SUPRA<sup>®</sup> est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire ou à d'autres mesures thérapeutiques chez les patients atteints d'une hypercholestérolémie de type IIa et d'une hyperlipidémie mixte de type IIb selon la classification de Fredrickson, pour réduire le taux de triglycérides sériques (TG) et de LDL et augmenter le taux de HDL, ainsi que chez les patients adultes atteints d'une hypertriglycéridémie très élevée et d'une hyperlipidémie de type IV ou V, selon la classification de Fredrickson, qui présentent un risque élevé de séquelles et de complications liées à l'hyperlipidémie.

Monographie du produit disponible sur demande à Fournier Pharma Inc., Montréal (Québec) H3A 2R7.

Lipidil SUPRA<sup>®</sup> est mesures thérapeutiques d'une hyperlipidémie de triglycérides sériques adultes atteints d'une hyperlipidémie de complications liées à l'hyperlipidémie.

Monographie du produit

© Marque déposée. Produit développé et manufacturé par Laboratoires Fournier SA, Dijon, France.

MC Lipidil SUPRA<sup>®</sup> est une marque de commerce de Fournier Pharma Inc. 2003 Fournier Pharma Inc., Montréal (Québec) H3A 2R7

**LIPIDIL<sup>®</sup>**  
**supra**

fénilfibrate formule microenrobée

**FOURNIER**  
PHARMA

[www.fournierpharma.ca](http://www.fournierpharma.ca)

CCP

Member  
R&D

LS 18-0303F

### Le pancréas

Les douleurs d'origine pancréatique, difficiles à diagnostiquer, doivent être recherchées lorsqu'une douleur épigastrique ou à l'hypocondre gauche s'accompagne d'une irradiation dorsale. La pancréatite chronique peut parfois ressembler à de la dyspepsie. Le contexte clinique d'un éthyisme chronique, d'un diabète ou d'une diarrhée avec perte de poids doivent évoquer le diagnostic. La présence de calcifications pancréatiques notées lors d'un examen baryté en est un bon indice.

Une échographie ou une tomographie abdominale peuvent confirmer le diagnostic, mais certains cas nécessiteront des investigations plus poussées. Le cancer pancréatique, en l'absence d'ictère, se présente sournoisement par des douleurs mal définies, plus ou moins reliées à l'alimentation. L'irradiation dorsale et la perte de poids surviennent éventuellement. Le contexte d'un diabète apparu depuis moins de deux ans et le tabagisme sont des facteurs de risque connus.

### Le foie et les voies biliaires

Du côté du foie, la douleur provient rarement de la capsule étirée par une congestion veineuse (maladies cardiaques, habituellement). L'hépatalgie et l'hépatomégalie notées à l'examen clinique, avec ou sans signes de défaillance cardiaque, seront suggestives. Les processus infiltratifs du foie, tels que les métastases, la sarcoïdose ou l'amyloïdose, sont habituellement suggérés par le contexte clinique, mais peuvent être les premiers symptômes de la maladie. Une échographie est généralement recommandée en présence d'un foie douloureux. De plus, un doppler veineux ou une échographie cardiaque peuvent confirmer la présence d'hypertension veineuse pour un foie congestif et pour

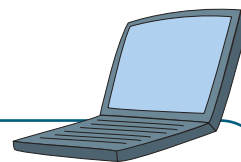
les cas de dysmorphie hépatique suggérant un syndrome de Budd-Chiari.

Les douleurs biliaires sont généralement situées en haut de l'abdomen, pouvant irradier vers l'omoplate ou le milieu du dos. L'examen de l'abdomen sera habituellement indolore. La distinction avec la dyspepsie est à faire, bien que cela soit parfois difficile, où l'élément de douleur est moins marqué et le lien avec les repas est plus évident. De plus, les douleurs biliaires surviennent généralement beaucoup moins fréquemment que la dyspepsie. Il faut également rechercher un point douloureux

précis et effectuer le test de Carnett et la manoeuvre du « pincé-roulé » pour exclure une douleur originaire de la paroi. Une échographie abdominale montrant des lithiases, dans le contexte clinique décrit plus haut, nécessitent une référence en

chirurgie. Toutefois, l'absence de lithiasse n'exclut pas une origine biliaire. Dans certains cas, la cholécystectomie peut traiter la douleur de type biliaire associée à la présence de microlithiases ou à la présence d'une dyskinésie de la vésicule biliaire. En l'absence de ces deux critères, une douleur biliaire, même typique, ne devrait pas nécessiter de cholécystectomie. *Clin*

***Les douleurs pancréatiques peuvent ressembler à de la dyspepsie. Une échographie abdominale devrait être prescrite chez les patients âgés de plus de 40 ans.***



#### A visiter :

Les critères de Rome II (site en anglais) :  
[www.romecriteria.org/index.html](http://www.romecriteria.org/index.html)

**[www.stacommunications.com](http://www.stacommunications.com)**



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.