

UNIVERSITE DE FERHAT ABBAS,SETIF1

FACULTE DE MEDECINE

SERVICE DE MEDECINE INTERNE



**Module: Gastro-enterologie**  
**Titre du cours : syndrome douloureux**  
**épigastrique**  
**Enseignant : Dr N/ ZIGHMI**  
**Date : 15 /04/2020**

# PLAN

- **I/INTRODUCTION**

- **II/CAT devant un syndrome douloureux épigastrique aigu:**

**A/DC:**

- 1)Reconnaitre et localiser
- 2)Apprécier la gravité
- 3)En l'absence de signes de gravité

Interrogatoire examen physique exploration

**B/ ETIOLOGIES:**

1/ DL aiguës chirurgicales

2/ DL aiguës médicales

**III/ CAT devant un syndrome douloureux épigastriques chroniques**

- Reconnaitre et localiser
- Rattacher à une étiologie: interrogatoire , examen physique exploration
- Etiologies

# I/INTRODUCTION

- La douleur épigastrique est un symptôme fréquent d'origine abdominale ou extra-abdominale, de caractère aiguë ou chronique ,de traitement chirurgical ou médical
- Elle impose un interrogatoire minutieux et un examen physique complet qui orienteront la demande d'examens complémentaires

## II/ CAT devant un syndrome douloureux épigastrique aigu

### I) Démarche DC:

#### A/Reconnaitre et localiser:

- Eliminer les douleurs irradiées:
  - douleur d'origine thoracique ou médiastinale ( pneumopathie, péricardite , embolie pulmonaire)
  - douleur d'origine pariétale
  - douleur d'origine costale
  - douleur d'origine vertébrale: aggravée par le toux
- Eliminer les poussée aigues d'un syndrome douloureux épigastrique chronique ( pancréatite chronique)

## **B/Apprécier la gravité du tableau clinique ++**

Altération de l'état général

Faciès pale , cyanosé

Attitude : agité , prostré, Position antalgique particulière (ex chien de fusil dans la pancréatite aigue)

Signes de choc : TA imprenable, tachycardie , pouls filant , PCM intense , marbrure des extrémités, oligurie

Inspection: immobilité de l'abdomen (perforation d'organe)

Ecchymose ( pancréatite aigue)

Palpation: sensibilité , défense , contracture

Palper les orifices herniaires et ombilic ( hernie étranglée)

Percussion: disparition de la matité pré hépatique (perforation)

Matité ( épanchement péritonéal) puis TR .

# En même temps

- Interrogatoire de l'entourage
- ATCDs médicaux et chirurgicaux
- Hospitalisation
- Mettre en place O<sub>2</sub> voies d'abord veineuse de gros calibre
- Bilan biologique et radiologique
- Selon l'orientation étiologique

Si aucun diagnostic n'est retrouvé et devant un tableau aigue chirurgical la décision d'opérer ne doit pas être retardée par les exploration, le diagnostic sera fait en per-opératoire

## **C/ Absence de signes de gravité**

### **I/ interrogatoire:**

**Dans cette situation ,une enquête étiologique minutieuse et méthodique doit être menée pour rattacher le syndrome douloureux à une affection précise**

- **ATCD M:** HTA, diabète, affection coronarienne , lithiase biliaire, MUGD
- **ATCD C:**
- **Le terrain:** tabac , alcool , terrain athéromateux ,Prise de médicaments au long cours

## • Le caractère de la douleur:

- 1) Intensité
- 2) Le siège
- 3) Le mode de début brutal ou progressif
- 4) La durée
- 5) Le mode évolutif: continu, intermittent, post prandiale précoce ou tardif, notion de rythmicité
- 6) L'horaire diurne ou nocturne
- 7) Les irradiations: HCD, Dos, FID,
- 8) Le type: brûlure, picotement, broiement, torsion pulsatile
- 9) Les facteurs aggravants ou atténuants: position, médicament, aliments

## Les signes accompagnateurs

**Digestifs:** nausée, vomissements , hémorragie digestive, troubles du transit

**Extra digestifs:** fièvre , signes urinaires , signes gynécologiques (DDR)



## 2/Examen Physique:

**Inspection:** mouvement respiratoire de la paroi abdominale, distension symétrie

**Palpation:** doit être douce en commençant par les régions non douloureuses, il faut rechercher l'existence de Point douloureux ,signe de Murphy, mac Burney HMG, SMG, globe vésical ,

**Percussion:** météorisme , matité TR+++

Les Examens cardiovasculaire , pleuro-pulmonaire , lympho-ganglionnaire et gynécologique terminent l'examen physique

## 3/Examens biologiques et radiologiques selon l'orientation diagnostique

## **2/ ETIOLOGIES:**

### **A/Douleurs chirurgicales:**

#### **1) Perforation d'ulcère gastroduodénale:**

DL brutale et intense , en coup de poignard ,de siège épigastrique puis diffuse à tout l'abdomen ., voire un état de choc .

Interrogatoire: ATCD de MUGD, médicaments gastro toxiques

Examen physique: contracture abdominale invincible , disparition de la matité pré hépatique, TR douloureux

Examens complémentaires:ASP,TDM

TRT: CHIR

UD: suture épiploplastie , toilette péritonéale et vagotomie

UG: suture épiploplastie , toilette péritonéale et vagotomie

Biopsies en per opératoire ou à distance



## **2/Cholécystite aiguë lithiasique :**

Il s'agit le plus souvent d'une femme

Douleurs de l'hypochondre droit ou du creux épigastrique

Nausées, vomissements

Fièvre 38- 39°

Murphy +

Parfois défense au niveau de l'hypochondre droit ou de l'épigastre

Biologie: hyper leucocytose , faire hémocultures systématiquement

### **Echographie:**

épaississement de la paroi vésiculaire >4mm, calculs vésiculaires

Absence de dilatation de la VBP

**TRT:** médical ATB puis chirurgical dans un deuxième temps.

### **3/Angiocholite:**

Triade classique:

DI de l'hypochondre droit ou épigastrique

Fièvre élevée 39-40° avec frisson

Ictère choléstatique avec urines foncées et selles décolorées

Murphy +

BIO: hyper leucocytose, choléstase, cytolyse

Faire Fx rénale (INS rénale dans les formes graves) ionogramme sanguin+++ et hémocultures

**Echographie: dilatation de la VBP, calculs VB**

**TRT:** médical ATB à large spectre, rééquilibre hydro électrolytique, antalgique

**Sphinctérotomie endoscopique puis cholécystectomie de préférence sous cœlioscopie**

# 4/ Infarctus mésentérique :

## Peut résulter:

- Embolie artérielle; 50%
- Thrombose artérielle 25 % ou veineuse 10%;
- Vasoconstriction IIaires états de bas débit; 15%

## Devant patients:

Dlrs abdominales crampoïdes importantes >2-3H

+

Terrain: -Age>50 ans;

-Insuffisance cardiaque;

-Troubles du rythme;

-Infarctus du myocarde récent;

-Hypovolémie/ hypotension /sepsis.

-Antécédents d'embolie artérielle ou de thrombose veineuse profonde

-Antécédents de douleurs abdominales post-prandiales inexplicées.

-États d'hypercoagulabilité

## Retenir

**Clinique** : Dlr domine le tableau : début brutal, siège médian continue +/- Arrêt des matières et des gaz; Selles sanglantes  
Signes généraux marqués à un stade avancé: T°+ Collapsus  
Contrastant avec la pauvreté initiale des signes physiques  
Tardivement: Silence auscultatoire  
Défense/Contracture

**Terrain**: Sujets jeunes/Sujets sans Atcdts : **possible**

**Intérêt d'y penser chez patients Sd douloureux abd++++avec Signes physiques pauvres**

**Dgc**: **angioscanner addominal, arteriographie**

**TRT**: **chirurgie**



## 5/autres

- Appendicite aigue au début
- Occlusion intestinale haute

Plus rare

Anévrisme disséqué de l'aorte abdominale

## **B/ douleurs médico- chirurgicales**

### **Pancréatite aigue:**

Une atteinte inflammatoire aigue du pancréas, allant du simple œdème à la nécrose pancréatique et peripancreatique

#### **Physiopathologie :**

Un facteur déclenche une autodigestion de la glande pancréatique par activation des enzymes pancréatiques synthétisées sous forme inactive

- **CONSEQUENCES LOCALES:**
  - œdème, nécrose du pancréas
  - agression au niveau de la cavité péritonéale
- **CONSEQUENCES GENERALES**
  - atteinte multiviscérale

# PA

**Début: rapidement progressif**

## **CLINIQUE:**

**Signes fonctionnels: DOULEUR 90 à 95%**

**Epigastriques et transfixiantes Intenses et permanentes**

**Position en chien de fusil**

**nausées ,vomissements**

**Signes généraux: +/-fièvre**

## **Examen physique:**

**Est généralement pauvre se limitant souvent à une défense épigastrique**

**Certains signes sont classiques mais rare < 5% témoignant d'une PA grave: ecchymose péri-ombilicale ou des flancs**

## Examens complémentaires:

### Biologie:

Bilan d'urgence: FNS, bilan rénal, bilan hépatique , CRP

Lipasémie doit être  $> 3$  nle

**Échographie abdominale** : peut ne pas voir le pancréas dans 40% des cas( présence de gaz)

Augmentation de la taille du pancréas.

Recherche de principe un lithiase biliaire.

-Sensibilité de 60 %Spécificité de 90%.

### TDM ABDOMINALE :

-examen de référence+++

- pas de TDM en urgence si on n'a pas de doute diagnostique

-TDM à la 72ème heure pour évaluer la gravité Score de Balthazar(voir chapitre DC)

-Réalisé plus tôt, peut sous-estimer l'importance des lésions.

# TDM

## Score de Balthazar

### *Inflammation pancréatique et péri-pancréatique*

### *Nécrose pancréatique*

**Grade A : Pancréas normal (0pt)**

***Pas de nécrose***

**Grade B : Elargissement focal  
ou diffus du pancréas (1pt)**

**Grade C : Pancréas hétérogène  
+ densification de la graisse  
péri-pancréatique (2 pts)**

**Nécrose < 30 % (2pts)**

**Nécrose 30-50 % (4pts)**

**Grade D : Coulée péri pancréatique  
unique (3 pts)**

**Nécrose > 50 % (6pts)**

**Grade E : Coulées multiples ou présence  
de bulles de gaz au sein d'une coulée (4 pts)**

# TRAITEMENT MEDICAL

- lutter contre le choc et l'hypovolémie
- mise au repos du tube digestif (arrêt de l'alimentation)
- **nutrition artificielle** (entérale +++ ou parentérale)
- antalgiques
- +/- antibiotiques

## **3/douleurs médicales:**

### **A/ crise ulcéreuse hyper algique:**

#### **Interrogatoire:**

Caractère de la DL post prandial tardif à type de crampe intermittente, rythmée par les repas et atténuée par l'alimentation

#### **Examen complémentaire:**

FOGD

**TRT:**

**IPP+ATB**

- **B/Infarctus du myocarde :**

Il peut se manifester sous forme de douleur épigastrique parfois associée à des vomissements, ce qui peut simuler une urgence chirurgicale

Terrain: HTA, diabète , obésité , tabagisme , hypercholestérolémie

**Examen complémentaires : ECG**

**Troponines**



## **C/Colique hépatique:**

lithiase de la vésicule biliaire

**ECHO:** image hyper écho gène avec cône d'ombre

**TRT:** antispasmodique

**puis chirurgie : cholécystectomie**

# Autres causes

- Colique néphrétique:
- Syndrome de Budd Chiari aiguë
- Cancer du foie
- Hépatite aiguë
- Foie cardiaque

### III/ CAT devant un syndrome douloureux épigastrique chronique

#### A/ démarche DC:

#### **Interrogatoire:**

ATCDs

Terrain: tabac, alcool, athéromateux

Caractère de la Douleur

Signes accompagnateurs

#### **Examen physique:**

#### **Examens complémentaires:**

**Biologique**

**Radiologique**

**Selon l'étiologie**

# ETIOLOGIES

**I/ d'origine gastro- duodénale:**

A/ulcère gastroduodéal:

B/gastrite chronique

C/ cancer gastrique

D/ œsophagite : secondaire au RGO

**E/ fonctionnelle: dyspepsie**

# II/ d'origine pancréatique

- **Pancréatite chronique:**

- Lésions inflammatoires chroniques du parenchyme évoluant vers fibrose et destruction du pancréas exocrine puis au stade tardif du pancréas endocrine

- **Cancer du pancréas:**

## **Clinique:**

Douleur épigastrique , continue, augmente progressivement

Ictère progressif sans rémission avec prurit

Accompagnée d'un amaigrissement important

## **Examen physique:**

Grosse vésicule palpable

## **Examens complémentaires :**

Echographie, TDM, IRM pancréatique; Echo-endoscopie

**TRT:** chirurgie curatrice que dans 10 à 20% des cas

Chimiothérapie

## III/douleurs d'origine vasculaire :

### 1/Anévrisme de l'aorte de l'aorte abdominale

### 2/ANGOR MESENTERIQUE

- Douleurs abdominales post prandiales : 15 à 30 minutes après le repas ,diffuses durant 1-3H
- le patient a peur d'avoir mal et réduit et fractionne ses repas
- L'existence d'un souffle abdominal évoque la sténose d'une ou des artères digestives.

## **IV/ Autres:**

- **Cancer du foie**
- **Budd Chiari**
- **Abcès du foie**
- **Dyspepsie**
- **Porphyrie aigue intermittente**
- **Maladie périodique**
- **Insuffisance surrénale chronique**

# CONCLUSION

- Il ne faut pas calmer une douleur aigue sans étiquette étiologique surtout si on suspecte une cause chirurgicale
- Devant toute douleur épigastrique inexplicée, il faut évoquer un IDM
- Devant les affections chroniques ,l'enquête étiologique ne doit pas retarder l'introduction du traitement afin de prévenir les complications