

Conduite à tenir en urgence devant une douleur épigastrique

Emergency care in front of an abdominal pain

Manon Evain, Dominique Lamarque
Hôpital Ambroise Paré, Service d'hépatogastroentérologie, 9 Avenue Charles de Gaulle. 92104 Boulogne Billancourt, France

e-mail : <dominique.lamarque@aphp.fr>

Résumé

Les épigastralgies motivent environ 5 % des consultations et touchent environ 1 % de la population chaque année, dont environ un quart souffrira de symptômes chroniques. La dyspepsie est un ensemble de symptômes comprenant une douleur ou un inconfort aigu ou chronique de la région épigastrique provenant du tube digestif supérieur. Elle peut être décrite comme une douleur, une brûlure, une crampe, un ballonnement, une digestion lente ou encore une satiété précoce. Le diagnostic des épigastralgies et de la dyspepsie est symptomatique, et il peut être difficile de s'orienter devant des symptômes habituellement diffus et pouvant cacher un diagnostic extradiigestif grave.

■ **Mots clés** : épigastralgie, dyspepsie, orientation diagnostique

Abstract

Epigastralgia motivates about 5% of consultations and affects about 1% of the population each year. About a quarter of the patients will suffer from chronic symptoms. Dyspepsia is a set of symptoms that includes acute or chronic pain or discomfort of the epigastric region from the upper gastrointestinal tract. It can be described as pain, burning, cramp, bloating, slow digestion or early satiety. The diagnosis of epigastralgia and dyspepsia is symptomatic, and it may be difficult to orient to usually diffuse symptoms which can hide a serious extra digestive diagnosis.

■ **Key words**: epigastralgia, dyspepsia, diagnostic orientation

L'objectif de cet article est de créer une démarche diagnostique simple pour orienter le praticien dans sa pratique de tous les jours face à ce symptôme difficile.

Interrogatoire : premier temps essentiel de l'orientation diagnostique

L'interrogatoire permet dans plus de 80 % des cas d'orienter le diagnostic de la cause d'une douleur épigastrique [1-3].

Il comprend plusieurs questions angulaires concernant la douleur elle-même :

– *Le début* : progressif, rapide ou brutal.

– *Le type ou caractère* : douleur à type de brûlure, torsion, pesanteur, gêne ou crampe.

– *L'intensité* : faible ou forte (EVA), variable selon les patients ainsi que la possibilité de poursuivre des activités en cours, y compris le sommeil.

– *L'évolution* : douleur continue, intermittente, ou continue avec des paroxysmes.

La *douleur constante* évoque la distension ou l'œdème de la paroi d'un viscère creux, ou l'étirement de la capsule des organes pleins.

Pour citer cet article : Evain M, Lamarque D. Conduite à tenir en urgence devant une douleur épigastrique. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 23-31. doi : 10.1684/hpg.2018.1696

La douleur à fond constant avec intensification transitoire est évocatrice d'une origine canalaire par contraction des canaux biliaires en tension (colique hépatique).

“ L'interrogatoire permet dans plus de 80 % des cas d'orienter le diagnostic de la cause d'une douleur épigastrique ”

L'irradiation de la douleur doit être cherchée systématiquement.

Quels sont les événements qui modifient le caractère ou l'intensité de la douleur ?

La position du patient :

- l'alimentation (y compris purement liquide) et le jeûne ;
- l'évacuation d'une selle ou de gaz par l'anus ;
- les antalgiques.

Les signes associés :

- *Fonctionnels digestifs* : modification du transit intestinal, ballonnement, émission de gaz en excès, nausées, vomissements.
- *Fonctionnels extradigestifs*, notamment gynécologiques (leucorrhée, retard de règles, métrorragies), urinaires (brûlures urinaires, pollakiurie, dysurie, hématurie), pneumologiques (toux).
- *Généraux* : fièvre, anorexie, asthénie ou perte de poids.

Orientations étiologiques

Les douleurs dans la région épigastrique peuvent être en rapport avec plusieurs organes : l'estomac, le foie, le pancréas,

le duodénum mais aussi le côlon transverse qui peut constituer un piège diagnostique (figure 1).

Des douleurs venant d'autres organes peuvent aussi être responsables d'épigastralgies par irradiation.

Précisez le début d'apparition de la douleur

Le premier temps de l'interrogatoire est de déterminer le *début d'apparition de la douleur*. Il est important de distinguer dans un premier temps les douleurs d'apparition brutale des douleurs d'apparition rapide.

Le *début d'apparition de la douleur*. Il est important de distinguer dans un premier temps les douleurs d'apparition brutale des douleurs d'apparition rapide.

• La douleur d'apparition brutale

Une douleur d'apparition brutale survient en quelques secondes. Elle est d'emblée d'intensité maximale.

En cas de douleur d'apparition brutale, les diagnostics principaux à évoquer systématiquement sont :

- l'ulcère gastro-duodéal perforé bouché ;
- l'infarctus du myocarde ;
- la dissection aortique.

Il s'agit de diagnostics urgents et la prise en charge doit être hospitalière (figure 2).

“ En cas de douleur d'apparition brutale, les diagnostics principaux à évoquer systématiquement sont l'ulcère gastro-duodéal perforé bouché, l'infarctus du myocarde et la dissection aortique ”

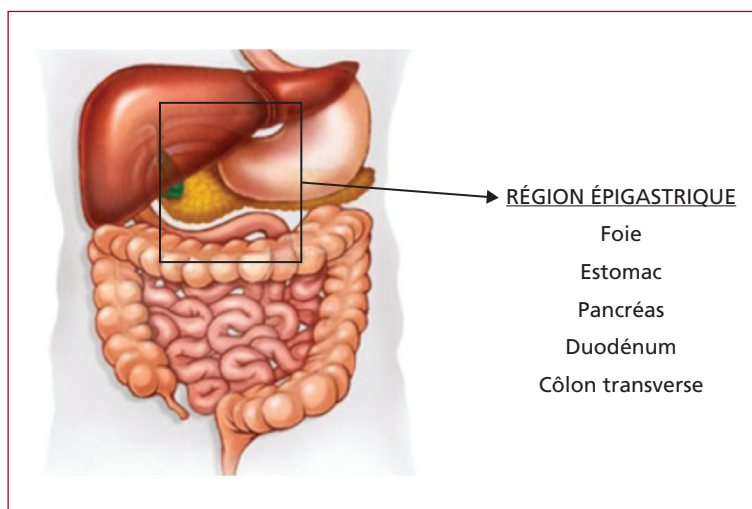


Figure 1. Les organes de la région épigastrique.

Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

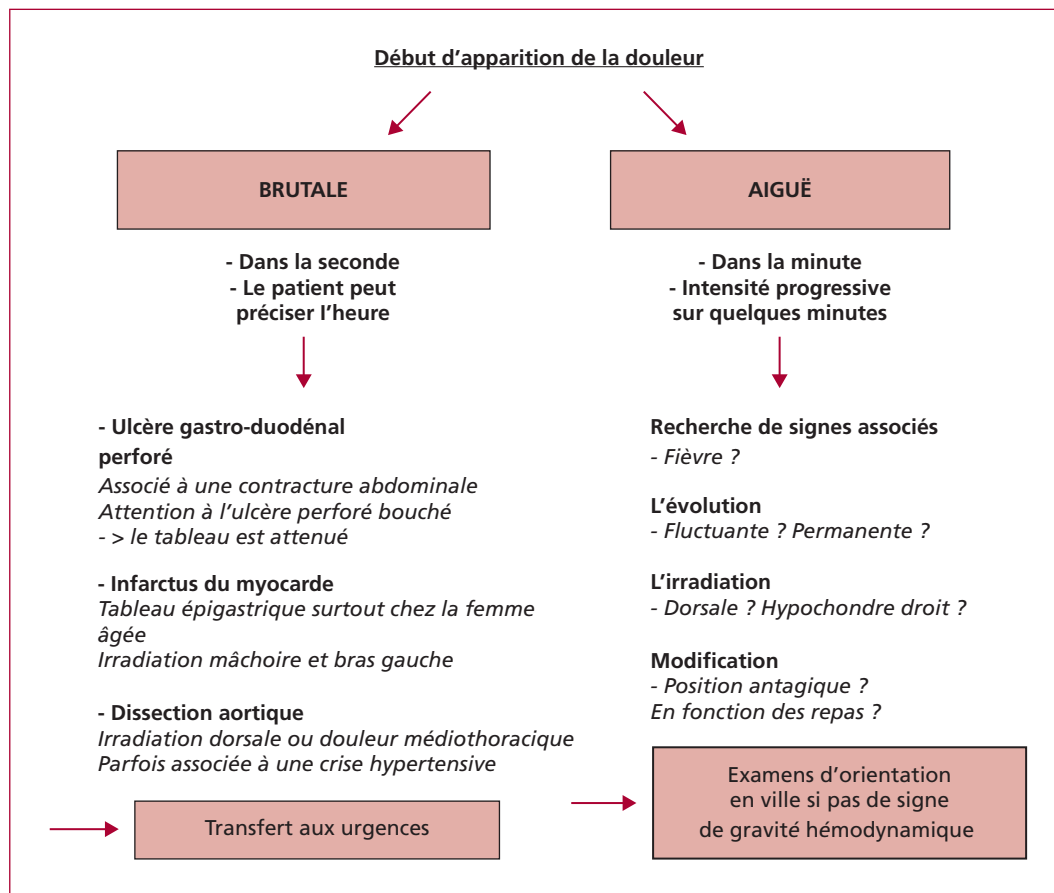


Figure 2. Orientation clinique en fonction de la rapidité d'instauration de la douleur. Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

• *La douleur d'apparition aiguë*

Une douleur à début aigu survient en quelques minutes et son intensité est progressive (figure 2).

En cas de douleur à début aigu, il faut étoffer l'interrogatoire, détecter une fièvre et réaliser un examen clinique minutieux pour s'orienter vers le diagnostic.

Les caractéristiques cliniques des principales causes de douleurs épigastriques aiguës

Après plusieurs heures, l'apparition d'une fièvre est un élément d'orientation (figure 3).

L'ischémie aiguë mésentérique

C'est un diagnostic souvent oublié mais il faut y penser, notamment chez un patient avec un terrain vasculaire.

C'est une douleur intense, initialement péri-ombilicale puis diffuse à tout l'abdomen, elle est permanente avec paroxysmes douloureux qui témoignent de l'hyperpéristaltisme initial, cependant à un stade avancé, les bruits hydroaériques disparaissent.

Il existe le plus souvent une diarrhée associée, parfois sanglante, qui est alors très évocatrice.

L'abdomen n'est pas distendu dans un premier temps puis un météorisme apparaît à un stade avancé, il existe alors une défense, un syndrome inflammatoire avec fièvre pouvant mener à un état de choc.

“ Après plusieurs heures, l'apparition d'une fièvre est un élément d'orientation d'une douleur épigastrique de survenue aiguë ”

“ L'ischémie aiguë mésentérique est un diagnostic souvent oublié mais il faut y penser, notamment chez un patient avec un terrain vasculaire ”

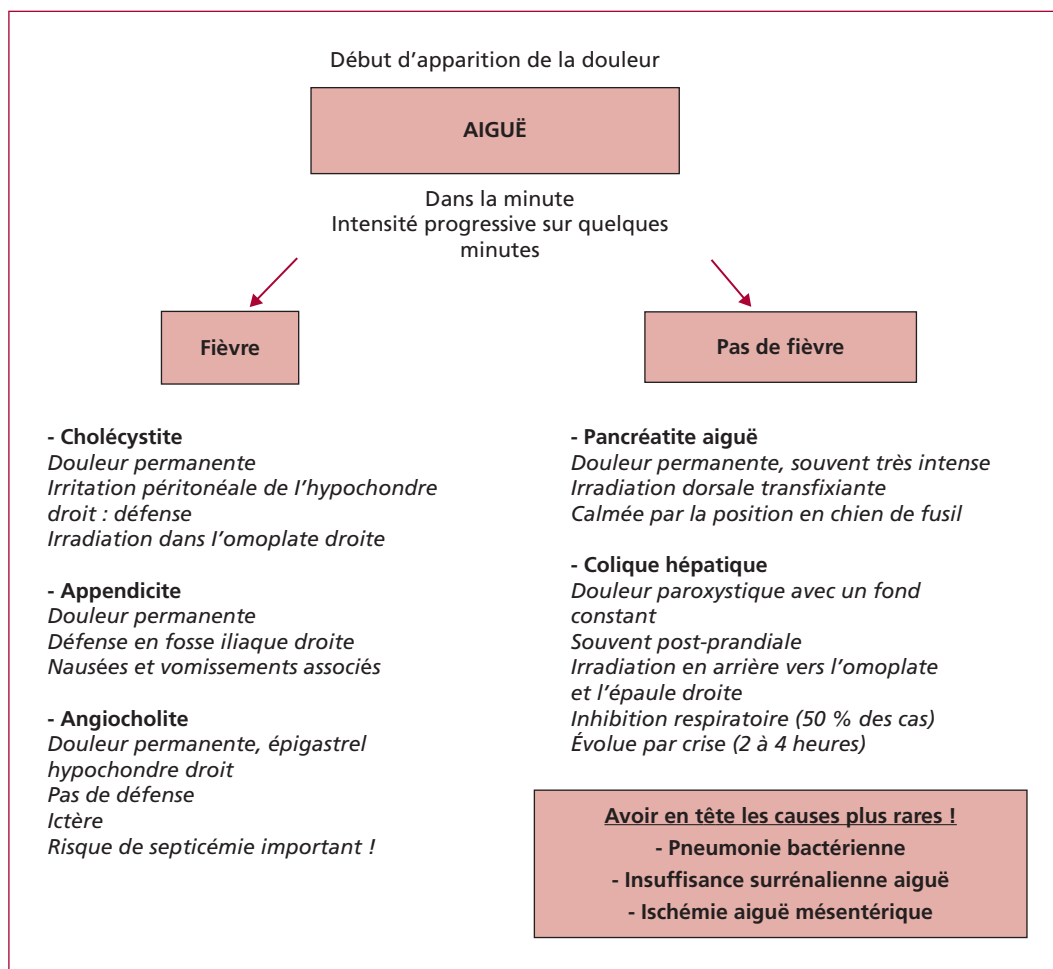


Figure 3. Orientations cliniques des douleurs d'apparition aiguë.
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

L'appendicite

L'appendicite est une maladie trompeuse car les douleurs diffèrent selon l'évolutivité de la maladie. Initialement, l'obstruction de la lumière appendiculaire et la production de mucus aboutissent à une distension de la lumière, avec une douleur viscérale sourde, constante qui augmente en intensité et qui se localise en épigastrique ou péri-ombilicale. Il n'y a alors pas systématiquement de fièvre ni d'hyperleucocytose. La persistance de l'obstruction sans traitement aboutit à une nécrose progressive de la paroi avec lyse des fibres sensitives, la douleur viscérale disparaît pour laisser place à une douleur pariétale, localisée, causée par l'irritation péritonéale.

“ Initialement, l'inflammation de l'appendice provoque une douleur viscérale sourde, constante qui se localise en épigastrique ou périombilicale ”

La douleur liée à une augmentation subite de la pression dans les canaux biliaires

Cette douleur a des caractères différents selon que la migration lithiasique est simple ou compliquée.

La douleur d'origine biliaire est de siège épigastrique et dans l'hypochondre droit. Elle irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droite, elle s'accompagne dans plus de la moitié des cas d'une inhibition respiratoire. Elle est de début rapidement progressif, volontiers vespéral et favorisée par un repas abondant et gras. Les facteurs de risque de maladie biliaires sont l'âge, le sexe féminin, le surpoids, la multiparité, le jeûne prolongé et l'hypertriglycéridémie.

La douleur de colique hépatique qui résulte de l'enclavement aigu d'un calcul dans l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique, avec rétention de la bile en amont, a la particularité d'être paroxystique par contraction des canaux biliaires, avec un fond constant qui correspond à la dilatation progressive des voies biliaires. Il n'existe alors pas

de défense, ni de syndrome infectieux et la douleur cède en quelques heures par désenclavement spontané du calcul. Si le calcul reste en place, il y a un risque d'infection du contenu vésiculaire avec inflammation de la paroi aboutissant à une cholecystite aiguë. La douleur est alors constante, accompagnée de fièvre, avec une défense localisée par irritation péritonéale. Le signe de Murphy clinique et échographique (blocage de la respiration lors de l'inspiration profonde par la douleur provoquée à la palpation du lit vésiculaire) peut constituer un signe d'orientation. Il n'y a pas d'ictère car la voie biliaire principale est libre.

Lors de l'enclavement d'une lithiase dans la voie biliaire principale, la stagnation de la bile expose à un risque majeur d'infection avec apparition d'une angiocholite. La triade symptomatique s'installant en 24 à 48 heures correspond à une douleur, puis une fièvre et enfin un

ictère. Il s'associe dans près de 70 % des cas à une septicémie d'où la nécessité d'une prise en charge rapide.

La douleur pancréatique

La douleur pancréatique possède des caractéristiques typiques permettant de la suspecter dès l'interrogatoire. Dans sa forme typique, elle est de siège épigastrique, parfois hypochondre gauche. Elle est à type de torsion, de broiement, en coup de poignard. Elle irradie dans le dos et parfois en héli-ceinture, d'avant en arrière. L'intensité de la douleur interfère avec toute activité. Elle peut provoquer une prostration. La douleur est aggravée par la prise d'alcool et l'alimentation notamment riche en graisse et non modifiée par l'émission de selles, elle peut être calmée par la position en chien de fusil. L'évolution de la douleur dépend de la maladie pancréatique dont souffre le patient :

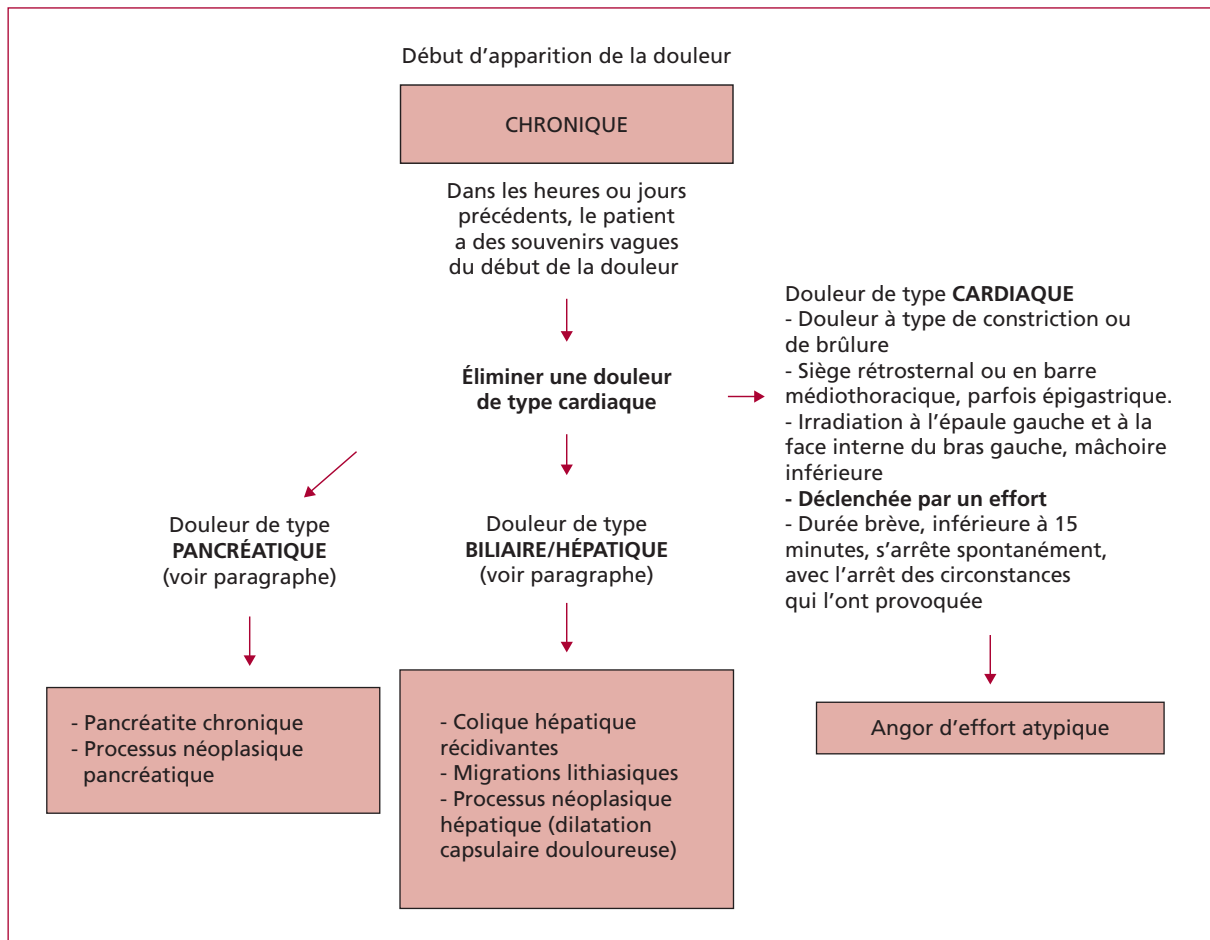


Figure 4. Orientations cliniques des douleurs d'apparition progressive et chronique. Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

- En cas de *pancréatite aiguë*, la douleur est continue sur quelques jours ou semaines, d'intensité très élevée pouvant nécessiter des antalgiques de palier 3, souvent associée à des nausées et vomissements. L'alcool et la lithiase biliaire représentent près de 80 % des causes.
- En cas de *pancréatite chronique*, la douleur évolue par crises récidivantes de quelques jours à quelques semaines. La douleur est d'intensité variable, souvent associée à un amaigrissement par appréhension de la prise alimentaire. L'alcoolisme chronique en est la cause principale.
- En cas d'*adénocarcinome pancréatique*, il s'agira d'une douleur sourde et permanente, d'apparition progressive. La douleur est alors accompagnée d'un amaigrissement souvent massif et rapide par anorexie (libération de substances anorexigènes par les cellules cancéreuses) et d'un syndrome dépressif le plus souvent avant même le diagnostic. Lors des stades localement avancés d'adénocarcinome, la douleur devient dorsale par envahissement secondaire du plexus solaire par la tumeur, ces douleurs peuvent être confondues avec des

douleurs arthrosiques et constituent un piège diagnostique fréquent.

“ Le type de la douleur d'origine pancréatique dépend de la maladie dont souffre le patient ”

Douleur d'apparition progressive

Si l'interrogatoire élimine une douleur brutale ou aiguë, on s'oriente plutôt vers une douleur épigastrique d'apparition progressive, sur plusieurs heures ou jours, pouvant être répétitive. Il s'agit d'une dyspepsie chronique.

• La description du type ou caractère de la douleur

Il s'agit du point-clé pour s'orienter par l'interrogatoire (figures 4 et 5).

Les principales causes de dyspepsie chronique sont l'ulcère gastro-duodéal, le reflux gastro-œsophagien, l'œsopha-

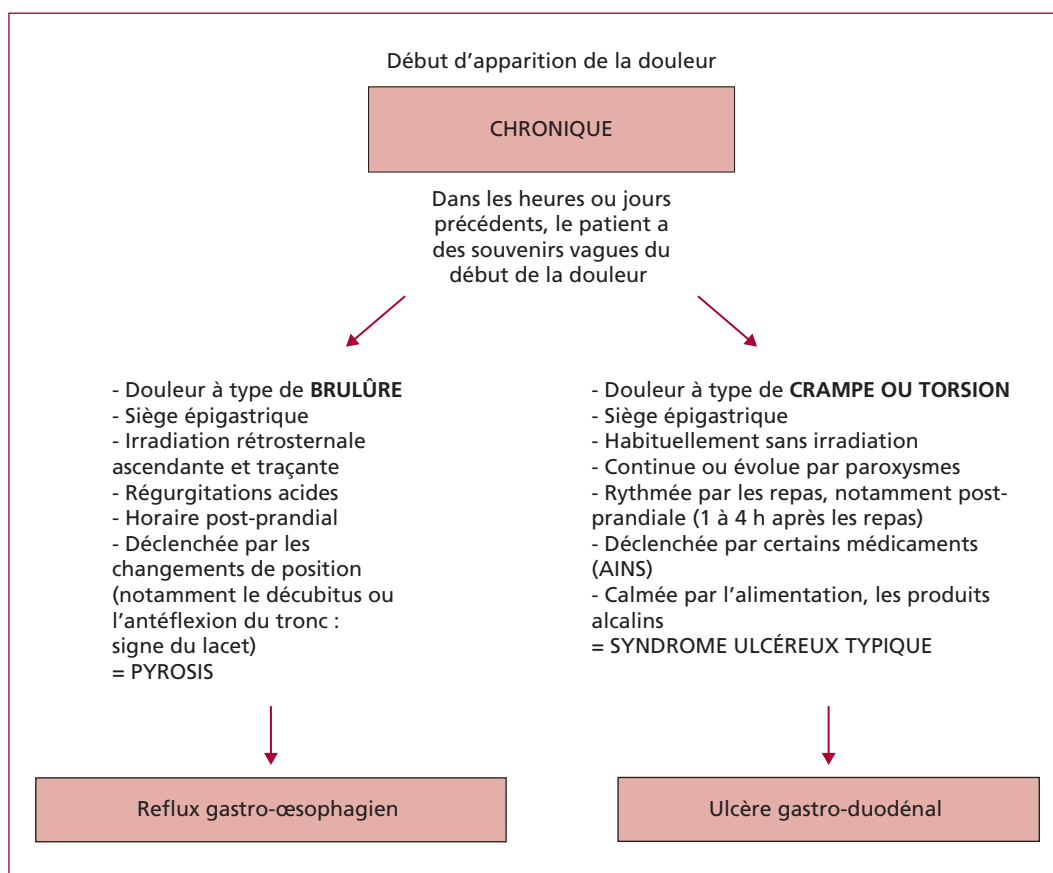


Figure 5. Les douleurs épigastriques à type de brûlure ou de crampes. Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

gite, les maladies biliaires, les maladies malignes de l'appareil digestif haut, les maladies pancréatiques : néoplasique, pancréatite chronique calcifiante, mais aussi les dyspepsies fonctionnelles.

- Évoquer d'abord les maladies rares mais graves (figure 4)

L'angor mésentérique

Il faut évoquer l'angor mésentérique, qui est une maladie rare. Il provoque des douleurs abdominales plus diffuses qu'épigastriques mais doit être décrit ici en raison de sa gravité. L'angor est le reflet de l'ischémie chronique des vaisseaux à visée digestive et le plus souvent trouvé chez des patients au terrain cardiovasculaire. La douleur abdominale se manifeste en période post prandiale précoce chronique (du fait de l'afflux sanguin nécessaire pour la digestion). Le patient a souvent une peur alimentaire avec perte de poids.

Lorsque les douleurs deviennent subintrantes, nocturnes, insomniantes, elles peuvent annoncer un tableau d'infarctus mésentérique. On parle alors de syndrome de menace mésentérique.

Les douleurs d'origine cardiaque

Il ne faut pas oublier les causes extradigestives et notamment l'angor d'effort et la péricardite chronique. La douleur d'origine cardiaque de type angor peut prendre la forme de douleur épigastrique et il est essentiel d'éliminer cette maladie avant de se tourner vers des causes digestives. Les signes d'orientation sont principalement le terrain, les antécédents cardiovasculaires, et la rythmicité des douleurs avec l'effort.

Les douleurs chroniques pancréatiques et biliaires

Après avoir éliminé l'angor mésentérique et cardiaque d'effort, il faut évoquer les douleurs de type pancréatique et biliaire dans leur forme chronique.

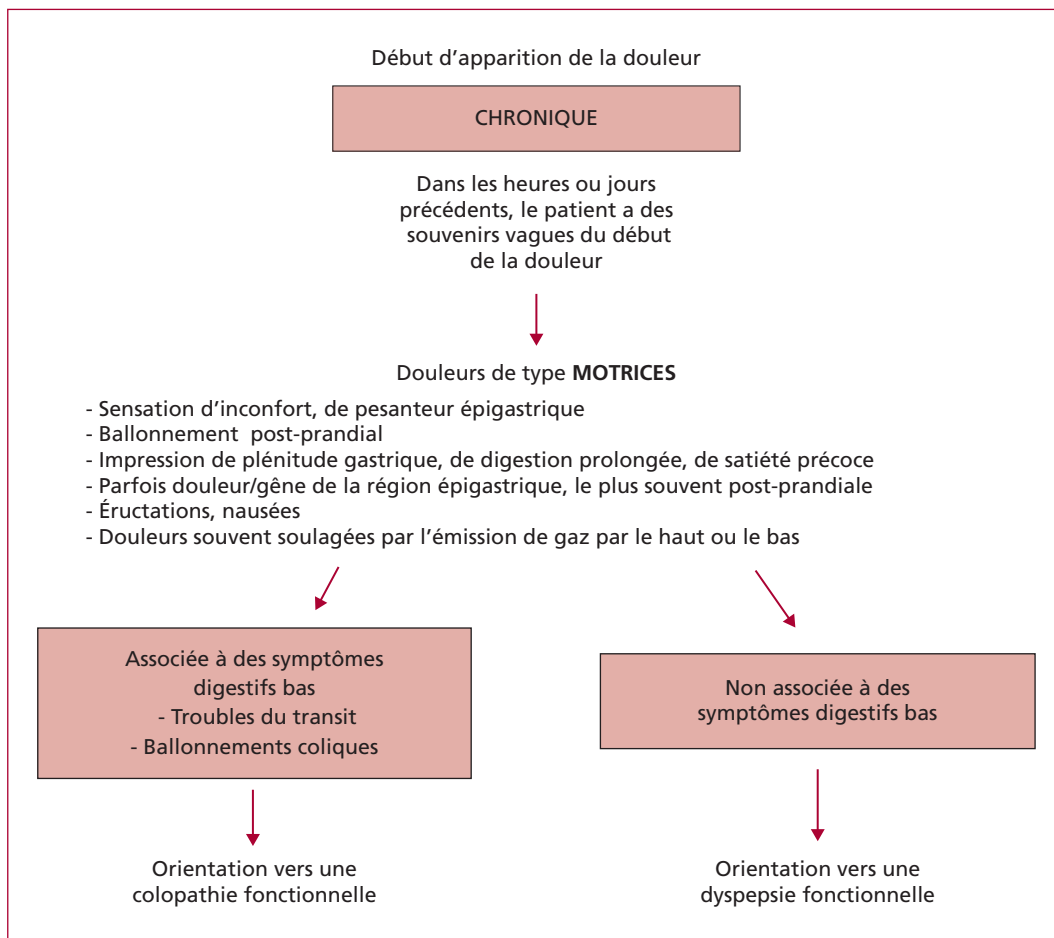


Figure 6. Les douleurs chroniques de type moteur.
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

En cas de suspicion clinique, une échographie abdominale ou un scanner abdomino-pelvien sont des examens de première intention.

Le reflux gastro-œsophagien et l'ulcère gastro-duodéal

Les symptômes du reflux gastro-œsophagien et de l'ulcère gastro-duodéal sont deux entités caractéristiques dans l'ensemble des douleurs épigastriques notamment chroniques (figure 5).

L'interrogatoire permet de faire leur diagnostic, notamment quand ils sont typiques, et ce sont les deux causes à chercher en premier en raison de leur fréquence en population générale.

La dyspepsie fonctionnelle haute et basse

Si les douleurs sont motrices, le clinicien est orienté vers des douleurs fonctionnelles (figure 6) [4].

Une distinction est à faire entre la dyspepsie fonctionnelle haute et basse. Ainsi faut-il chercher à l'interrogatoire des éléments en faveur d'un syndrome de l'intestin irritable : troubles du transit associé, ballonnements abdominaux, douleurs diffuses soulagées par les gaz et la selle.

Au sein des dyspepsies chroniques, 60 % sont de cause fonctionnelle mais il est indispensable de diagnostiquer les causes organiques avant de pouvoir conclure à un trouble fonctionnel.

“ Une distinction est à faire entre la dyspepsie fonctionnelle haute ou basse en rapport avec un syndrome de l'intestin irritable ”

Il est nécessaire de chercher dans un premier temps systématiquement les signes d'alarmes qui évoquent une probabilité clinique élevée de lésion organique sévère ou compliquée (figure 7).

En cas de douleurs motrices orientant vers une douleur fonctionnelle haute ou basse, si un signe d'alarme est présent, il faut réaliser des examens complémentaires avant de pouvoir conclure à une dyspepsie fonctionnelle ou à une colopathie fonctionnelle. Le plus souvent, la réalisation d'une endoscopie digestive haute voire une coloscopie et/ou des examens d'imagerie est indiquée.

En cas de symptômes hauts exclusifs, la réalisation d'une endoscopie digestive haute seule est suffisante, en cas d'examen normal, le diagnostic pourra être posé et la prise en charge sera du ressort du gastroentérologue.

Signes d'alarme	Conduite à tenir
Age > 50 ans	<p>-> Si présence d'un signe d'alarme il y a une indication formelle à réaliser une endoscopie digestive haute au minimum</p>
Patient alcoolo-tabagique	
Altération de l'état général avec amaigrissement	
Masse abdominale	
Dysphagie	
Hématémèse ou méléna	
Antécédents familiaux ou personnels de néoplasie digestive	
Anémie par carence martiale inexpliquée	
Ictère	
Origine ethnique (Japon, Portugal)	
Antécédent de chirurgie gastrique	
Prise chronique d'AINS	

Figure 7. Les signes d'alarme devant faire réaliser des investigations complémentaires
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

Take home messages

- L'orientation par l'interrogatoire lors d'une douleur épigastrique permet de résoudre 80 % des situations.
- Le mode de début d'apparition de la douleur est un point essentiel, une douleur d'apparition brutale doit inquiéter.
- La recherche des signes d'alarme lors d'une douleur chronique est essentielle pour ne pas passer à côté d'une maladie organique grave.
- Soixante pour cent des dyspepsies sont fonctionnelles.

“ En cas d'épigastralgies chroniques, il faut chercher dans un premier temps systématiquement les signes d'alarmes qui évoquent une lésion organique sévère ou compliquée ”

En cas d'association des douleurs épigastriques avec des symptômes digestifs bas, il faut réaliser une endoscopie digestive haute et basse en cas de signe d'alarme, si ces examens sont normaux, on s'orientera vers une maladie fonctionnelle.

Après un interrogatoire et un examen clinique précis, la plupart des symptômes sera associée à une maladie, et un grand nombre de patients nécessiteront une prise en charge, éventuellement hospitalière, plus ou moins urgente.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1. Robinson P, Perkins JC. Approach to patients with epigastric pain. *Emerg Med Clin North Am* 2016 ; 34 : 191-210.**
- 2. CDU-HGE. *Les fondamentaux de la pathologie digestive*. Elsevier-Masson, 2014.**
3. <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item195/site/html/1.html>.
4. Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *N Engl J Med* 2015 ; 373 : 1853-63.