Fiche :

**PARTIE 1 : DOULEURS EN GASTRO-ENTEROLOGIE**

Rappels neuro anatomiques :

2 innervations : intrinséque et extrinsèque

**Voie Intrinsèque** = Terminaisons nerveuses libres. Plexus nerveux dans la muqueuse, sous muqueuse, musculeuse. Neurones habituels.

3 niveaux de stimulation :

* Pas de stimulation => il ne se passe rien.
* Stimulation dans les normales physiologiques => transmission d’une information qui restera soit inconsciente , soit sera consciente.
* Stimulation qui dépasse le seuil physiologique => douleur

Note : Un même neuropeptide peu avoir des effets opposés en fonction du sous-récepteur stimulé.

**Voie extrinsèque**= Système nerveux sympathique et parasympathique. Zones d’intégration peu spécifiques.

Rôles : Recueillir les informations nécessaire et assurer la coordination entre les différents organes du tube digestif et transmission à la conscience (ex : faim/satiété)

Caractéristiques de la douleur à rechercher pendant l’interrogatoire :

* **Date d’apparition +++**
* **Siège** (*hypocondre droit/ épigastre/hypocondre gauche/flanc gauche/zone péri-ombilicale/flanc droit/fosse illiaque gauche/hypogastre/fosse illiaque droite*)
* **Type**
* **Intensité**
* **Horaire**
* **Rythme**
* **Facteurs aggravants**
* **Facteurs calmants**
* **Irradiation**

Différence douleur organique/douleur fonctionnelle ++

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Douleur ORGANIQUE** | **Douleur FONCTIONNELLE** |
| DEFINITION | Liée à une lésion identifiée du TD | Aucune anomalie n’est identifiable par les examens habituels. Parfois examens spécifiques mettent en évidence une hypersensibilité du TD ou des Troubles Fonctionnels Intestinaux  PAS psychosomatique ! |
| INTENSITE  TYPE | ++ à ++++ Même intensité dans le temps chez un même patient  Variable | Très variable dans le temps pour un même patient (+ à ++++)  Variable |
| TOPOGRAPHIE | Plutôt précise (au début) | Non |
| FREQUENCE ET DUREE | Récente et alarmantes | Chronique (+1an) et récurrente  Intermittent |
| IRRADIATIONS | Plutôt précises | Souvent diffuses, pas de spécificité |
| **DOULEUR NOCTURNE** | **OUI** (insomniante et réveille la nuit) | **NON** |
| Facteur déclenchant | Souvent Alcool Alimentation | Souvent  (alimentation) Stress |
| Facteur calmant | Souvent  Alimentation Position Médicaments | Parfois Selles Repos, Vacances |
| Signes généraux associés | Souvent  Asthénie Anorexie Amaigrissement | NON |

Exemples de douleur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DOULEUR ULCEREUSE** | **DOULEUR DES TFI** |
| DEFINITION | Ulcère = perte de substance associée à une disparition de la muqueuse, mais pas de la musculeuse. Peut être gastrique ou duodénal. | Douleur abdominale et/ou sensation d’inconfort + modification consistance selles, améliorée par émission gaz ou selle. |
| SIEGE | Epigastrique | FIG, flanc gauche, en cadre |
| TYPE | Crampe | Spasme, torsion |
| RYTHME | Quotidien ou pluriquotidien | Quotidien ou pluriquotidien |
| INTENSITE | Variable | Modérée ou intense |
| HORAIRE | à distance des repas, parfois nocturne | Pas spécifique, jamais nocturne |
| DUREE | Jusqu’au prochain repas | Qq secondes à des heures |
| FACTEUR SAISONNIER  FACTEUR S  AGGRAVANTS | Episodes de douleur puis rémission etc  aucun mais rechercher AINS qui peuvent augmenter la douleur | Non  Stress, repas, selle |
| FACTEURS CALMANTS | alimentation | émission d’une selle, vacances, week end |
| SIGNES ASSOCIES | anorexie | Non |
| IRRADIATIONS | peu | Diffuses |

**PARTIE 2 : DOULEURS ABDOMINALES AIGUES EN URGENCE**

Interrogatoire +++ : objectif, exhaustif :

* Analyse de la douleur (cf siège, irradiations etc partie 1)
* Signes associés : digestifs (ex : nausées), urinaires (es : dysurie), gynécologiques (ex : arrêt des rêgles)
* Antécédents médicaux, chirurgicaux, médicaments et mode de vie.

Examen clinique :

* Inspection : couleur des téguments, aspect général, aspect de l’abdomen
* Palpation :
* **Douleur à la décompression** = on appuie sur l’abdomen et une douleur apparaît quand on relâche.
* **Défense** : contraction involontaire et temporaire/fugace du muscle (qui cède lorsqu’on arrête d’appuyer)
* **Contracture** : contraction ne disparaissant pas, à la différence de la défense.
* **Signe de Murphy** : Douleur provoquée voir défense au point de Murphy (se situant dans l’hypochondre droit, à l’intersection entre le rebord costal et le bord externe droit du grand droit) entrainant même une inhibition de l’inspiration profonde 🡪 Cholécystite aigue +++  
  - **Défense ou contracture au point de Mac Burney** Dans la fosse iliaque droite, au 1/3 externe-2/3 interne de la ligne de McBurney joignant l’épine iliaque antéro-supérieure droite à l’épine du pubis 🡪 Appendicite aigue ++

Examen biologiques et imagerie

Etiologies de la douleur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HYPOCHONDRE DROIT   * **Cholécystite aiguë (lithiasique ++)** * **Crise de colique hépatique** (mais plutôt dans l’épigastre) * Ulcère perforé duodénal (bouché) * Syndrome de Fitz-Hugh Curtis * Tumeur de l’angle colique droit +/- compliquée (abcès) * Pyélonéphrite droite | EPIGASTRE   * **Colique hépatique** par lithiase vésiculaire symptomatique non compliquée * Perforation d’ulcère duodénal * Pancréatite aiguë | HYPOCHONDRE GAUCHE   * Pancréatite aiguë, tumeur pancréatique * Tumeurs coliques gauches * Colite ischémique * Splénomégalie +/- compliquée (infarctus splénique) * Tumeurs rétro-péritonéales * Pyélonéphrite aiguë |
| FLANC DROIT | OMBILIC  Chez l’enfant : fréquent, peu grave  Chez l’adulte :   * Occlusion intestinale * Anévrysme l’aorte abdominale (AAA) fissuré ou rompu * Thrombose veineuse mésentérique | FLANC GAUCHE |
| FOSSE ILLIAQUE DROITE   * **Appendicite aiguë** * **Maladie de Crohn**. * Yersinioses (Peste), Tuberculoses * Adénolymphite mésentérique, diverticule de Meckel * Diverticulite et tumeurs du colon droit * **Infections tubo-annexielle** * Plus rarement, la Pyélonéphrite aiguë | HYPOGASTRE   * **Gynécologie** : annexite, grossesse extra-utérine, torsion de kyste de l’ovaire * **Urologie** : colique néphrétique, cystite aiguë, prostatite aiguë * **Chirurgie digestive** : hernie étranglée, occlusion (17,5 %), appendicites ou sigmoïdites ectopiques | FOSSE ILLIAQUE GAUCHE   * **Sigmoïdite diverticulaire** * Pyélonéphrite aiguë * Pathologie annexielle compliquée * Tumeurs coliques gauches infectées |

+ Douleur généralisée=> souvent urgence chirurgicale type ++