

**I. DOULEUR ABDOMINALE AIGUE :**

La douleur abdominale aigue constitue un motif fréquent de recours aux urgences, son diagnostic étiologique n'est pas toujours aisé. La démarche à suivre par le clinicien doit être méthodique pour discerner les pathologies médicales ou chirurgicales nécessitant une prise en charge urgente des autres affections.

❶ **Anamnèse** : âge, sexe, antécédents, sémiologie détaillée de la douleur (intensité, siège, irradiation, évolution dans le temps, facteurs aggravants ou calmants, ..), signes accompagnateurs (troubles digestifs, urinaires ou gynécologiques).

☛ L'abdomen est divisé en 9 quadrants, le siège de la douleur oriente habituellement vers son origine viscérale intra abdominale, mais parfois l'origine est thoracique (IDM inférieur, pneumopathie) ou autres affections (acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë, hypercalcémie, drépanocytose).

❷ **Examen clinique complet** : état général, signes vitaux, palpation de l'abdomen (défense, contracture, tuméfaction, orifices herniaires), recherche de fièvre, ictère, signes d'anémie, de sepsis ou d'état de choc, le toucher pelvien est systématique.

☛ La défense et la contracture témoignent de l'irritation péritonéale, ils peuvent être absents chez les sujets âgés grabataires ou sous traitement par anti-inflammatoires.

❸ **Examens complémentaires selon l'orientation diagnostique** :

- NFS, CRP : syndrome inflammatoire (appendicite, cholécystite),
- Lipasémie > 3 fois la normale : pancréatite aiguë,
- Bilirubine, transaminases : pathologie hépatobiliaire
- ECG : IDM ou péricardite,
- Bandelette urinaire : infection urinaire, colique néphrétique
- $\beta$ HCG : grossesse extra-utérine,
- Radiographie du thorax : pneumonie, pleurésie, bilan préopératoire pour les patients à risque cardiorespiratoire.
- La radiographie de l'abdomen ASP, debout ou en décubitus latéral, n'a d'intérêt que lorsqu'on suspecte un corps étranger, une perforation digestive ou une occlusion intestinale aigue (niveaux hydro-aériques).
- L'échographie est le premier choix en cas de pathologie biliaire, rénale ou gynécologique. Elle est systématique en cas de traumatisme grave.
- Le TDM abdominal est le plus performant pour confirmer le diagnostic d'une urgence chirurgicale (appendicite, diverticulite, pancréatite, perforation d'organes creux, ischémie mésentérique, dissection de l'aorte), cet examen doit être disponible pour ne pas retarder le traitement. Avant de réaliser une injection de produit de contraste, il est essentiel de vérifier la fonction rénale.

Malgré l'examen clinique bien conduit et la performance des examens complémentaires, 20 à 30% des patients restent sans diagnostic précis «douleur abdominale non spécifique ou DANS». Il ne faut jamais se prononcer sur la bénignité de la douleur qu'après 24 à 48 heures d'évolution.

☛ **Lorsque la cause de la douleur est inconnue** :

- La morphine est le seul antalgique autorisé (cf. chapitre 17).
- Pas d'anti-inflammatoires, pas d'antibiotiques,
- Surveiller, réexaminer le patient et demander un avis spécialisé.

## II. ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX (UGD) :

L'infection à **Helicobacter pylori** (*H. pylori*) joue un rôle majeur dans le développement des ulcères gastroduodénaux et des cancers gastriques. La progression de la résistance bactérienne aux antibiotiques, notamment à la clarithromycine, implique d'adapter les pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Le **traitement doit être guidé** en fonction de la résistance aux antibiotiques : endoscopie + biopsie + antibiogramme. Dans l'impossibilité, le traitement sera **probabiliste**.

► À l'issue d'une cure, il est indispensable de s'assurer de l'éradication de la bactérie par le **test respiratoire à l'urée marquée** au plus tôt 4 semaines après la fin du traitement.

### TRAITEMENT GUIDÉ DE L'UGD [HAS – CNPHGE 2017] [1]

**Clarithromycine sensible** Trithérapie 10 jours : IPP + Amoxicilline + Clarithromycine  
- Si allergie à l'Amoxicilline : IPP + Clarithromycine + Métronidazole

**Clarithromycine résistant** **Lévofloxacine sensible** Trithérapie 10 jours : IPP + Amoxicilline + Lévofloxacine  
- Si allergie à l'Amoxicilline : quadrithérapie «avec bismuth»

**Lévofloxacine résistant** Quadrithérapie 10 jours : IPP + Sel de Bismuth +Tétracycline + Métronidazole

### TRAITEMENT PROBABILISTE DE L'UGD [1]

**En première ligne** Quadrithérapie **concomitante** 14 jours IPP + Amoxicilline + Clarithromycine + Métronidazole **Ou** Quadrithérapie 10 jours : Oméprazole + Sel de Bismuth + Tétracycline + Métronidazole

**En deuxième ligne** Quadrithérapie 10 jours : Oméprazole + Sel de Bismuth + Tétracycline + Métronidazole **Ou** Traitement **concomitant** 14 jours : IPP + Amoxicilline + Métronidazole + Clarithromycine

**Éradication de *H. pylori* :** **Amoxicilline** : 1 g matin et soir - **Clarithromycine** : 500 mg matin et soir - **Lévofloxacine** : 500 mg/jour en 1 prise - **Métronidazole** : 500 mg matin et soir - **IPP** : une dose matin et soir avant les repas (Ésoméprazole 20 mg, Lansoprazole 30 mg, Oméprazole 20 mg, Pantoprazole 40 mg, Rabéprazole 20 mg). Durée du traitement IPP : 3 à 7 semaines.

### 1. ANTI SÉCRÉTOIRES GASTRIQUES :

#### Indications :

- **Ulcère gastroduodéal** (selon le tableau en haut).
- **Reflux gastro-œsophagien (RGO)** : pyrosis et régurgitations acides. Durée du traitement 4 semaines.
- **Œsophagite érosive par reflux** : la durée du traitement par IPP est de 4 à 8 semaines.
- **Prévention de l'ulcère induit par les AINS chez les patients à risque** : Patients de plus de 65 ans et les personnes ayant des antécédents d'ulcère gastroduodéal ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde.

#### Contre Indication :

Gastrite atrophique.

## INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON (IPP) :

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) réduisent la sécrétion acide gastrique. Ils sont très efficaces dans le traitement de l'œsophagite de reflux et des ulcères gastroduodénaux [2].

• **Dose** : une prise par jour avant le repas, 2 fois/jour dans l'éradication de *H. pylori*. Dose réduite en cas de cirrhose (favorisent la survenue d'encéphalopathie hépatique). Pas d'ajustement posologique en cas d'insuffisance rénale.

• **Grossesse, allaitement** : prescription possible.

• **Enfants** à partir d'un an et >10 kg : Traitement de l'œsophagite par reflux.

• **Injectable** seulement si la voie orale est impossible ou si hémorragie digestive.

**Effets Indésirables** : troubles digestifs, céphalée, possibilité d'interaction médicamenteuse. À long terme risque d'insuffisance rénale chronique.

Oméprazole	MOPRAL® IPPROTON® 40 mg Amp perfusion	
	40 mg/jour, perfusion IV en 20-30 min (80 mg si hémorragie digestive)	
	MOPRAL® BELIFAX® GASTRAL® IPPROTON®	
	MEPRAZOL® OMEZOL® 10 et 20 mg Gélule	
Pantoprazole	RAZON® PANTOPRAL® 20 et 40 Comp	20 à 40 mg/jour
Ésoméprazole	ESORAL® MESOPRAL® INEXIUM® ESOCARE®	
	RUGDAL® IPPSIUM® 20 et 40 mg Gélule	
Lansoprazole	LANZOR® LANSOPRAL® IPPZOR®	
	15 et 30 mg Gélule	15 à 30 mg/jour

## ANTI HISTAMINIQUES H2 :

Les anti-H2 ont une action anti sécrétoire **rapide, brève et d'intensité modérée**. Non indiqués pour l'éradication de *H. pylori*. La prescription de ces médicaments est devenue rare devant la disponibilité et la meilleure efficacité des IPP.

Cimétidine	MEXINE® UNITAG® 200 mg Injectable	Perfusion 0,8 à 1,6 g/jour
Famotidine	FAMODINE® FAMODAR® GASTROSIDIN®	
	ULDINE® 10 - 20 et 40 mg Comp	20 à 40 mg/jour
Ranitidine	AZANTAC® ANTAGONINE® RANIDINE®	
	75 - 150 et 300 mg Comp	150 à 300 mg/jour

▶ **Élimination rénale** : réduire les doses en cas d'insuffisance rénale.

▶ **Déconseillés** durant la grossesse et l'allaitement.

▶ **Le traitement injectable** n'est indiqué que lorsque la voie orale est impossible. La Cimétidine injectable peut provoquer une hypotension et bradycardie.

▶ **En traitement prolongé** : risque de déficience en vitamine B12, leucopénie, thrombopénie, gynécomastie associée ou non à une hyperprolactinémie et impuissance sexuelle.

## 2. ANTI ACIDES ET ALGINATES :

Traitement symptomatique de courte durée : gastralgie, dyspepsie, pyrosis, symptômes de reflux mineurs ou peu fréquents. Les antiacides contenant de l'aluminium sont **contre indiqués** en cas d'insuffisance rénale et peuvent influencer la résorption d'autres médicaments.

CALMACIDE® RENNIE® GAVISCON® APYROSIS® ANTACID® ULCAR® PEPSANE®

Contenant de l'aluminium : ROGEL® PHOSPHALUGEL® MOXAL® DI-ANTACID®

### III. ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE :

L'encéphalopathie hépatique correspond à l'ensemble des troubles neurologiques ou neuropsychiatriques associés à une atteinte du foie (insuffisance hépatique aigüe, cirrhose) et/ou à un shunt porto-systémique [6][7].

**L'encéphalopathie dans la cirrhose est habituellement secondaire à d'autres complications** : hémorragies digestives, infections bactériennes, insuffisance rénale, prise de médicaments sédatifs (même à la dose thérapeutique) et certains désordres métaboliques (hyponatrémie et hypoglycémie) qui nécessitent un traitement spécifique.

**Les signes cliniques** sont discrets au début (simple ralentissement idéo-moteur) et évoluent vers la somnolence, la confusion et le coma. Les signes évocateurs sont une chute brutale du tonus des extenseurs de la main (astérisis ou Flapping Tremor) et odeur de l'haleine caractéristique (Fetor hepaticus).

**Les principaux examens complémentaires** sont le dosage plasmatique de l'ammoniaque et l'électroencéphalogramme (EEG). Un bilan biologique complet et l'imagerie cérébrale (TDM, IRM) permettent d'écarter les autres diagnostics différentiels.

- D'abord rechercher et corriger le facteur déclenchant.
- Le médicament principal de l'encéphalopathie est le lactulose (**DUPHALAC**<sup>®</sup>) qui peut se prendre soit per os, soit en lavement et qui permet une amélioration de l'encéphalopathie hépatique dans 70 à 90 % des cas.
- Pour prévenir la récurrence de l'encéphalopathie hépatique, il est recommandé d'ajouter la **Rifaximine (NORMIX**<sup>®</sup>), antibiotique efficace sur la flore intestinale, très peu résorbé et sans effet secondaire notable (*cf. chapitre 27*).
- Traitement des formes graves en milieu de réanimation.

**Le Lactulose** est un disaccharide non absorbable composé de fructose et de galactose qui est métabolisé par les bactéries de la flore intestinale en acide acétique et acide lactique. Cette acidification du milieu colique crée un environnement hostile à la survie des bactéries uréasiques productrices d'ammoniaque (NH<sub>3</sub>) et favorise la conversion du NH<sub>3</sub> en ions ammonium (NH<sub>4</sub><sup>+</sup>) non absorbables et donc facilement éliminés par l'effet laxatif du lactulose.

### IV. HÉMORROÏDES et FISSURES ANALES :

Les crises hémorroïdaires sont douloureuses à cause de l'inflammation et la dilatation excessive des veines autour de l'anus. Les hémorroïdes se compliquent par un saignement, une thrombose ou un prolapsus. Tant qu'il n'y a pas de complications, les hémorroïdes ne sont pas douloureuses.

Le traitement peut être médical symptomatique, chirurgical ou instrumental [8].

● L'examen clinique doit éliminer les autres diagnostics différentiels en particulier les tumeurs anorectales et les abcès.

• **Thrombose hémorroïdaire externe** : douleur anale permanente très vive d'apparition brutale avec tuméfaction bleuâtre située sous la peau, au niveau de la marge anale, de taille variable. Résorption spontanée constante en quelques jours avec saignement minime. Le traitement consiste en l'extraction du caillot sous anesthésie locale quand la thrombose est apparue depuis moins de 3 jours et lorsque la réaction œdémateuse n'est pas trop prononcée. En cas de thrombose œdémateuse, peu douloureuse, ou vue tardivement, on a recours au traitement médical.

• **Thrombose hémorroïdaire interne** : Tuméfaction douloureuse, rouge, plus ou moins nécrotique, érodée, extériorisée par l'orifice anal (prolapsus). C'est une urgence à traiter médicalement ou par hémorroïdectomie chirurgicale.

• **Fissure anale** : douleur rythmée par la selle. La fissure est presque toujours visible à l'écartement des plis radiés. Toute fissure d'aspect inhabituel, indolore, de localisation latérale, remontant dans le canal anal au-dessus de la ligne pectinée, ou associée à une adénopathie inguinale, est suspecte. Elle doit faire pratiquer des prélèvements ou des explorations complémentaires visant à identifier une localisation anale de la maladie de Crohn, une affection vénérienne ou néoplasique. Le traitement est d'abord médical, proposer la chirurgie si échec [8].

#### TRAITEMENT MÉDICAL DES CRISES HÉMORROÏDAIRES :

- ▶ **Traitement de la douleur** : Paracétamol et AINS ou antalgiques palier II.
- ▶ **Traitement de la constipation** : prévention des hémorroïdes (*cf. laxatifs*).
- ▶ **Traitement topique de courte durée** : 2 à 3 applications par jour.

TITANORÉINE® Suppo

NEO-HEALAR® Suppo, Crème

TITANORÉINE LIDOCAÏNE® Crème

RUSCOLOG® Crème

AVENOC® Suppo, Pommade

HEMORROÏX® Gel

- ▶ **Veinotoniques** : à doses élevées, en traitement de courte durée (7 jours).

GINKOR FORT® 1 Comp x 3 à 4/jour

VÉLITEN® 6 Comp/jour

DAFLON® 2 Comp x 2 à 3/jour

DIOVENOR® Comp 300 mg x 4/jour

CYCLO 3 FORT® 1 Gélule x 3 à 4/jour

DIOGAM® Comp 600 mg x 2 à 3/jour

Dans l'insuffisance veineuse (varices et jambes lourdes) les veinotoniques sont prescrits habituellement à dose moindre en plus du port de bas ou chaussette de compression élastique.

#### V. ANTI VOMITIFS :

Le vomissement est un symptôme, il faut diagnostiquer et traiter son étiologie.

**Indications** : Traitement symptomatique des nausées, vomissements et hoquets.

▶ **La dompéridone** est non indiquée chez les enfants <12 ans et chez les adolescents pesant <35 Kg, en raison d'un manque d'efficacité et du risque accru d'allongement de l'intervalle QT et troubles du rythme cardiaque [3].

▶ **Métoclopramide** : contre-indiqué chez les nourrissons <1 an et déconseillé chez les enfants, les adolescents et en fin de grossesse [5].

**Effets indésirables** : Somnolence, dyskinésie et en cas d'injection : bradycardie.

**En cas de surdosage** : Symptômes extrapyramidaux qui régressent spontanément, leur traitement est symptomatique : Benzodiazépines chez l'enfant, Benzodiazépines ou Antiparkinsoniens anti cholinergiques (**ARTANE®**) chez l'adulte.

<b>Métoclopramide</b>	<b>PRIMPERAN® DOPERAN® PRAMIDYL®</b> 10 mg injectable IM - IVL	<b>Adulte</b> : 10 mg X 1 à 3 fois/jour <b>Enfant &gt;1 an</b> : 0,1 - 0,15 mg/Kg (1 à 3 ans : 1 mg, 3 à 5 ans : 2 mg, 5 à 9 ans : 2,5 mg, 9 à 18 ans : 5 mg) jusqu'à 3 fois /jour
	<b>PRIMPERAN®</b> 10 mg Comp <b>PRIMPERAN® PRADIS® PRAMIDYL®</b> 1 mg/ml Sol. Buv. <b>PRADIS®</b> 10 mg suppo – 4 mg/ml Gttes (fort)	
	<b>MOTILIMUM® DOMPER® OROPERIDYS®</b> 10 mg Comp – Susp Buv 1 mg/ml	<b>Adulte et E &gt;12 ans</b> : 10 à 30 mg/jour en 3 prises

## VI. ANTI SPASMODIQUES :

### 1. SPASMOLYTIQUES ANTI CHOLINERGIQUES :

**Butylhyoscine** BUSCOPAN® 10 mg Comp, Suppo, 20 mg Injectable

**Effets indésirables** : sécheresse de la bouche, palpitations, tachycardie, constipation, troubles de l'accommodation, rétention urinaire et augmentation de la pression intraoculaire (action atropinique).

**Contre Indications** : adénome prostatique, glaucome à angle fermé, reflux gastro-œsophagien, sténose du pylore ou atonie intestinale.

### 2. SPASMOLYTIQUES DITS MUSCULOTROPES :

Le **Phloroglucinol** agit sur les fibres musculaires lisses, indiqué dans les coliques intestinales, biliaires et les contractions de l'utérus. La **Trimebutine** régularise la motricité de l'intestin, utilisé dans le traitement symptomatique des troubles du transit intestinal. Ces substances n'agissent pas sur les douleurs œsophagiennes ou gastriques et sont inefficaces dans la colique néphrétique.

<b>Phloroglucinol</b>	SPASFON® SPASMED® Injectable IV, IM SPASFON® NOSPASM® SPASMOSTOP® Comp dispersible	Contre-indiqués
<b>Trimebutine</b>	DÉBRIDAT® DEBRICOL® TRIMEDINE® COLOSPASMYL® Comp - Susp. Buv.	Enfant < 2 ans

**Dose Adulte** : 3 Comp/jour (maximum 6), **Phloroglucinol Injectable** : 1 à 3 inj/jour.

**Les produits suivants** sont indiqués, chez l'adulte, dans les troubles fonctionnels du colon et les météorismes. Non indiqués en cas de grossesse ou d'allaitement.

<b>Pinavérium</b>	DICETEL® Comp	1 comp x 2/j
<b>Otilonium bromure</b>	SPASMOMEN® SPASTOP® Comp	2 à 3 comp/j
<b>Phloroglucinol + Siméthicone</b>	MÉTÉOXANE® Gélule	2 gélules x 3/j

## VII. LAXATIFS :

● Éliminez toujours le syndrome occlusif devant une constipation.

● L'emploi chronique des laxatifs peut produire des effets indésirables graves.

➔ **Les osmotiques et les laxatifs de lest sont privilégiés.** Ils ont démontré leur efficacité et sont dénués de toxicité. Ils peuvent être utilisés après les mesures hygiénodététiques et/ou en complément de celles-ci. La grossesse n'est pas une contre indication [5].

### 1. LAXATIFS OSMOTIQUES :

<b>Lactulose</b>	DUPHALAC® LACTULOSE® Sachet – Sol. Buv. PERILAX® Sol. Buv	<b>Adulte</b> : 1 à 3 sachets par jour <b>Nourrisson/Enfant</b> : 5 à 10 ml/jour
<b>Sorbitol</b>	SORBITOL® Suspension Orale	<b>Adulte</b> : 1 à 3 sachets/jour. <b>Enfant</b> : 1/2 à 1,5 sachet/jour
<b>Macrogol (PEG)</b>	FORLAX® OSMOLAX® ILAX® ENTEROLAX® TRANSILAX® TRANSITON® 4 g (enfant) et 10 g (adulte) sachet	<b>Adulte</b> : 1 à 2 sachets (à 10 g)/jour <b>Nourrisson/Enfant</b> : 1 ou 2 sachets (à 4 g)/jour,
	FORTTRANS® (à diluer 1 sachet/1 litre eau), pour adultes	Lavage colique avant exploration endoscopique ou radiologique

- **Les laxatifs osmotiques** ramollissent les selles par un appel d'eau dans l'intestin. Ces substances ont un mode d'action purement physique, elles ne sont pas absorbées par l'organisme et sont excrétées sous forme inchangées.

- Le **Lactulose** est également utilisé à forte dose dans l'**encéphalopathie hépatique** (cf. paragraphe III).

## 2. LAXATIFS DE LEST :

L'augmentation du volume du bol fécal stimule l'activité motrice du côlon.

<b>Gomme de Sterculia</b>	<b>NORMAFIBE® SPAGULAX®</b>	Adulte : 2 à 3 fois/jour
	Sachet - Granulé	Enfant >6 ans : 1 à 2 fois/jour

## 3. PARAFFINE LIQUIDE :

L'usage de paraffine liquide doit être évité chez les sujets âgés, les patients affaiblis ou avec des troubles de la déglutition étant donné qu'après inhalation dans le tractus respiratoire elle peut entraîner des **pneumonies graisseuses**. À long terme, elle peut **diminuer la résorption des vitamines liposolubles (A.D.E.K.)**

<b>Huile de Paraffine</b>	<b>LAXAFINE®</b>	Adulte : 1 à 3 cuillères à soupe par jour avant le repas
	<b>LANSOYL®</b>	Enfant de 6 à 15 ans : 1 à 3 cuillères à café par jour

## 4. LAXATIFS À USAGE RECTAL :

### Indications :

Fécalome, préparation du côlon à un examen endoscopique ou radiographique, avant un accouchement ou une intervention chirurgicale, constipation des malades immobilisés. Ils peuvent irriter la muqueuse rectale.

<b>NORMACOL Lavement®</b> Enfant - Adulte	<b>Glycérine :</b>
<b>NORGALAX®</b> Gel Rectal	<b>GLYSS®</b> Suppo Nourrisson, Enfant, Adulte
<b>LAXAGEL®</b> Gel Rectal	<b>LAXOLYNE®</b> Suppo Enfant, Adulte

- **Fécalome résistant aux laxatifs** : évacuation mécanique à l'aide d'un doigtier ou irrigation trans-anale à l'eau tiède (lavement évacuateur).

## 5. ADSORBANTS INTESTINAUX :

Le charbon médicinal sec absorbe les gaz, indiqué dans les colopathies.

À ne pas confondre avec le **charbon végétal activé** utilisé dans les intoxications.

<b>Charbon végétal</b>	<b>CARBOPHOS®</b> Comp à croquer	1 avant le repas et 1 après
	<b>EUCARBON® CARBOSYMAG®</b> Comp	
<b>Charbon + Siméticone</b>	<b>CARBOSYLANE®</b> enfant/adulte	<b>Adulte et Enfant &gt;6 ans :</b> 2 (bleu + rouge) x 3/jour
	Gélules (bleu et rouge)	

## BIBLIOGRAPHIE :

1. **HAS – CNPHGE** : Traitement de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte, 2017 (has-sante.fr)
2. **HAS** : Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte, décembre 2009 (has-sante.fr)
3. **ANSM** : La dompéridone (Motilium et génériques) ne doit plus être utilisée chez l'enfant de moins de 12 ans, 2019 (ansm.sante.fr)
4. **HAS** : Médicaments antiémétiques dans le traitement symptomatique des nausées et vomissements, mai 2019 (has-sante.fr)
5. **SNFCP** : Société nationale française de colo proctologie, recommandations pour la pratique clinique, prise en charge de la constipation 2016. (snfcp.org)
6. **AFEF** : Association française pour l'étude du foie, diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose, 2019. (afef.asso.fr)
7. **S. MOURI et al** : L'encéphalopathie hépatique, du diagnostic au traitement en 2016. Méd. Intensive Réa (2016) 25:491-505
8. **SNFCP** : Société nationale française de colo proctologie, mini guide des urgences en proctologie (snfcp.org)