

PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR
ABDOMINALE AIGUE NON
TRAUMATIQUE CHEZ L'ADULTE ET
L'ADOLESCENT.

Régulation – Phase pré-hospitalière .
Accueil des Urgences.
UHCD.

I- REGULATION

OBJECTIFS : Type d'intervention
Rapidité d'intervention
Début de mise en condition

1- Conduite de l'interrogatoire.

-Age et sexe (si femme en période d'activité génitale = DDR).

-ATCD médicaux , chirurgicaux, et de trauma. abdo. récent.

-Ingestion médicamenteuse ou de substance caustique (habituel ou inhabituel).

-Localisation de la douleur. Caractère aigu, subaigu, chronique.

-Type de la douleur et irradiation.

-Signes de gravité :

Coma, Tr. de conscience.

Hémorragie extériorisée.

Pâleur, lipothymies.

Marbrures généralisées ou localisées.

-Signes associés :

Vomissements (fréquence, quantité, qualité).

Diarrhée ou arrêt du transit.

Soif.

Signes urinaires.

2- Décision.

Tout Appel au SAMU – Centre 15 pour douleur abdominale doit être examiné par un médecin.

UMH d'emblée si :

- Signes de gravité ou de mauvaise tolérance.

- Hémorragie extériorisée.

- Suspicion d'hémorragie interne (grossesse extra-utérine, rupture de rate en deux temps, notion d'anévrisme de l'aorte,...).

- Interrogatoire difficile.

Médecin généraliste dans les autres cas.

I- PHASE PRE-HOSPITALIERE.

OBJECTIFS :

- Eliminer une urgence vasculaire.
- Eliminer une urgence gynéco-obs.
- Eliminer une pathologie coronarienne.
- Eliminer une acido-cétose diabétique.
- Préciser le diagnostic et la gravité.
- Mettre en condition.

1- Reprise de l'interrogatoire.

2- Examen clinique.

- Recherche des pouls distaux.
- Masse battante et expansive.
- Souffle abdominal.
- Autres signes de choc que PAS et FC
(altération de la conscience, polypnée,
contracture généralisée, déshydratation
oligoanurie).
- Orifices herniaires, touchers pelviens.

3- Complété par :

ECG : IDM ou EP à forme digestive.

Mesure de l'hématocrite ou Hb.

Glycémie capillaire (Hypoglycémie ou acidocétose diabétique).

Oxymètre de pouls.

Bandelette urinaire.

4- Mise en condition.

Demi assis, si pas de signe de choc.

Volontiers sonde naso-gastrique.

Deux voies d'abord et macromolécules si PAS < 9/10, pouls > 120, ou autre signe de gravité. (attention si Béta -).

Oxygénothérapie, MHC.

5- Orientation.

Ambulatoire si CN ou hépatique chez un lithiasique connu. Colite spasmodique. Dysménorrhée. Inf. U basse.

Vers un SAU par ambulance non médicalisée : Appendicite, pyélo. salpingite, occlusion intestinale sans détresse hémodynamique.

UMH vers SAU, voire REA si persistance état de choc malgré remplissage et drogues vaso-actives.

Bloc direct pour Urg. Vasculaire ou obstétricale.

III- PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE.

1- Si signes de gravité.

SAUV

Scope

Bilan sang et plus en fonction des hypothèses diagnostiques. Groupe et RAÏ.

Sonde urinaire.

Appel chirurgien et anesthésiste.

Ne pas envoyer en Rx un patient choqué. Echo en SAUV. Thorax F au lit.

Si patient stabilisé, utilité de l'ASP face couché et DL G.

Une fois la défense et la contracture constatées, utiliser des morphiniques.

Etiologies.

Rupture anévrisme aorte abdo.

Dissection aorte abdo.

Grossesse extra-utérine rompue.

Péritonite avec sepsis sévère.

Pancréatite aiguë.

Infarctus mésentérique.

Toute autre pathologie abdominale notamment infectieuse sur terrain fragilisé.

2- Pathologies possiblement chirurgicales.

Pronostic vital non engagé.

Prévenir le chirurgien.

Bilan sang en fonction des hypothèses.

Bandelette urinaire.

1 groupe.

Perfusion bionolyte.

Thorax de face.

Etiologies.

Appendicite, cholécystite, complication néo de l'angle droit, ulcère gastrique, pancréatite, Sigmoidite diverticulaire, pathologie annexielle, colique néphrétique, occlusion, angor méésentérique, Pb musculaire,

Echographie

Enfant

Femme jeune

Malade maigre

Matité abdominale

Malade immunocompétent

Maladie focale

Affection unique

Echographe entrainé

Tomodensitométrie

Patient âgé

Homme

Malade obèse

Tympanisme abdominal

Malade immunodéprimé

Maladie diffuse

Affections multiples

Appareil disponible

Intérêt +++ de l'UHCD.

3- Douleurs abdominales à explorer en urgence ou de manière différée.

Etiologies :

Colite spasmodique, dysmenorrhée, gastroentérite, CN, gastrite +/- ulcère.

Ne pas multiplier inutilement les examens complémentaires.

L'ASP est peu sensible et peu spécifique hormis pour :

Le pneumopéritoine.

L'occlusion.

La colique néphrétique si il est couplé à l'échographie.

Une leucocytose normale n'élimine pas une infection.

Démargination leucocytaire dans les situations d'urgence.

Spécificité et sensibilité peu élevé pour amylases, transaminases.

Ecouter, rassurer, rester prudent.

4- Diagnostics différentiels.

Acidocétose diabétique

Infarctus du myocarde

Embolie pulmonaire

Pleurésie ou pneumopathie basale

Foie cardiaque

Périhépatite à Chlamydia

Ins. Surrénale aiguë

Porphyrie

Maladie périodique

Purpura rhumatoïde

Œdème angioneurotique