

ANDRÉ KHOURY-HÉLOU ET PHILIPPE ZERBIB

# DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS

LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN

 Springer

# **Douleurs abdominales aiguës**

**Springer**

*Paris*

*Berlin*

*Heidelberg*

*New York*

*Hong Kong*

*Londres*

*Milan*

*Tokyo*

André Khoury-Hélou et Philippe Zerbib

# **Douleurs abdominales aiguës**

**Le point de vue du chirurgien**

 Springer

## **André Khoury-Hélou**

Service de chirurgie viscérale digestive et oncologique  
Centre hospitalier de Toulon - La Seyne-sur-Mer  
Hôpital Font-Pré  
BP 1412  
83056 Toulon Cedex

## **Philippe Zerbib**

Service de chirurgie digestive et transplantation  
CHU de Lille  
Hôpital Claude-Hurriez  
Avenue Oscar-Lambret  
59045 Lille Cedex

ISBN-13 : 978-2-287-99034-2 Springer Paris Berlin Heidelberg New York  
© Springer-Verlag France, Paris, 2009  
Imprimé en France

Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionné par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emploi. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

*Maquette de couverture : Nadia Ouddane*

*Illustration : d'après George Romney, Portrait de Lady Hamilton.*



*À Frédéric Neuder...*

# Préface

« Épargnez-moi les douleurs physiques, les douleurs morales, je m'en charge... », disait un homme célèbre. La frontière entre les deux est cependant inexistante, tant la personne humaine est indissociablement l'alchimie d'un corps qui peut souffrir et d'une conscience qui reçoit la douleur avec plus ou moins d'intensité et peut même la créer, sans substratum organique.

L'abdomen et particulièrement le tube digestif sont « le reflet de l'âme », ce qui peut rendre bien difficile la distinction entre une douleur fonctionnelle, projection d'une tension psychologique, et la douleur organique, nécessitant parfois dans les plus brefs délais un diagnostic et un traitement appropriés.

L'examen d'un abdomen douloureux appartient à la sémiologie la plus fine, nécessitant de la part de l'examineur finesse, douceur et respect du patient.

Un examen mal mené, commençant par les zones les plus douloureuses, avec des mains verticales et agressives est voué au refus instinctif du patient et sera non contributif, exposant à un retard diagnostique parfois dangereux ou au contraire à des interventions abusives. Ne parlons pas des examens abdominaux commençant par les touchers pelviens si contributifs... en fin d'examen.

Aucun examen complémentaire ne peut remplacer un examen clinique bien conduit, et cependant combien voit-on de tomodensitométries réclamées avant d'avoir interrogé le patient, observé son abdomen, puis pratiqué la palpation, douce et respectueuse.

Ce livre propose une approche intelligente, pédagogique, illustrée, parfois avec humour, du domaine subtil, mystérieux et passionnant, lorsqu'il sert à guérir, du monde des douleurs abdominales.

Félicitations aux auteurs.

Professeur Patrick Lozac'h  
CHU de Brest  
Hôpital La Cavale-Blanche

# Remerciements

*Nous tenons à remercier les docteurs Christophe Leroy et Olivier Novert, radiologues au CHRU de Lille et au CHG de Toulon, pour leur disponibilité et leur aide précieuse dans le choix de l'iconographie radiologique.*



# Sommaire

<b>Préface</b> .....	<b>VII</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>IX</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>XI</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Première approche clinique</b>	
Appréhender le malade .....	3
Caractériser la douleur du patient .....	4
Les signes associés .....	6
La palpation abdominale .....	6
Les touchers pelviens (vaginal et rectal) .....	7
En résumé .....	8
<b>Démarche diagnostique</b>	
Éliminer les cinq diagnostics vitaux .....	11
Les grands syndromes : occlusif et péritonéal .....	17
Raisonnement anatomoclinique par quadrant abdominal .....	31
<b>Les pathologies rares</b>	
L'iléus biliaire .....	43
Le volvulus du côlon droit .....	44
Le syndrome de Boerhaave .....	46
L'appendagite .....	47
Le diverticule de Meckel .....	49

<b>Aphorismes</b> .....	<b>51</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>55</b>
<b>Postface</b> .....	<b>57</b>

# Introduction

*Ce qui est simple est faux,  
ce qui ne l'est pas est inutilisable.*

Paul Valéry

La douleur abdominale aiguë est une cause fréquente de consultation. Différentes spécialités médicales sont concernées et les étiologies sont multiples, laissant aux doutes, aux erreurs, parfois aux drames, une place embarrassante et souvent inquiétante. Lorsqu'on déjoue les ruses et les artifices de la maladie, c'est alors la réconciliation avec la vie après l'enquête et le combat...

La réputation du chirurgien dépend, dans une large mesure, de sa capacité à diagnostiquer les causes fréquentes de douleurs abdominales aiguës. L'examen clinique garde en 2008 tout son sens. « L'œil malin du maquignon », cher à nos maîtres, illustre parfaitement cette intelligence pratique qui doit être mise au service du patient. Les examens complémentaires doivent n'être qu'une aide diagnostique et ne doivent pas se substituer à un examen clinique insuffisant. L'œil, l'oreille et les mains avant l'échographie, le scanner ou l'IRM... même au XXI<sup>e</sup> siècle !

Nous avons, tout au long de ces lignes, tenté d'expliquer et d'exprimer notre démarche diagnostique devant un patient présentant une douleur abdominale aiguë. Faire la synthèse de quinze ans de garde aux urgences chirurgicales nous a semblé aujourd'hui utile... aussi bien dans un but personnel pour classer nos idées que dans un souci de transmission et d'enseignement. La discussion technique sur le traitement chirurgical n'a pas été notre priorité.

Nous nous sommes attachés à un style simple, en ne retenant que ce qui nous semblait essentiel. Chaque phrase a été choisie pour ce qu'elle est...

Nous avons souhaité accompagner le lecteur sur le chemin ordonné et logique de la pensée chirurgicale. Nous avons mis en avant les réflexes à avoir pour diagnostiquer les pathologies immédiatement mortelles, les pathologies les plus fréquentes et, enfin, les pièges à éviter. Mais nos choix se sont instantanément mêlés à certains sacrifices, et nous avons bien conscience du caractère incomplet de l'ouvrage.

Ces explications sont donc une invitation vers des compléments qui deviendront nécessaires aux plus curieux. La traumatologie abdominale et l'hémorragie digestive constituent des entités particulières de l'urgence digestive et ne seront pas abordées dans ce travail.

# Première approche clinique

*Rien dans notre intelligence  
qui ne soit passé par nos sens.*

Aristote

## Appréhender le malade

### État général

Avant toute recherche d'un diagnostic lésionnel précis, la première démarche consiste à observer le malade et à répondre à une question simple : les fonctions vitales sont-elles en jeu ? Il faut donc systématiquement, sans exception aucune, évaluer, mesurer ces fonctions vitales. On prend le pouls, la tension artérielle, la température. L'état de conscience doit être évalué. On est parfois surpris de constater une tachycardie ou une hyperthermie.

Les yeux et le visage du patient nous parlent. Est-il calme et serein ou est-il choqué, le teint est-il pâle ou grisâtre, les contours des yeux sont-ils creux et cernés ?

C'est une première photographie à partir de laquelle se dégage ou non une impression d'inquiétude.

### Inspection de l'abdomen

Respire-t-il ? Existe-t-il des cicatrices ? Y a-t-il une masse ou une hernie visible ?

Est-ce son ventre habituel ? Un abdomen distendu et pléthorique n'est pas forcément un météorisme.

## Caractériser la douleur du patient

Les organes digestifs sont peu innervés et leurs connexions au système nerveux central sont complexes. Ainsi, il est parfois difficile pour le patient lui-même de localiser de façon précise sa douleur. D'autre part, les douleurs « projetées » peuvent accentuer la difficulté diagnostique (tableau I et fig. 1).

**Tableau I** - Douleurs projetées avec les organes possiblement en cause.

Localisation	Organes ou régions concernés
Partie supérieure de l'abdomen	Fractures de côtes Pleurésie Infarctus du myocarde
Épaule ipsi-latérale	Irritation diaphragmatique
Organes génitaux externes Région inguinale	Lésions du rein ou de l'uretère
Dos	Lésion du pancréas

## L'interrogatoire

Ce sera la quête des signes fonctionnels du patient.

– De quoi se plaint-il ?

Le type de douleur, sa localisation, son mode de début et son évolution dans le temps sont des guides utiles et parfois évoquent d'emblée une pathologie donnée.

- Le mode de début :
  - brutal, horaire ;
  - progressif.
- Le type de douleur :
  - crampe (pathologie ulcéreuse) ;
  - coup de poignard (perforation d'organes creux, volvulus) ;
  - lancinante (infection intra-abdominale : cholécystite, sigmoïdite, appendicite...) ;
  - migratrice.
- L'évolution dans le temps :
  - colique : épisodes douloureux avec intervalles libres (colique néphrétique, hépatique...) ;
  - paroxystique : épisodes douloureux avec fond douloureux persistant ;
  - crescendo (péritonite).

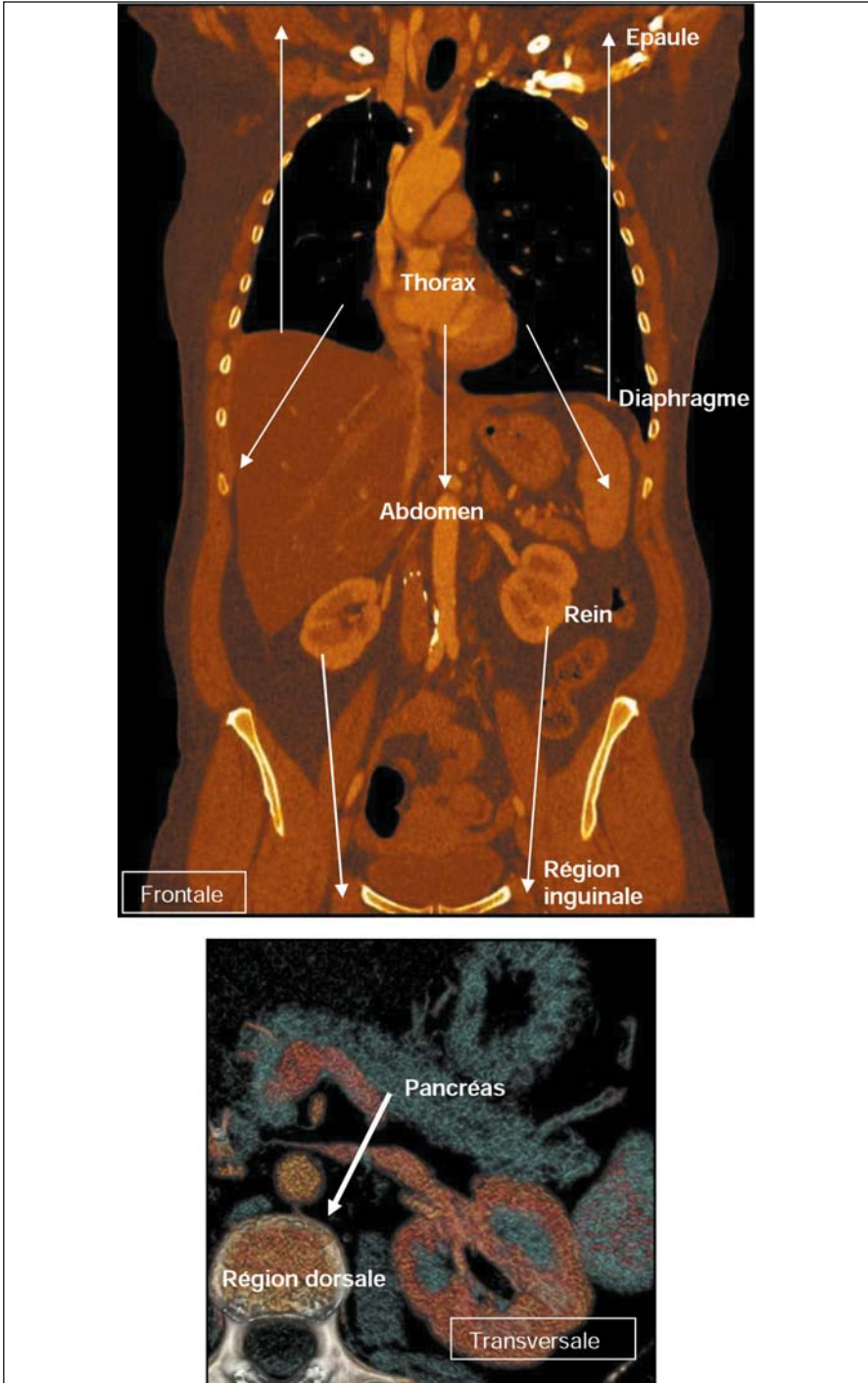


Fig. 1 - Illustration des différentes douleurs projetées en coupe frontale et transversale.

- Existe-t-il des éléments qui augmentent la douleur ou au contraire qui la calment (position antalgique ?).

## Les signes associés

### La nausée, les vomissements... ou le dégoût alimentaire

#### Les troubles du transit :

- diarrhée irritative par souffrance digestive :
  - pincement latéral du grêle ;
  - péritonite ;
- faux transit par vidange du segment digestif en aval d'un obstacle ;
- diarrhée vraie ;
- arrêt des matières et des gaz ;
- rectorragies, melæna ;
- altération de l'état général (amaigrissement, asthénie, anorexie).

## La palpation abdominale

Nous avons, par l'interrogatoire, fait préciser le quadrant douloureux abdominal. En cas de douleur diffuse, il faut s'attacher à retrouver le quadrant où la douleur a commencé ou est maximale... Absolument !

La palpation commence toujours à l'opposé de la région douloureuse pour « apprivoiser le patient et son abdomen ».

On palpe avec la tête... Il faut comprendre ce que l'on touche : la peau, la graisse sous-cutanée, les muscles abdominaux, les viscères. Il faut essayer de reconnaître les différents organes et viscères que l'on palpe. La palpation se fait les mains à plat et tous les quadrants de l'abdomen seront ainsi examinés.

La percussion abdominale cherchera un pneumopéritoine clinique (hyper-sonorité basi-thoracique droite), un épanchement (matité des flancs) et pourra également aider à localiser le quadrant abdominal le plus douloureux.





Dessin n° 1 - On ne palpe pas l'abdomen avec le bout des doigts, mais au contraire avec les mains à plat.

## Les touchers pelviens (vaginal et rectal)

Ces examens gardent toute leur importance dans la pathologie gynécologique et les occlusions colorectales (recherche d'une tumeur rectale occlusive). Ils seront réalisés après l'examen abdominal. Nous avons pris l'habitude de ne jamais faire de touchers pelviens chez un mineur sans la présence d'un tiers soignant et bien entendu chez la jeune fille vierge.

## En résumé

Au terme de l'examen clinique, il faut être en mesure de répondre à trois questions :

- le pronostic vital semble-t-il engagé ?
- quel est le siège principal de la douleur abdominale ?
- quels sont les signes associés à la douleur ?



Dessin n° 2 - Le visage du patient nous parle. Il nous rassure ou nous inquiète...

Le rôle du soignant est alors d'évoquer un diagnostic... On peut se tromper, mais rien n'est pire que de quitter le malade en se disant qu'il a mal au ventre !

D'autre part, il est indispensable, même pour un chirurgien pressé, d'évaluer le contexte psychologique du patient au moment de sa consultation aux urgences.

*Un mardi d'octobre, dans l'après-midi, après une longue matinée au bloc opératoire, on nous demandait un « avis chirurgical » chez une jeune fille de 14 ans qui se plaignait de la fosse iliaque droite aux urgences. Après un examen abdominal, on ne posait pas d'indication chirurgicale. En prenant congé de la jeune fille, remarque lui était faite en guise de plaisanterie qu'elle faisait plus que son âge...*

*Quelques jours plus tard, au hasard d'un passage en pédiatrie, ladite jeune fille se trouvait être hospitalisée. Renseignements pris, elle était soignée pour viol...*

**Le pronostic vital semble-t-il engagé ?**  
**Quel est le siège principal de la douleur abdominale ?**  
**Quels sont les signes associés à la douleur ?**  
**Contexte psychologique ?**  
**→ Diagnostic évoqué ?**



**Dessin n° 3** - Exercice... Parmi ces personnages, lequel vous semble malade ? W. Hogarth, *Les Domestiques de la maison Hogarth*, 1750-55. © Tate Britain, Londres, 2008.

# Démarche diagnostique

*Le hasard ne favorise que les esprits préparés.*

Louis Pasteur

## Éliminer les cinq diagnostics vitaux

- grossesse extra-utérine ;
- anévrisme de l'aorte abdominale rompu ;
- pancréatite aiguë ;
- ischémie intestinale aiguë ;
- infarctus myocardique inférieur.

Ces pathologies doivent toujours être évoquées, par principe, devant chaque douleur abdominale. Ce sont des pathologies qui engagent immédiatement le pronostic vital. Dès lors que l'urgence immédiate est éliminée, on a tout lieu de prendre le temps de la réflexion...

*Nous gardons en mémoire le souvenir d'un homme de 53 ans, hospitalisé aux urgences chirurgicales pour une première crise de colique néphrétique gauche. Les perfusions d'antispasmodique et d'anti-inflammatoire n'étaient que partiellement efficaces. Trois heures trente après son entrée, il était laparotomisé en urgence dans un contexte de collapsus avec hémopéritoine. On découvrait un anévrisme abdominal rompu...*

## La grossesse extra-utérine

C'est une grossesse au cours de laquelle l'embryon se développe en dehors de l'utérus, le plus souvent dans une des trompes de Fallope.



Dessin n° 4 - Les cinq diagnostics immédiatement mortels.

Toute douleur pelvienne chez une femme en période d'activité génitale est une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire. Lorsqu'il existe, en plus, des métrorragies, les choses deviennent presque évidentes ! Même en y pensant toujours, on n'y pense jamais assez...

Une solution simple consiste à doser le taux de  $\beta$ HCG plasmatiques.

Les cinq raisons qui font réfuter à *tort* le diagnostic :

- absence de rapport sexuel récent ;
- présence de menstruations « normales » : des métrorragies peuvent être interprétées comme des menstruations ;

- contraception scrupuleusement suivie : on connaît l'inefficacité individuelle de certaines pilules contraceptives. Un oubli dans la prise du contraceptif est toujours possible ;
- interruption volontaire de grossesse récente : une grossesse intra-utérine peut « cohabiter » avec une grossesse extra-utérine ;
- antécédent de ligature de trompes : la reperméabilisation tubaire est possible.

Si l'une de ces cinq raisons vous a, un jour ou une nuit, dispensé de demander des  $\beta$ HCG plasmatiques, vous êtes décoré de l'ordre de l'*Equus asinus*, cher à Sancho Pança...

*Une jeune fille de 17 ans, opérée il y a trois semaines d'une appendicectomie avec des suites simples, consulte aux urgences d'un autre hôpital, d'une autre ville pour douleur hypogastrique fébrile. Auriez-vous pensé à demander les  $\beta$ HCG plasmatiques à son entrée aux urgences ?*



**Dessin n° 5** - Exercice... Ces deux femmes vous jurent ne pas avoir eu de rapport sexuel. Méfiez-vous des préjugés si l'une vous paraît plus crédible que l'autre... demandez des  $\beta$ HCG plasmatiques dans les deux cas. H. Holbein le Jeune, *Portrait de Jane Seymour*, 1536-37 © Musée Royal des Peintures Mauritshuis La Haye (à gauche). G. Romney, *Portrait de Lady Hamilton*, 1782. © Tate Britain, Londres, 2008 (à droite).



Dessin n° 6 - Les cinq fausses bonnes raisons de ne pas demander de  $\beta$ HCG plasmatiques.

## L'anévrisme de l'aorte abdominale rompu

Il est évident qu'une douleur abdominale avec une masse battante et pulsatile à la palpation dans un contexte d'instabilité hémodynamique doit conduire à la laparotomie sans autre examen. En cas de doute chez un patient stable, l'échographie abdominale au lit du patient confirmera le diagnostic.

Deux formes cliniques trompeuses doivent être connues :

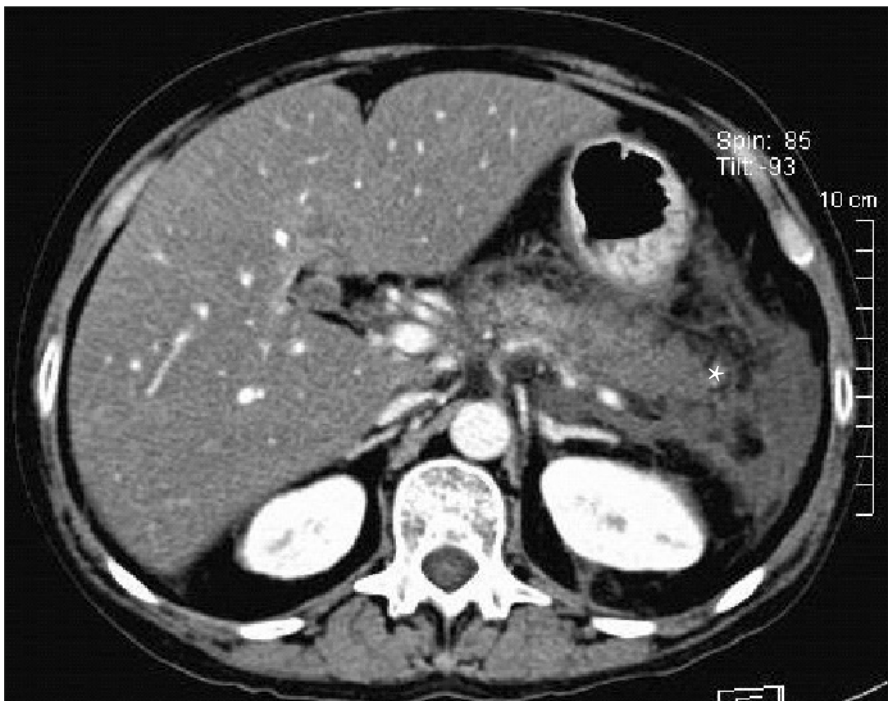
- une colique néphrétique inaugurale chez un patient de plus de 50 ans est un anévrisme rompu jusqu'à preuve du contraire (symptomatologie urinaire au premier plan par compression de l'uretère) ;
- un tableau d'inconfort abdominal, d'« embarras gastrique », chez un patient polyvasculaire doit également faire évoquer le diagnostic.

Donc... palpez l'abdomen à la recherche d'une masse battante !

## La pancréatite aiguë

Il s'agit des formes les plus graves de pancréatite aiguë ou pancréatite nécrotico-hémorragique qui sont heureusement les plus rares et ne concernent que 20 % de l'ensemble des pancréatites. La douleur abdominale, épigastrique, transfixiante est au premier plan du tableau clinique. L'examen clinique peut être pauvre, faussement rassurant et les signes pariétaux peuvent manquer. Une ecchymose des flancs (signe de Turner) ou péri-ombilicale (signe de Cullen) peut être visible. Un choc peut rapidement s'installer malgré une réanimation agressive.

Une élévation de la lipasémie à trois fois la valeur normale signe le diagnostic. Elle peut manquer dans les formes rarissimes mais gravissimes où l'ensemble de la glande est détruit. La tomodensitométrie abdominale avec injection est alors le maître examen (fig. 2).



**Fig. 2** - Tomodensitométrie d'une pancréatite nécrotico-hémorragique. Remarquez la coulée de nécrose le long du fascia pararénal antérieur gauche (\*) et le rehaussement hétérogène du pancréas témoin d'une nécrose de la glande.



## L'ischémie intestinale aiguë

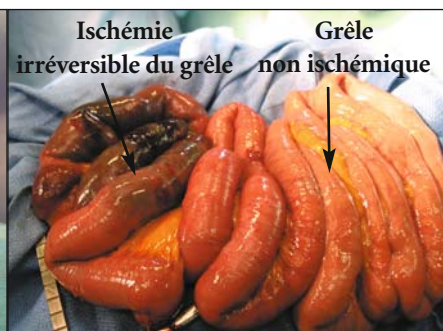
Toute douleur abdominale chez un patient polyvasculaire est une ischémie intestinale jusqu'à preuve du contraire. Il faut poser le diagnostic à la phase « utile », initiale, c'est-à-dire lorsque l'ischémie est encore réversible. La présentation clinique initiale peut se résumer à une douleur abdominale isolée. Les signes pariétaux sont absents ou pauvres, le patient n'est pas choqué, la température est normale (fig. 3). Il ne faut pas attendre l'apparition d'une péritonite ni d'un melæna qui sont des éléments de gravité tardifs. Pensez à l'ischémie intestinale aiguë :

- si le patient est artéritique ou coronarien ;
- s'il existe une ischémie aiguë de membre ou un accident vasculaire cérébral concomitants (mécanisme embolique) ;
- si le patient est en arythmie ;
- s'il existe un long passé de douleur abdominale postprandiale précoce avec amaigrissement récent (angor mésentérique passé inaperçu) ;
- s'il s'associe une cholécystite alithiasique (ischémique) ou des ulcères gastriques multiples, récidivants, résistant au traitement, témoignant d'une hypovascularisation de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen.

Jusqu'à 20 % des tomodensitométries abdominales avec injection peuvent être interprétées comme normales à la phase initiale d'une ischémie intestinale aiguë. En cas de forte suspicion diagnostique, la laparotomie exploratrice (fig. 4) reste le seul moyen de parvenir au diagnostic précoce et de permettre une revascularisation digestive ou une résection intestinale limitée.



**Fig. 3** - À la phase initiale de l'ischémie intestinale aiguë, la palpation abdominale est faussement rassurante. La mer est encore calme mais l'orage se prépare...



**Fig. 4** - Vue peropératoire d'une ischémie intestinale aiguë. Il faut se souvenir, avec Mondor, que le ventre ne présente pas la contracture de la péritonite, ni le météorisme de l'occlusion. Il s'agit d'un « climat ». On remarque l'absence d'épanchement péritonéal ou de distension digestive majeure.

## Ischémie intestinale veineuse

L'infarctus intestinal correspond à une souffrance digestive en rapport avec un trouble du retour veineux mésentérique. Elle est la conséquence d'une thrombose de la veine mésentérique supérieure et ne partage ni la présentation clinique ni le pronostic de la forme artérielle. La douleur est plus progressive, volontiers accompagnée de melæna. Le pronostic est meilleur, avec un taux de mortalité inférieur à 20 %. Le traitement est une anticoagulation efficace. La résection intestinale n'est justifiée que dans les formes d'infarctus irréversible.

## L'infarctus inférieur du myocarde

Rien n'est plus réducteur que de regarder le doigt du sage qui montre le ciel... Toute douleur épigastrique brutale impose un électrocardiogramme et un dosage, si besoin, de troponinémie.

**La douleur abdominale n'est pas toujours digestive.  
Les gros vaisseaux, les voies urinaires et génitales, les douleurs  
projetées thoraciques et cardiaques sont aussi à l'origine  
de syndromes douloureux abdominaux.  
Parmi les 5 pathologies qui engagent immédiatement le pronostic  
vital, 3 sont d'origines extra-digestives.**

## Les grands syndromes : occlusif et péritonéal

Tout l'enjeu diagnostique devant un abdomen aigu va être de le classer soit « occlusif », soit « péritonéal » (au sens large de l'inflammation ou de l'infection péritonéale). ATTENTION, soit l'un, soit l'autre... (fig. 5) !

**Toute douleur digestive doit être classée occlusive ou péritonéale.**



**Fig. 5** - Tout ventre aigu doit être classé « Occlusif » ou « Péritonéal ». Le stationnement est interdit entre les deux. Gardez la simplicité de l'enfant et choisissez l'un ou l'autre...

## L'occlusion intestinale

### Le diagnostic

Il repose sur la tétrade classique :

- douleur abdominale ;
- vomissements ;
- arrêt des matières et des gaz ;
- météorisme abdominal.

Certains signes peuvent manquer :

- la douleur et les vomissements peuvent n'être que tardifs dans les occlusions coliques basses ;
- le météorisme abdominal peut être absent dans les occlusions digestives hautes (du duodénum ou du grêle) ;
- l'arrêt des matières et des gaz peut n'être que partiel dans les occlusions incomplètes, ou les pincements latéraux du grêle, ou encore en cas de vidange du segment digestif en aval d'un obstacle.

ATTENTION, l'élément clinique fondamental est l'absence de défense ou de contracture abdominale qui ne concerne que la péritonite ! Qu'on se le dise...

**L'abdomen occlus est souple à la palpation.**

### Le mécanisme occlusif

Il est classique de séparer deux formes d'occlusions : les occlusions fonctionnelles (sans obstacle) et les occlusions mécaniques (avec obstacle).

#### *Les occlusions fonctionnelles (ou iléus intestinal)*

Elles résultent :

- soit d'une cause générale, systémique ;
  - troubles ioniques (hypokaliémie, hypercalcémie...)
  - désordre hormonal de l'hypothyroïdie ;
  - causes neurologiques (grands syndromes médullaires, sclérose en plaques, diabète...)
  - médicaments (opiacés, neuroleptiques...).

Dans tous les cas, la cause étant générale, le retentissement digestif se fera à la fois sur le grêle et sur le côlon... Il existe donc une aérogrêlie ET une aérocolie ! Il n'y a en effet aucune raison qu'une cause générale ne touche qu'un segment intestinal...

- soit d'un foyer infectieux ou inflammatoire péritonéal : le tube digestif se « paralyse » au contact d'une cholécystite, d'une sigmoïdite, d'une pancréatite...

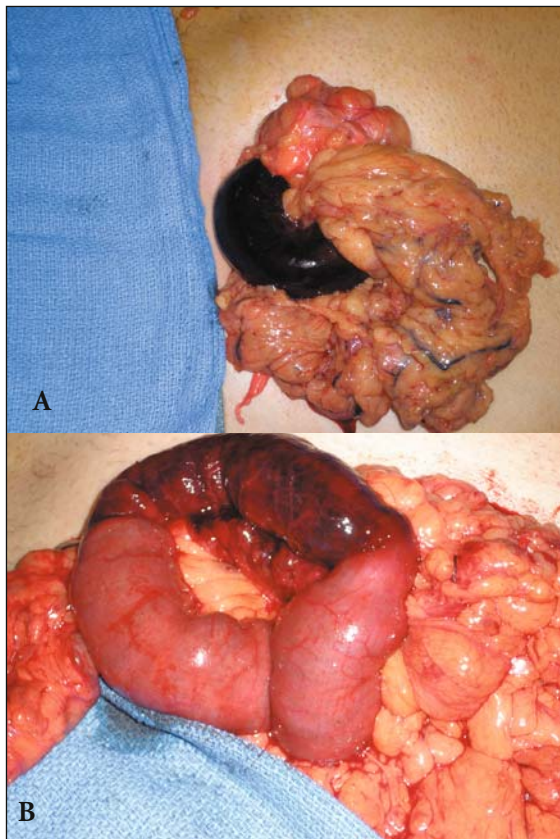
*Remarque* : l'absence d'obstacle et la rétention gazeuse prédominante font que le patient conserve le plus souvent un transit sur le mode diarrhéique... les liquides passent dans un tube inerte, alors que les gaz ne progressent pas sans péristaltisme...

Le traitement de ces occlusions fonctionnelles sera le traitement de la cause à l'origine.

### **Les occlusions mécaniques**

Ce sont donc les occlusions intestinales secondaires à un obstacle... mais il y a obstacle et obstacle ! Deux mécanismes obstructifs s'opposent et dictent la gravité et l'urgence de ces occlusions : strangulation et obstruction.

La **strangulation** intestinale est une urgence vasculaire puisque le flux artériel est interrompu dans le mésentère ; il y a un risque de nécrose du grêle (fig. 6) !



**Fig. 6** - Strangulation du grêle sur éventration. La souffrance digestive (A) s'améliore après libération du grêle (B). La résection ne sera pas nécessaire.

Voici les deux éléments majeurs qui orientent vers une possible strangulation :

- une douleur abdominale d'apparition suraiguë, « le coup de tonnerre dans le ciel serein de nos maîtres » ;
- des vomissements réflexes, immédiats au moment de la strangulation. Le patient vomit à cause de la douleur de strangulation au même titre que lors des torsions d'annexes ou de testicule. C'est la torsion du mésentère, particulièrement douloureuse, qui est à l'origine du vomissement, et ce n'est pas un vomissement par « débordement » plus tardif, comme dans l'obstruction.

D'autres signes évoquent également la strangulation :

- le météorisme asymétrique, tympanique, douloureux et immobile (c'est le signe de von Wahl) ;
- l'existence de cicatrices abdominales, à l'origine de possibles brides intestinales. ATTENTION, occlusion sur bride = occlusion du grêle ! Apportons une nuance et différencions les brides et les adhérences : les brides sont des cordes tendues, dangereuses et sont une façon classique de stranguler le grêle. Les adhérences sont plus le fait d'abdomens multi-opérés, pour lesquels les risques de nécrose du grêle sont plus relatifs... En pratique :
  - une cicatrice abdominale unique fera craindre une bride... = Urgence vasculaire du grêle !
  - un abdomen multi-opéré fera envisager la possibilité de système adhérentiel du grêle pour laquelle l'urgence vasculaire est moins nette ;

**L'adhérence est un accolement cicatriciel d'un viscère sur la paroi  
ou sur un autre viscère.**

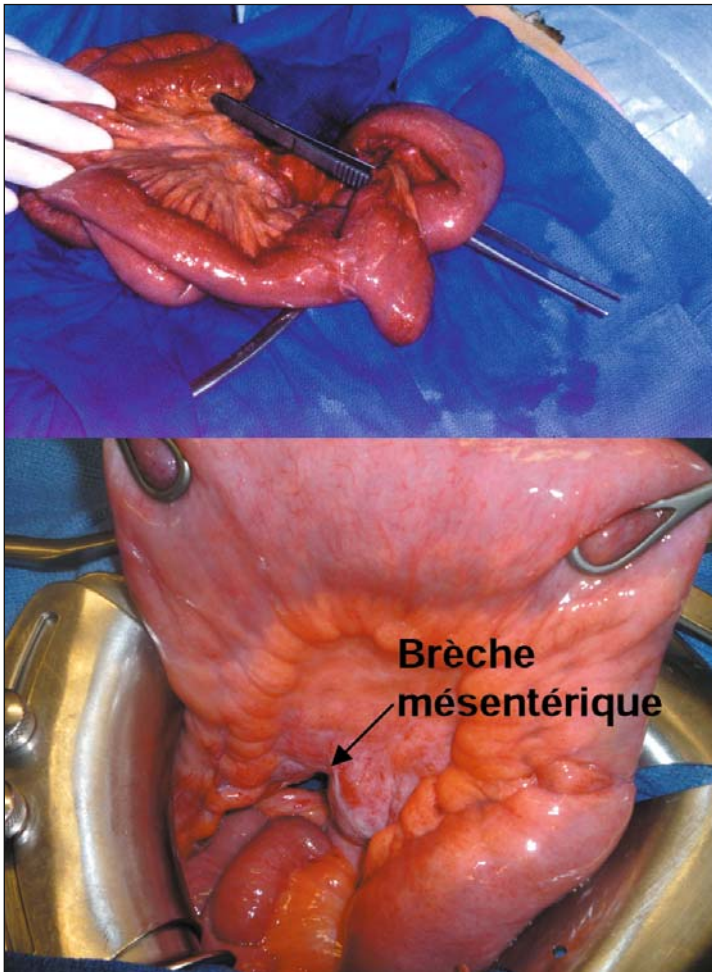
**La bride est une corde fibrineuse individualisable.**

- les orifices herniaires sont le siège d'une hernie douloureuse et irréductible. ATTENTION à la hernie crurale ! C'est une hernie de petite taille dans le pli inguinal d'une femme obèse... le pois chiche et la pastèque ! Rien ne ressemble plus à une hernie crurale étranglée qu'une adénite douloureuse du pli inguinal !

Une forme rare d'occlusion par strangulation est représentée par la hernie interne : il s'agit d'une brèche (dans le mésentère, le ligament large...) congénitale ou acquise lors d'une intervention chirurgicale, dans laquelle le grêle peut s'incarcérer (fig. 7). L'occlusion est brutale comme une strangulation, et les douleurs sont trompeuses, car de topographies variables au cours du temps, secondaires à la fois à l'obstacle et à la traction sur le mésentère.

**Douleur suraiguë + vomissements = Strangulation  
→ Risque de nécrose intestinale**

L'**obstruction** est de début plus progressif. Dans les occlusions coliques, le risque est la perforation diastatique du cæcum en amont de l'obstacle. Lorsqu'une décision de colostomie transverse droite est prise pour lever l'occlusion en amont d'un cancer colique gauche en occlusion, nous avons l'habitude de la réaliser par minilaparotomie à cheval sur l'ombilic pour vérifier la viabilité cæcale.



**Fig. 7** - Exemples de hernie interne acquise. La brèche méésentérique dans laquelle passe la pince représente un véritable piège pour le grêle.

## Les quatre étiologies les plus fréquentes d'occlusion mécanique

Le volvulus du côlon pelvien (sigmoïde) (fig. 8) :

- patient âgé ;
- long passé de constipation ;
- météorisme important, asymétrique, oblique de la fosse iliaque droite à l'hypochondre gauche.

L'occlusion sur bride (du grêle), *cf. supra* (figs. 9 et 10) :

- cicatrice(s) abdominale(s) ;
- douleur brutale.

La tumeur colique gauche en occlusion (fig. 11) :

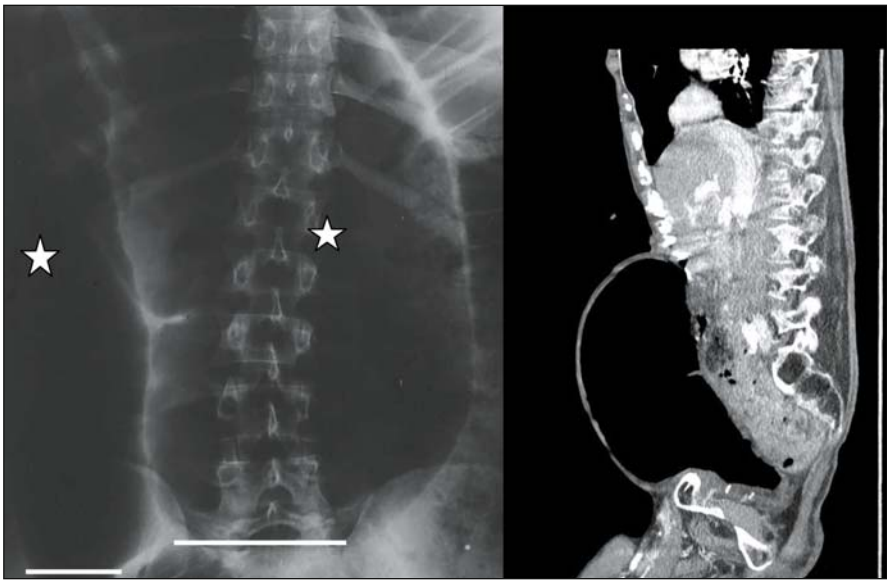
- masse parfois palpable en fosse iliaque gauche ;
- recherche d'une anémie ferriprive associée.

La hernie étranglée :

- la clinique est évidente, encore faut-il examiner les orifices herniaires !

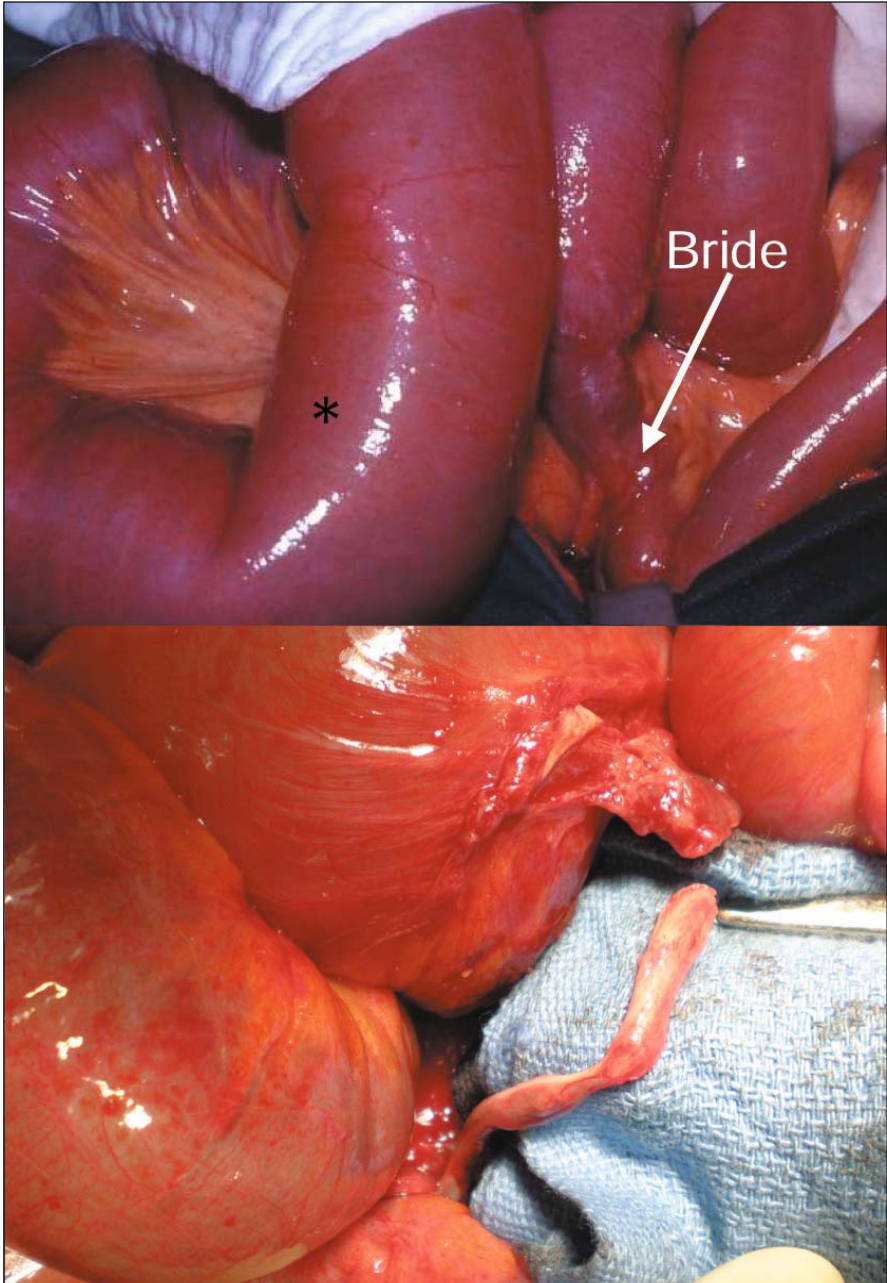
**Dans toute occlusion :**

- on palpe les orifices herniaires ;
- on cherche une masse palpable ou des cicatrices abdominales ;
- on fait un toucher rectal.

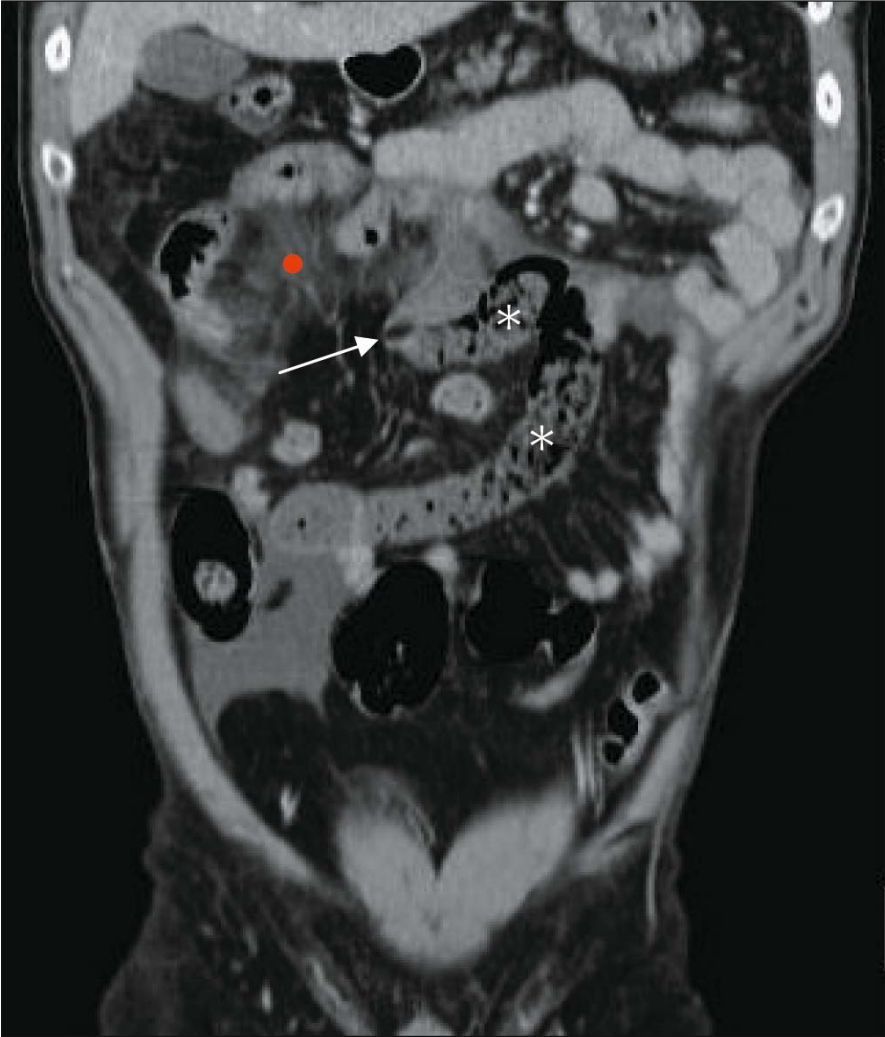


**Fig. 8** - Radiographie standard de face d'un volvulus du côlon pelvien. Remarquez les deux niveaux hydro-aériques (—) et la boucle sigmoïdienne volvulée (☆). La photo de droite est une coupe tomographique sagittale montrant le volumineux météorisme.





**Fig. 9** - Occlusion du grêle sur bride. On remarque une jonction entre le grêle plat en aval de la bride et le grêle dilaté en amont (\*). Sur la photo du bas, on voit que la bride (sectionnée) n'est pas une simple adhérence mais une véritable corde cicatricielle.



**Fig. 10** - Tomodensitométrie (coupe frontale) d'une occlusion du grêle sur bride (flèche), avec un « *feces sign* » témoin de la stase digestive dans le grêle (\*) et des signes de souffrance ischémique d'une anse grêle (mésentère infiltré, d'aspect peigné, hyperhéméié) (•).



**Fig. 11** - Haut : coupe frontale en tomodensitométrie d'un cancer colique gauche occlusif (flèche). L'urgence est au risque de perforation diastatique cæcale (\*). Bas : souffrance diastatique du cæcum en amont d'un obstacle colique gauche.

## La péritonite

*Stricto sensu*, il s'agit d'une inflammation, d'une irritation du péritoine par un liquide agressif. C'est une urgence chirurgicale, une course contre la montre, dont le pronostic est directement lié au délai de prise en charge.

### Quelques définitions

#### ***Défense abdominale***

C'est une contraction réflexe, involontaire et douloureuse des muscles de la paroi abdominale antérieure secondaire à l'irritation péritonéale. Elle rend l'examen abdominal difficile.

#### ***Contracture abdominale***

Elle se différencie de la défense abdominale par le fait que même en « flat-tant » la paroi, avec des « mains d'amant », on ne parvient pas à la déprimer. C'est le ventre de bois. L'examen abdominal est impossible.

#### ***Sensibilité abdominale***

La palpation déclenche une douleur, mais le ventre reste souple, dépressible, examinable... C'est un signe aspécifique, qui peut exister à la phase initiale de l'appendicite, d'une cholécystite, de la sigmoïdite. La douleur localisée à la palpation est alors très informative... Contrairement à l'occlusion, où la sensibilité est plus diffuse.

### Clinique

« Si la douleur abdominale était une note de musique, la péritonite serait une sinistre symphonie abdominale. »

La douleur est violente et permanente, prostrant le malade.

La palpation abdominale signe le diagnostic en trouvant une défense, parfois une contracture. Le malade refuse l'examen abdominal, car il est trop douloureux. Cette palpation abdominale n'est remplaçable par aucun examen complémentaire. Même le scanner injecté, qui ne voit que les épanchements collectés, peut être mis en défaut en cas d'épanchement de faible abondance. Il garde néanmoins toute sa place dans le bilan étiologique.

La percussion cherche une disparition de la matité préhépatique, signant le pneumopéritoine.

Le toucher rectal est très douloureux lors de la mobilisation du cul-de-sac de Douglas en avant du rectum. C'est le cri du Douglas.

Les signes généraux (fièvre et tachycardie) sont classiques.

**La défense signe la péritonite.**

## Les formes cliniques

### *La péritonite asthénique*

Chez les patients altérés, fatigués, avec une ceinture abdominale faible, il n'y a pas de vraie défense et la relative souplesse abdominale peut être faussement rassurante. Mais il s'agit bien d'une péritonite malgré des signes pariétaux moins importants. La douleur qui reste franche, invalidante, avec un visage grimaçant à l'examen est un bon indicateur de gravité.

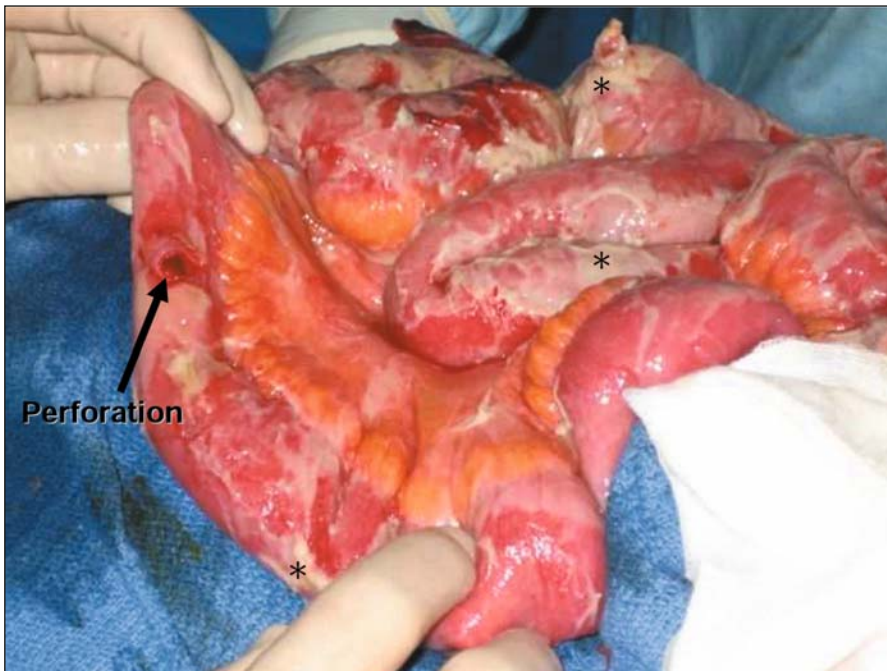
### *La péritonite biliaire*

À l'inverse des autres causes de péritonites, le malade n'est plus prostré mais agité, mimant parfois une présentation « psychiatrique ».

### Deux mécanismes :

- la péritonite par perforation d'un viscère creux avec une fuite de liquide digestif ;
- les infections localisées comme l'appendicite, la cholécystite ou la pelvipéritonite.

### *Péritonite par perforation* (fig. 12)

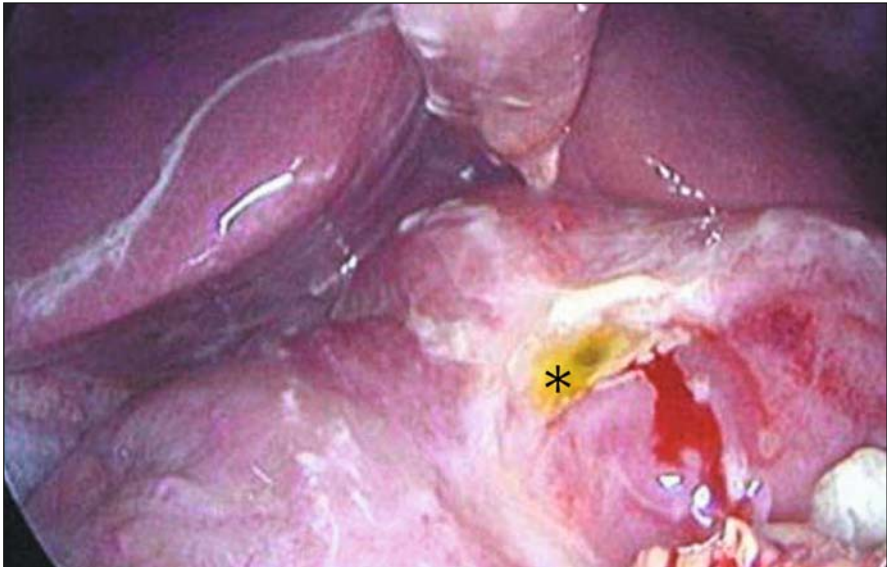


**Fig. 12** - Péritonite par perforation d'une anse grêle. Remarquez les fausses membranes qui tapissent l'ensemble du grêle (\*). Les manifestations cliniques sont à la hauteur des constatations opératoires... violentes !

C'est un coup de tonnerre dans un ciel serein ! Le début est brutal, horaire. Le quadrant abdominal douloureux à la phase initiale nous renseigne sur la cause. Il existe classiquement un pneumopéritoine. Deux étiologies sont fréquentes, et il faut y penser systématiquement :

- la perforation d'un ulcère duodénal (plus rarement gastrique) (fig. 13) : la douleur, initialement de siège épigastrique, se propage ensuite à tout l'abdomen. La défense ou la contracture abdominales sont constantes. Le patient ne vomit pas et reste apyrétique les douze premières heures. Le pneumopéritoine, toujours visible sur le scanner abdominal, peut être absent sur les clichés de radiographies standards. On cherchera un ulcère dans ses antécédents ou une prise d'anti-inflammatoires récente, ou d'intoxication tabagique... même si leur absence n'élimine pas le diagnostic. On a l'habitude de considérer que leur pronostic est favorable du fait de l'acidité du liquide gastrique supposé donc peu septique ;
- la perforation diverticulaire du sigmoïde, avec une fuite de liquide fécal, est de pronostic très grave. La douleur débute en fosse iliaque gauche et se répand dans tout l'abdomen. La palpation abdominale trouve une défense généralisée ou une contracture. Il faut chercher des antécédents de sigmoïdite ou des troubles du transit, mais un patient sur deux entre dans la maladie diverticulaire par le biais d'une complication. Les signes de sepsis cliniques (fièvre, altération de l'état général) et biologiques (polynucléose, syndrome inflammatoire) sont fréquents, voire toujours présents.

La perforation peut siéger sur n'importe quel segment intestinal du fait de la multitude des étiologies (iatrogène, corps étrangers, infectieuse...).



**Fig. 13** - Vue opératoire d'un ulcère du bulbe gastrique perforé. On remarque le lac de liquide biliaire faisant issue à travers la perforation (\*).

### ***Infections localisées***

Nous les classons dans la grande famille « péritonite » puisqu'elles correspondent à une irritation localisée du péritoine pariétal ou viscéral secondaire à une pathologie d'organe. La confrontation anatomoclinique va devenir le fil conducteur vers le diagnostic. Tous les organes abdominaux sont concernés.

*La péritonite par diffusion* représente la logique évolutive d'une infection intra-abdominale localisée et se caractérise habituellement par l'absence de pneumopéritoine, une histoire clinique plus longue avec un sepsis connu évolutif. Elle s'oppose à la péritonite par perforation par une clinique qui reste centrée sur l'organe concerné et ne symbolise pas, avec la même noblesse, le « grand syndrome péritonéal » précédemment décrit.

### ***Exemple***

L'appendicite aiguë illustre parfaitement ces deux mécanismes de perforation et de diffusion :

- la péritonite par diffusion d'une appendicite aiguë évolutive du fait d'une errance diagnostique, qui reste volontiers locorégionale ;
- la péritonite par perforation appendiculaire qui est un tableau de péritonite d'emblée généralisée, souvent inaugural.

**La péritonite appendiculaire généralisée est un mode de présentation clinique inaugural et rarement la conséquence d'une progression évolutive d'une appendicite aiguë localisée. Ainsi, s'il n'existe pas de péritonite généralisée à l'admission du patient, on prend peu de risques à surveiller en cas de doute diagnostique ou à explorer par des examens complémentaires pour asseoir le diagnostic.**

## Raisonnement anatomoclinique par quadrant abdominal

Il est fondé sur la reconnaissance de la pathologie d'organe et suppose des connaissances anatomiques sommaires rappelées dans le tableau ci-après (tableau II).

Tableau II - Organes par quadrant anatomique.

<b>Fosse iliaque droite</b>	Appendice Dernière anse iléale Annexe droite	Cæcum Voie excrétrice urinaire
<b>Hypochondre droit</b>	Vésicule Angle colique droit	Foie Douleur projetée basi-thoracique
<b>Épigastre</b>	Estomac Cœur	Pancréas
<b>Hypochondre gauche</b>	Rate Queue du pancréas Douleur projetée basi-thoracique	Estomac Angle colique gauche
<b>Fosse iliaque gauche</b>	Sigmoïde Aorte	Voie excrétrice urinaire
<b>Pelvis/hypogastre</b>	Appareil génital féminin	Vessie
<b>Péri-ombilicale</b>	Grêle	

**Il faut raisonner par quadrant anatomique en passant en revue tous les organes se projetant dans ce quadrant.  
On évoque, en fonction du terrain, de l'âge et de la clinique, les pathologies les plus fréquentes aux pathologies les plus rares.**



## La fosse iliaque droite

### L'appendicite aiguë

C'est une inflammation de l'appendice vermiculaire (fig. 14).



Fig. 14 - Vue macroscopique d'une appendicite aiguë. L'appendice est hyperhémé, turgescé avec des « fausses membranes » (\*).

### *Explication du polymorphisme clinique*

Nos maîtres nous ont appris qu'elle débute par une forme catarrhale, la plus bénigne, caractérisée par un œdème et une hyperhémie de la paroi. Puis les formes suppurées, phlegmoneuses et nécrotiques se succèdent et peuvent se compliquer d'une péritonite localisée ou généralisée.

Cet enchaînement logique et progressif est souvent mis en défaut par la constatation de présentations cliniques d'emblée graves sous la forme de péritonite généralisée, ou bien de formes plus modérées avec une douleur longtemps localisée en fosse iliaque droite. Ces différentes formes cliniques d'appendicites catarrhales, suppurées, phlegmoneuses et nécrotiques sont une description macroscopique peropératoire de ce que voit le chirurgien lorsque la décision opératoire est prise.

En revanche, en microscopie, on découvre la richesse de la pathogenèse appendiculaire. Une appendicite résulte d'une multitude de « maladies appendiculaires », dont le terme nous semble plus approprié. Ces différentes maladies appendiculaires participent, avec les localisations anatomiques variables de l'appendice, aux présentations cliniques diverses et variées. En voici quelques exemples :

- la perforation d'un diverticule appendiculaire (comme pour le sigmoïde) : se traduit par une fuite abondante de matière fécale dans le péritoine. Le mode de révélation sera rapidement un tableau de péritonite avec une défense généralisée ou une diarrhée aiguë irritative simulant une entérite. *Quel pédiatre n'a pas en mémoire le cas d'un enfant traité pour entérite qui s'est révélée être une péritonite généralisée mettant en jeu le pronostic vital ?*

- l'appendicite peut être secondaire à une infestation parasitaire, avec une histoire de douleur chronique rythmée par des crises paroxystiques ;
- un appendice longiligne peut se volvuler sur son axe et se nécroser avec une douleur brutale en « coup de poignard » ;
- l'obstruction de la lumière appendiculaire par un stercolithe ou une tumeur peut entraîner une accumulation de sécrétion et une augmentation de la pression intraluminaire réalisant progressivement une mucoécèle appendiculaire. L'expression clinique sera une douleur progressive en intensité jusqu'à devenir intolérable.

L'expression clinique sera variable avec la topographie anatomique de l'appendice :

- une appendicite aiguë rétrocaecale sera moins accessible à la palpation, cachée derrière le caecum. L'examen clinique à la phase initiale risque d'être faussement rassurant ;
- l'appendicite pelvienne peut avoir une présentation génito-urinaire et retarder le diagnostic...
- l'appendicite mésocœliaque (au milieu des anses grêles) se présentera comme une occlusion fébrile.

### ***Quelle doit être la conduite à tenir ?***

Toute cette complexité anatomoclinique nous conduit à beaucoup de prudence pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'appendicite aiguë. Confronté à une douleur en fosse iliaque droite, l'objectif du praticien sera double :

- ne pas intervenir pour rien ;
- ne pas intervenir trop tard.

Il n'y a pas de doute... On opère :

- le tableau clinique est typique : douleur en fosse iliaque droite, fébricule, polynucléose sans autre étiologie à l'échographie abdominale (surtout chez la femme) ;
- tableau de sepsis grave avec une défense abdominale.

Il y a un doute diagnostique : un délai de quelques heures n'est jamais préjudiciable en l'absence d'élément clinique de sepsis grave. Nous avons énoncé plus haut les raisons qui nous font penser que lorsqu'il s'agit d'une forme grave, elle l'est d'emblée... L'apport de l'imagerie (tomodensitométrie, échographie...) prend alors toute sa place.

**Une péritonite appendiculaire est grave d'emblée  
ou reste longtemps locorégionale.**

***Peut-il exister une appendicite aiguë sans fièvre ?***

Oui.

Dans l'appendicite aiguë, la température est habituellement normale ou légèrement augmentée (jusqu'à 38 °C). La fièvre résulte de modifications du centre thermorégulateur de l'hypothalamus antérieur. Lors d'une infection, il existe des substances endogènes fabriquées par l'hôte ou exogènes à l'origine de la fièvre. Leur mode d'action se fait par voie systémique sanguine. Au début de l'évolution d'une appendicite aiguë, il n'existe pas de dérégulation de la température. C'est une question de temps. Avec l'évolution du processus infectieux, la fièvre va apparaître. L'absence de fièvre ne doit pas faire récuser le diagnostic.

***Peut-il exister une appendicite aiguë sans polynucléose ou sans élévation de la C Reactive Protein (CRP) ?***

Oui.

Les examens biologiques ne permettent pas le diagnostic d'appendicite aiguë, qui reste un diagnostic clinique.

***L'appendicite chronique existe-t-elle ?***

On peut répondre par un non franc si on entend par « chronique » une maladie « installée » dans la durée avec un génie évolutif particulier.

Néanmoins, les anatomopathologistes décrivent l'appendicite chronique oblitérante, qui se caractérise par une lumière appendiculaire oblitérée par du tissu fibreux. Cette entité, purement histologique, n'a pas de traduction clinique précise.

Il existe pour le chirurgien des formes dites « chroniques », dans le sens où il s'agit d'une appendicite aiguë avec des accollements péroopératoires inhabituels, stigmates de poussées inflammatoires itératives. Ces formes d'appendicite sont plus le témoin de crises précédentes, *a minima*, probablement spontanément résolutes. Leur aspect histologique n'est pas spécifique.

***Cas particulier de la femme enceinte***

L'appendicite aiguë est toujours grave chez la femme enceinte. Quoi de plus banal qu'une femme enceinte qui se plaint du ventre, ou qui vomit ? L'appendice ascensionne progressivement avec la croissance utérine, modifiant la clinique. Le diagnostic est souvent retardé, posé au stade de péritonite généralisée avec des conséquences graves pour la mère comme pour le fœtus.

ATTENTION, il faut parfois prendre le risque, en particulier au troisième trimestre, d'une irradiation et demander le scanner qui affirmera ou infirmera le diagnostic... pour agir au plus vite !

### ***Diagnosics différentiels***

#### *L'iléite*

C'est l'inflammation de la dernière anse iléale. En dehors d'un contexte évocateur (maladie de Crohn connue), peu d'éléments cliniques peuvent faire la différence avec l'appendicite aiguë. L'échographie et/ou la tomodensitométrie redressent alors le diagnostic. L'iléite peut être d'origine diverse : crohnienne, infectieuse (yersiniose, shigellose...).

*Remarque* : l'appendicectomie dans la maladie de Crohn a mauvaise réputation, en raison du risque important de fistule postopératoire. Cette fistule se fait aux dépens de la dernière anse iléale dans ce contexte d'iléite et non à partir du moignon d'appendicectomie.

#### *L'adénite mésentérique*

La question peut se poser chez l'enfant ou l'adolescent aux antécédents récents d'infection de la sphère ORL. Là encore, la clinique peut être mise en défaut et l'échographie suffit à redresser le diagnostic en montrant un appendice sain et de multiples adénites de la région iléo-cæcale.

## **L'hypochondre droit (foie, vésicule)**

La douleur de l'hypochondre droit, c'est d'abord les pathologies biliaires ou hépatiques.

Le caractère aigu doit faire évoquer trois pathologies fréquentes : la colique hépatique, la cholécystite et l'angiocholite.

### **La crise de colique hépatique**

Elle est en rapport avec une obstruction du canal cystique par un calcul. Il en résulte une distension aiguë de la vésicule, à l'origine de la douleur biliaire.

Cette douleur de l'hypochondre droit est caractéristique. Elle est antérieure et transfixiante irradiant dans le dos. Parfois, l'irradiation douloureuse se fait en hémi-bretelle à l'épaule droite.

Elle s'accompagne typiquement d'une inhibition respiratoire majorée à la palpation avec une impossibilité d'inspirer à fond, c'est le signe de Murphy.

Elle est très variable dans sa durée, de quelques minutes à plusieurs heures.

La douleur peut céder totalement avec la mobilisation du calcul permettant une vidange salvatrice. À ce stade, la bile est stérile, il n'y a pas de signes infectieux, le bilan biologique hépatique est normal.

### La cholécystite aiguë

Si l'obstruction persiste, « la stase créant l'infection », surviennent une inflammation et un œdème de la paroi vésiculaire puis une infection de la bile et des parois vésiculaires par des germes intestinaux. Au stade ultime peut survenir une nécrose pariétale (fig. 15) ou un abcès, voire une perforation vésiculaire à l'origine d'une péritonite biliaire.

La cholécystite aiguë s'accompagne d'une défense de l'hypochondre droit et classiquement d'un signe de Murphy associés à une fièvre.

Le bilan biologique reflète le syndrome infectieux avec la présence d'une polynucléose et d'un syndrome inflammatoire.

Il n'y a pas habituellement de modification du bilan hépatique. La bile est produite toujours normalement par le foie et se vidange dans le tube digestif par le canal cholédoque. La vésicule n'est qu'un réservoir accessoire et il n'y a ainsi aucune raison pour une cytololyse ou une cholestase, sauf dans les rares cas d'atteinte inflammatoire cholédocienne de contiguïté. Dire que « ce n'est pas une cholécystite parce que le bilan hépatique est normal » est donc faux.



Fig. 15 - Vue peropératoire d'une cholécystite aiguë gangréneuse, préperforative.

## L'angiocholite

C'est l'accident de migration du calcul dans le cholédoque qui provoque une stase biliaire et une infection de la voie biliaire principale.

L'expression clinique est dominée par les signes infectieux systémiques, qui, avec la douleur et l'ictère cholestatique, constituent la triade de Villard, caractéristique de l'angiocholite (apparition chronologique d'une douleur, puis d'une fièvre, puis d'un ictère).

Biologiquement, il existe un syndrome infectieux avec une polynucléose, associés à une cholestase et à une cytolyse.

L'étiologie est en général lithiasique, mais d'autres causes existent (tumorales, parasitaires...).

**Le bilan hépatique est habituellement normal  
dans une cholécystite aiguë.**

## L'hydrocholécyste

C'est une vésicule distendue par un calcul enclavé dans le cystique ou l'infundibulum vésiculaire. La vésicule ne communique plus avec les voies biliaires et se remplit progressivement de ses propres sécrétions. Puisque la vésicule est exclue, elle ne contient plus de bile mais un liquide clair, « eau de roche », d'où le terme hydro-cholécyste. La vésicule, gorgée de ce liquide eau de roche, devient palpable et douloureuse dans l'hypochondre. C'est une urgence chirurgicale, car les risques de perforation existent.

## Les autres causes de douleur de l'hypochondre droit

Toute pathologie hépatique peut donner une douleur de l'hypochondre droit (abcès, complication d'un kyste ou d'une tumeur...).

Le cœur droit par insuffisance cardiaque ou embolie pulmonaire massive peut également être à l'origine d'hépatalgies violentes mimant un tableau chirurgical. Il faut chercher un reflux hépatojugulaire et/ou une turgescence spontanée des veines jugulaires.

Les pneumopathies basales droites ou les pleurésies droites peuvent donner une douleur projetée dans l'hypochondre droit. Le diagnostic étant d'autant plus difficile que les signes radiologiques peuvent être retardés. Mais l'examen clinique, et l'auscultation thoracique en particulier, doit pouvoir faire la différence et redresser le diagnostic.

Pathologies de l'angle colique droit :

- diverticulite ;
- tumeur.

## L'épigastre

- Infarctus du myocarde.
- Ulcère, gastrite.
- Pancréatite.

## L'hypochondre gauche

Là encore, le raisonnement anatomoclinique nous fait envisager les différents organes régionaux potentiellement responsables du tableau clinique.

### – Rupture spontanée de la rate (en dehors d'un traumatisme)

*Rates « hématologiques »* : ce sont habituellement de volumineuses splénomégalies dans un contexte de leucémie connue.

*Pancréatite* : les pancréatites chroniques ou les poussées aiguës sur pancréatite chronique peuvent se compliquer d'hématome splénique, de rupture de pseudo-anévrisme de l'artère splénique ou de foyer d'infarctus splénique (fig. 16).



**Fig. 16** - Rupture splénique dans le cadre d'une pancréatite chronique. Remarquez le « spot » de produit de contraste témoignant d'une hémorragie active (flèche).

- Plèvre, poumon gauche
- Queue du pancréas
- Angle colique gauche

## La fosse iliaque gauche

### La sigmoïdite diverticulaire

Les douleurs de la fosse iliaque gauche évoquent en première hypothèse une sigmoïdite diverticulaire. C'est le classique tableau d'« appendicite à gauche ». La tomodensitométrie est le maître examen et confirmera le diagnostic.

#### *Forme clinique chez l'homme jeune*

Les signes cliniques peuvent être prédominants en fosse iliaque droite, lorsqu'il existe une longue boucle sigmoïdienne et en imposer pour une appendicite aiguë. Après 30 ans, où l'appendicite aiguë est plus rare, il ne faut pas hésiter à recourir aux examens complémentaires pour faire la part des choses...

#### *Diagnostics différentiels*

*Pyélonéphrite gauche* : la différence peut être parfois difficile à faire d'autant qu'il existe des signes urinaires dans la sigmoïdite (inflammation vésicale de contact avec la boucle sigmoïdienne). En principe, les signes cliniques prédominent à l'ébranlement de la fosse lombaire gauche, mais pas toujours...

*Cancer colique gauche infecté* : cette éventualité doit rester à l'esprit même si c'est un mode de présentation rare du cancer (de 3 à 5 % des cancers coliques). Une masse en fosse iliaque gauche à l'examen clinique et/ou sur la tomodensitométrie abdominale peut orienter le diagnostic et une coloscopie devra être demandée en cas de doute persistant.

### La colite ischémique

Elle est la conséquence d'une insuffisance de la microcirculation colique et prédomine du côté gauche sur le côlon descendant et le sigmoïde. À l'inverse de l'ischémie intestinale aiguë, le tronc artériel principal (l'artère mésentérique inférieure pour le côlon gauche) peut être perméable. La colite ischémique gauche siège préférentiellement entre les points d'insuffisance vasculaire de Griffith (sous-angulaire colique gauche-point de jonc-



tion entre les territoires mésentériques supérieur et inférieur) et de Südeck (charnière rectosigmoïdienne). Elle survient chez un patient « vasculaire », dans un contexte de choc hypovolémique ou en postopératoire d'une chirurgie aortique. La clinique se résume à une douleur constante en fosse iliaque gauche associée ou non à une hémorragie digestive basse (rectorragie ou melæna). C'est la rectoscopie qui signe le diagnostic, beaucoup plus que le scanner qui a tendance à surestimer les lésions.

## **Le pelvis et l'hypogastre**

### **Infections gynécologiques**

Elles regroupent l'endométrite et la salpingite.

#### ***L'endométrite***

C'est l'infection de l'utérus. Elle fait souvent suite à une cervicite et est fréquente en *post-partum* ou *post-abortum*. Le tableau clinique associe des douleurs hypogastriques fébriles avec des leucorrhées purulentes. La mobilisation utérine douloureuse au toucher vaginal signe le diagnostic.

#### ***La salpingite***

C'est l'infection des trompes de Fallope. Elle est le plus souvent bilatérale, car les deux trompes communiquent avec l'utérus. L'infection se fait du vagin vers l'utérus et les annexes, par voie génitale ascendante. Une dissémination hématogène ou lymphatique est aussi possible. Le pic de fréquence se situe entre 15 et 24 ans.

On distingue :

- une forme aiguë avec une clinique bruyante associant une douleur pelvienne invalidante, bilatérale, irradiant dans les lombes et les cuisses, des leucorrhées, des métrorragies et des signes généraux (fièvre, altération de l'état général) ;
- une forme chronique avec des signes cliniques atténués, évoluant à bas bruit.

La mobilisation utérine est douloureuse ainsi que les culs-de-sac avec une masse ou un empatement latéro-utérin.

L'échographie peut montrer un épaississement des trompes, un épanchement péritonéal ou une collection tubaire, mais la clinique prime !

La salpingite peut se compliquer :

- d'une pelvipéritonite : le tableau clinique associe un syndrome septique, une douleur abdominale avec une défense pelvienne, des pertes vaginales sales et/ou des métrorragies. Dans les formes évoluées, la défense abdominale peut être généralisée et dépasser l'ombilic ;

- d'un pyosalpinx, d'abcès annexiels (ovaire, ligament large) ou du cul-de-sac de Douglas ;
- d'une thrombophlébite pelvienne ;
- d'un syndrome de Fitz Hugh Curtis (infections à *Chlamydia trachomatis*) : il associe à la salpingite une périhépatite avec des adhérences hépatopariétales en corde de violon. Le tableau peut mimer une cholécystite aiguë avec défense de l'hypochondre droit.

N'oubliez pas ! Les  $\beta$ HCG plasmatiques, le retrait d'un éventuel stérilet (avec mise en culture bactériologique), les prélèvements à visée bactériologique et les sérologies (HIV, *Chlamydia*, mycoplasme).

### **Torsion d'annexe**

La torsion peut concerner la trompe, l'ovaire ou l'ensemble de l'annexe. C'est une urgence chirurgicale vasculaire avec un risque de nécrose ischémique.

Le tableau clinique est marqué par une douleur brutale et intense débutant en fosse iliaque puis irradiant dans tout le pelvis non calmée par les antalgiques mineurs. Des vomissements réflexes sont souvent associés. L'examen clinique montre une défense en fosse iliaque surtout dans la région sus-inguinale, dans la fossette ovarienne. Le cul-de-sac vaginal du côté de la torsion est douloureux au toucher vaginal. Après quelques heures, la douleur diminue, l'ischémie entraînant une perte de sensibilité de la zone infarcie.

L'échographie confirme le diagnostic, elle doit être systématiquement demandée devant toute douleur de la fosse iliaque ou de l'hypogastre chez une femme.

### **Kyste hémorragique de l'ovaire**

Il s'agit en général d'un kyste ovarien fonctionnel. L'hémorragie débute dans le kyste avant sa rupture.

Le tableau clinique est une douleur d'intensité variable en fosse iliaque, parfois accompagnée de métrorragies. La rupture du kyste peut être à l'origine d'un hémopéritoine avec une défense abdominale qui s'étend aux autres quadrants de l'abdomen.

L'échographie confirme le diagnostic.

### **Complications d'un fibrome de l'utérus**

#### ***Torsion***

Elle concerne essentiellement les fibromes sous-séreux pédiculés. La douleur pelvienne est brutale. Elle s'associe à des vomissements réflexes. La

température est normale et les touchers pelviens trouvent une masse latéro-utérine douloureuse. La différence avec une torsion d'annexe est parfois difficile à faire. C'est de toute façon une urgence chirurgicale.

### ***Nécrobiose aseptique***

C'est une complication fréquente pendant la grossesse. Les douleurs pelviennes sont intenses, souvent accompagnées de vomissements. On note des métrorragies ou des pertes noirâtres. La température est de 38,5 °C. L'état général est altéré. Les touchers pelviens trouvent un fibrome mou et très douloureux.

### **La rétention aiguë d'urine**

Ne pensez pas ne jamais vous faire piéger par ce diagnostic ! Le sondage vésical de toute douleur hypogastrique met parfois à l'abri du ridicule !

**Il ne faut jamais être optimiste. Un cancer ou une maladie du système peut se révéler par une douleur discrète et peu invalidante. Toute douleur abdominale persistante exige la réalisation d'un bilan étiologique exhaustif.**

# Les pathologies rares

*L'exceptionnel est juste derrière l'ordinaire.*

Dalāi Lama

Pourquoi ce chapitre consacré à des pathologies pour lesquelles nous serons, par définition, peu confrontés en pratique clinique courante ?

Ce sont des « classiques » de la pathologie abdominale d'urgence à l'instar des classiques de littérature, de cinéma ou de musique. Leurs présentations cliniques et radiologiques, quasi pathognomoniques, en font le plus souvent un modèle du genre et le diagnostic devient alors évident... Pour peu que l'on y ait été confronté une fois, on ne les oublie jamais... C'est le métier qui rentre !

## L'iléus biliaire

C'est une occlusion du grêle par un calcul biliaire d'origine vésiculaire qui a migré et qui s'est enclavé dans l'iléon terminal ou sur la valvule de Bauhin. Habituellement rencontré chez la femme âgée, cet iléus biliaire nécessite un concours de circonstances étonnant, réunissant trois conditions :

Une *cholécystite aiguë lithiasique*, qui se complique d'une perforation de la vésicule dans le duodénum, constituant *une fistule cholécystoduodénale*. Après constitution de la fistule, tout calcul qui migre dans la lumière intestinale est en général évacué dans les selles. Pour provoquer l'occlusion intestinale il faut *un volumineux calcul* pour se bloquer dans l'iléon de diamètre inférieur.

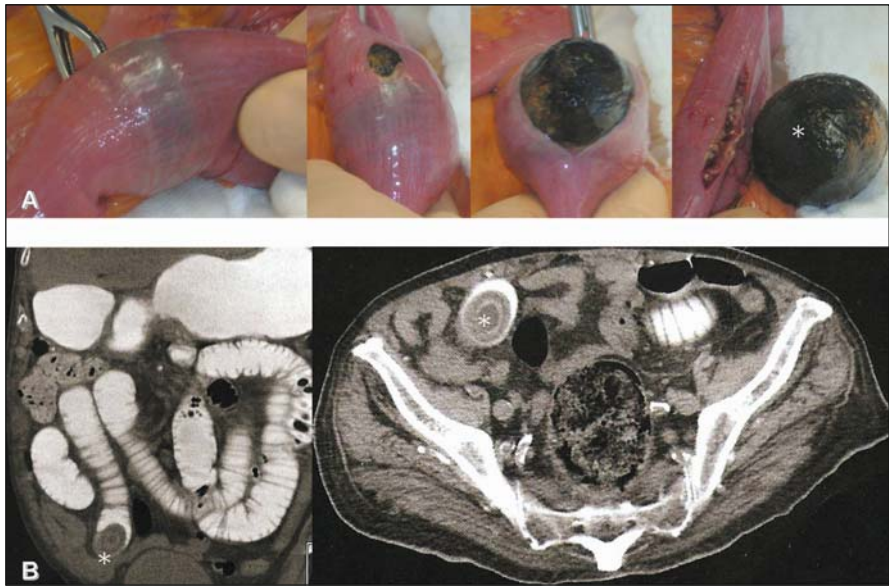
On peut noter que la fistulisation de la vésicule dans le duodénum est une forme d'évolution spontanément favorable de la cholécystite puisqu'elle permet un drainage direct de la bile vésiculaire dans le tube digestif. C'est un mode de guérison par la formation d'un nouveau canal cystique ! Le témoin de cette fistulisation bilio-digestive est la présence d'air dans les voies biliaires qui en sont normalement dépourvu.

*En conclusion*, chez un patient sans antécédent de chirurgie biliaire, une occlusion du grêle associée à une aérobilie doit faire évoquer un iléus biliaire.

ATTENTION, d'un point de vue clinique, les signes de cholécystite ont disparu au moment où l'occlusion apparaît !

Le traitement est chirurgical et consiste en l'ablation du calcul après entérotomie (fig. 17).

*Remarque pour les chirurgiens* : la vidange du grêle doit être réalisée vers l'entérotomie et non pas comme classiquement vers l'estomac, en raison des risques septiques par inondation des voies biliaires...



**Fig. 17** - Vues peropératoires de l'extraction d'un calcul biliaire (\*) enclavé dans l'iléon terminal réalisant l'iléus biliaire (A) et tomodensitométrie correspondante (B).

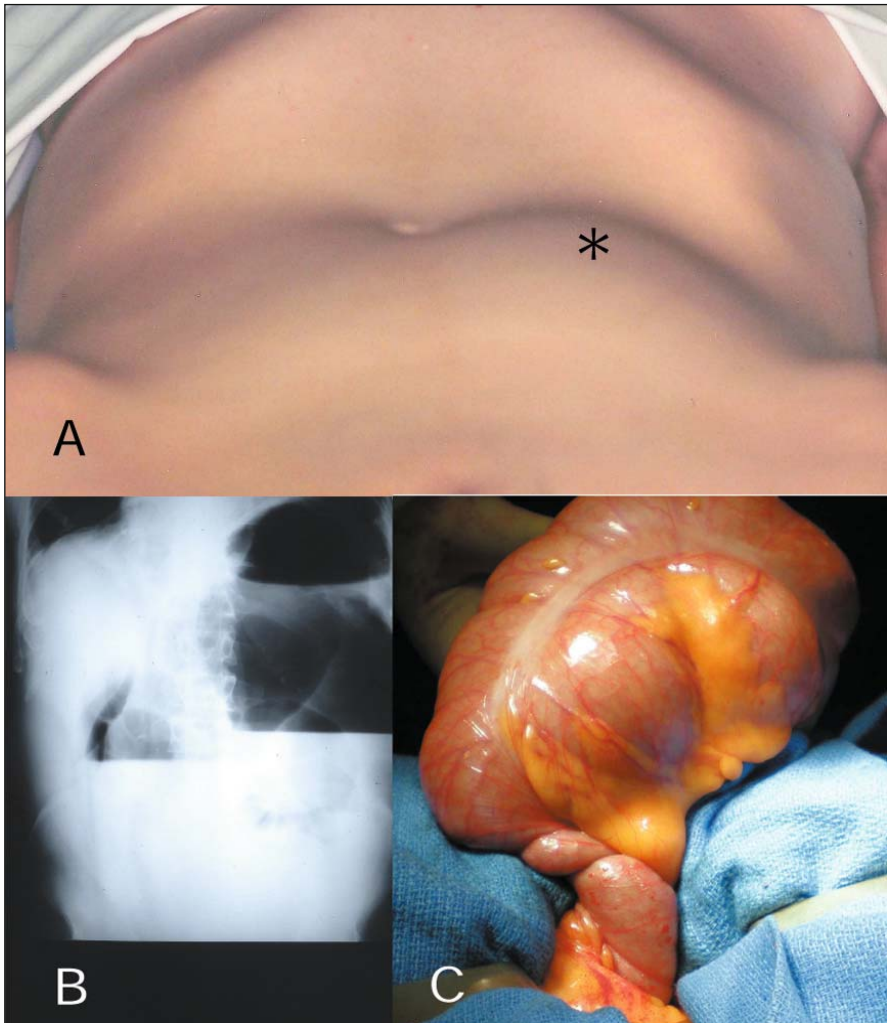
## Le volvulus du côlon droit

C'est la torsion aiguë d'une portion ou de la totalité du côlon droit (fig. 18) entraînant une souffrance digestive par ischémie et une occlusion. Le facteur essentiel, indispensable pour que se produise un volvulus du côlon droit, est une mobilité anormale de ce segment intestinal normalement fixé

au fascia de Toldt droit. Pour tourner, le cæcum et le côlon ascendant doivent être libres !

La survenue est brutale, « en coup de poignard », habituellement chez une femme jeune. C'est une douleur suraiguë permanente dans la région périombilicale. L'abdomen est asymétrique à l'inspection. C'est le reflet de la torsion suivie de la bascule du cæcum qui vient remplir de son énorme masse le côté gauche de l'abdomen (fig. 18).

La traduction radiologique de cette torsion est un niveau hydroaérique unique centro-abdominal ou de l'hypochondre gauche (fig. 18) et une fosse iliaque droite déshabitée.



**Fig. 18** - Volvulus du côlon droit. Présentation clinique abdominale. On remarque la voussure de la région périombilicale gauche (\*) (A), radiographie standard avec un niveau hydroaérique unique de l'hypochondre gauche (B) et vue peropératoire (C).

*En conclusion*, toute douleur périombilicale brutale, invalidante, associée à une asymétrie clinique de l'abdomen avec un niveau hydroaérique isolé centro-abdominal, doit faire évoquer un volvulus du côlon droit.

C'est une urgence chirurgicale qui impose la résection colique droite.

## Le syndrome de Boerhaave

Ce syndrome a été décrit pour la première fois par le docteur Hermann Boerhaave, à la suite du décès du baron John von Wassenaer, grand amiral de la flotte hollandaise. Voici la description faite par Boerhaave en 1724 de ce syndrome sous le titre : *Histoire d'une maladie atroce jamais encore décrite...*

« Après avoir festoyé les trois jours précédents avec des amis, le baron s'était mis à une diète sévère. Lors du dernier repas, le jour où il devint malade, il mangea un bouillon de viande, un peu de chou bouilli avec du mouton, des épinards, du ris de veau, un peu de poitrine et de cuisse de canard, deux alouettes, un peu de pain et de compote de pommes et, pour finir, un dessert fait de poires, de raisins et de pâtisseries, le tout arrosé d'un peu de bière et d'un vin de Moselle. Vers minuit, il ressentit une gêne épigastrique qu'il attribua à l'ingestion de ces aliments. Comme à son habitude, il prit un vomitif. Alors qu'il s'efforçait sans succès de vomir, il poussa soudain un cri horrible, puis se mit à gémir et à se plaindre d'une sensation de déchirure de rupture de l'estomac... Peu après, il perdit conscience et à la cinquième heure du soir, il mourut paisiblement. L'autopsie devait montrer des fragments de canard rôti dans la plèvre gauche. »

Le syndrome de Boerhaave est la rupture segmentaire de la paroi de l'œsophage thoracique, par suite d'un effort de vomissement. Les raisons de cette rupture ne sont pas claires. La rupture siège le plus souvent au bord gauche du tiers inférieur de l'œsophage avec une extériorisation du liquide digestif et du contenu de l'estomac dans l'espace pleural gauche.

Le pronostic est directement lié au délai de prise en charge et donc à la rapidité du diagnostic.

Le tableau clinique associe une douleur brutale épigastrique dans un contexte particulier où dominent les efforts de vomissements, une détresse respiratoire s'expliquant par le passage du liquide gastrique dans le médiastin et la plèvre et un tableau septique qui va évoluer vers l'état de choc. Parfois, on note un emphysème sous-cutané.

Le scanner thoraco-abdominal confirmera la perforation par la présence d'un emphysème médiastinal et d'un épanchement pleural gauche (fig. 19).

*En conclusion*, une douleur épigastrique brutale lors d'efforts de vomissements avec pleurésie gauche doit faire évoquer un syndrome de Boerhaave.

Le traitement est chirurgical par thoracotomie (gauche le plus souvent) associant la suture œsophagienne, la toilette médiastinale, une gastrostomie de décharge et une jéjunostomie d'alimentation.



Fig. 19 - Tomodensitométrie (coupe frontale) montrant le pneumomédiastin (✕), l'emphysème sous-cutané (●) et l'épanchement pleural gauche (■) lors d'un syndrome de Boerhaave.

## L'appendagite

L'appendagite est la torsion-nécrose d'un appendice épiploïque colique. En effet, tout le long du côlon se trouvent de petits appendices graisseux appendus à sa paroi qui ont leur vascularisation propre. Ils peuvent se tordre autour de leur axe (fig. 20) et se nécroser. Cela déclenche un syndrome douloureux abdominal très localisé pouvant simuler une appendicite aiguë ou une diverticulite sigmoïdienne suivant leur situation colique.

Le patient est apyrétique, sans trouble du transit, ni altération de l'état général. Le bilan biologique est strictement normal sans hyperleucocytose, ni syndrome inflammatoire.

Le diagnostic est radiologique. Le scanner montre une image pathognomonique extradiigestive, d'hyperdensité centrale entourée d'un halo hypodense (image en navette de métier à tisser) (fig. 21).

C'est une pathologie bénigne dont le traitement doit rester médical, à visée antalgique. Si une coelioscopie est faite pour un doute diagnostique, le décollement de la frange épiploïque de la paroi fait cesser les douleurs.



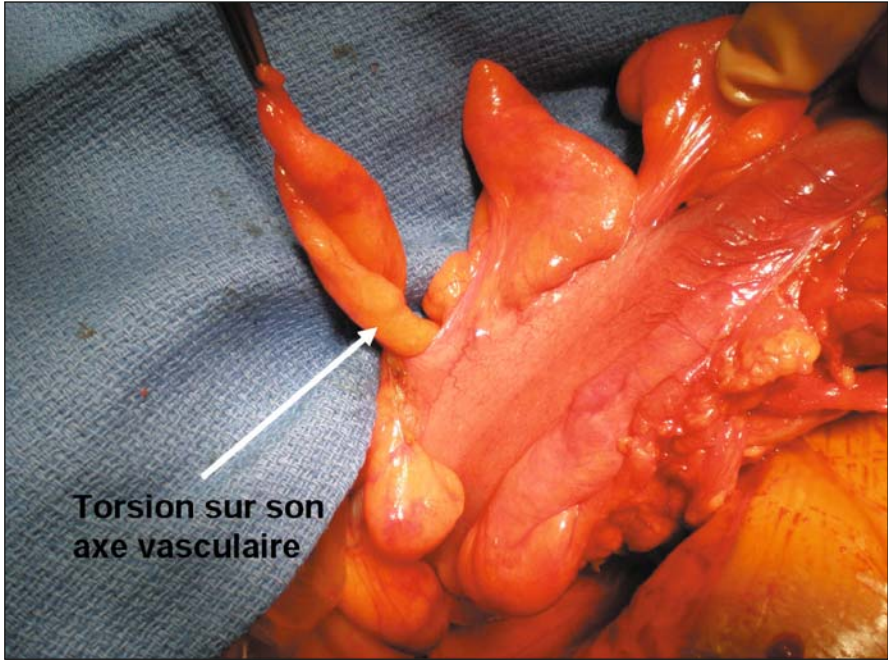


Fig. 20 - Mécanisme de torsion d'un appendice épiploïque sur le sigmoïde à l'origine d'une appendagite.

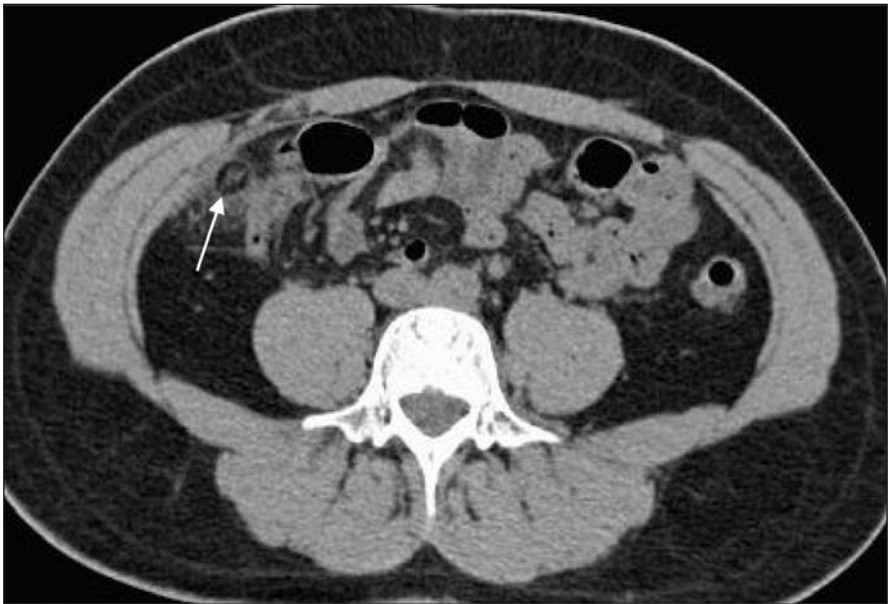


Fig. 21 - Tomodensitométrie abdominale montrant, posée sur le cæcum, une hyperdensité centrale entourée d'un halo hypodense typique d'une appendagite (flèche) réalisant une image en navette de métier à tisser.

## Le diverticule de Meckel

C'est un segment de tube digestif borgne en communication avec l'iléon terminal ou sur le dernier mètre d'intestin grêle (fig. 22A). Il est présent de 1 % à 2 % chez la population générale. Il ne correspond pas à un diverticule vrai (qui est une hernie de la muqueuse digestive à travers un défaut de la musculuse). Il s'agit d'un « appendice » congénital, vestige d'une régression incomplète du canal omphalo-mésentérique qui fait communiquer le tube digestif au cordon ombilical.

### Clinique

#### Hémorragie digestive basse

Il est tapissé d'une muqueuse soit iléale, soit duodénale mais surtout gastrique acido-sécrétante dans 60 % des cas, qui peut ulcérer et faire saigner la muqueuse iléale adjacente. Il est responsable de 50 % des rectorragies de l'enfant. Ces hémorragies ne sont pas douloureuses.

#### Douleur abdominale

Ce « diverticule » peut se volvuler, s'infecter (fig. 22B) ou se perforer et ainsi être à l'origine d'une nécrose, d'une diverticulite ou d'une péritonite. La douleur abdominale se localise dans les quadrants sous-ombilicaux de manière variable suivant sa position sur l'iléon terminal, le plus souvent à droite, pouvant simuler une appendicite aiguë.

Une bride congénitale peut être tendue de son sommet jusqu'à la paroi abdominale antérieure ou sur le mésentère et devenir occlusive par strangulation du grêle.

Il peut aussi se compliquer d'une invagination intestinale aiguë à l'origine d'une occlusion potentiellement grave en raison du risque d'ischémie intestinale associée.

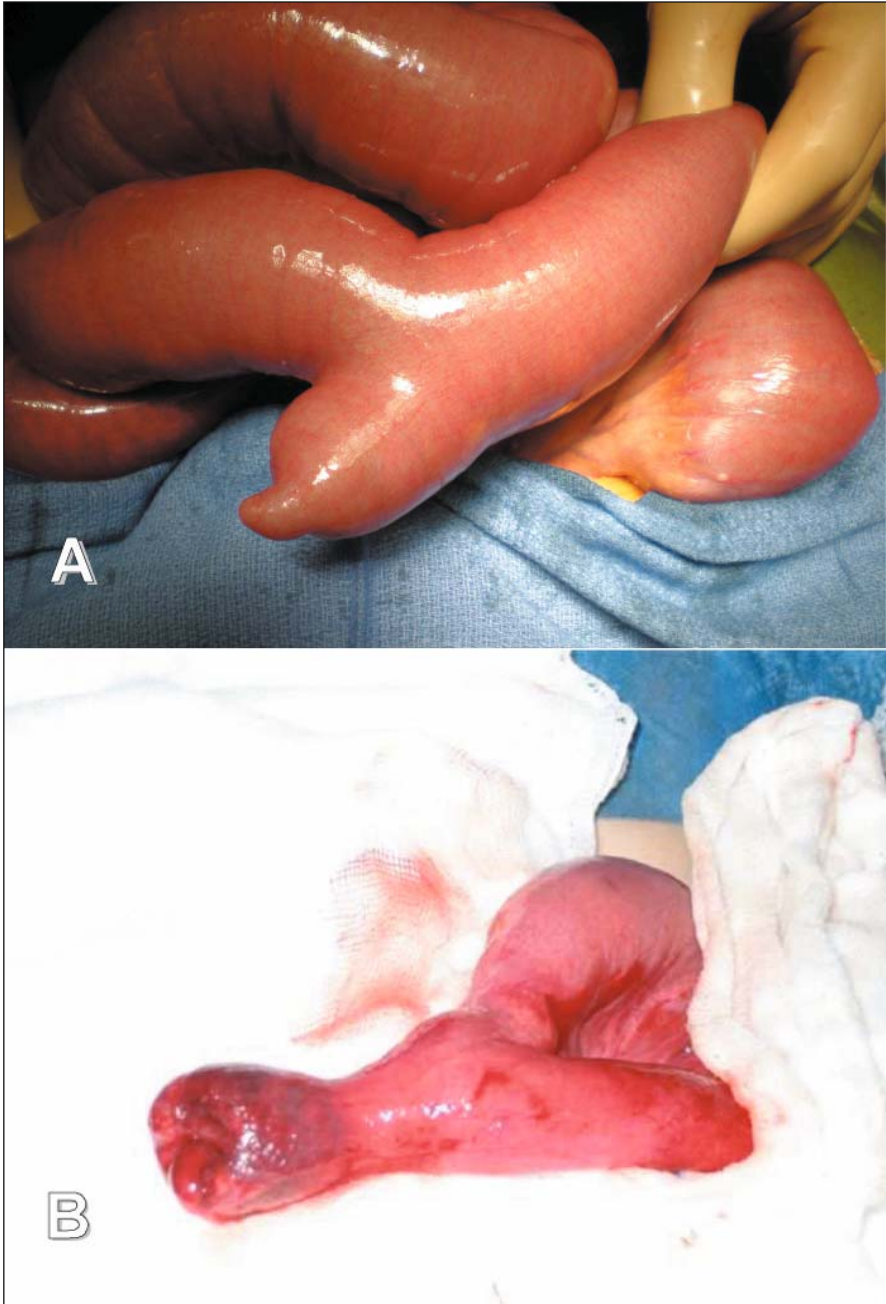


Fig. 22 - Diverticule de Meckel non compliqué (A) et infecté (B).

# Aphorismes

1) Une colique néphrétique gauche inaugurale après 50 ans doit faire chercher une pathologie aortique (anévrisme ou dissection).

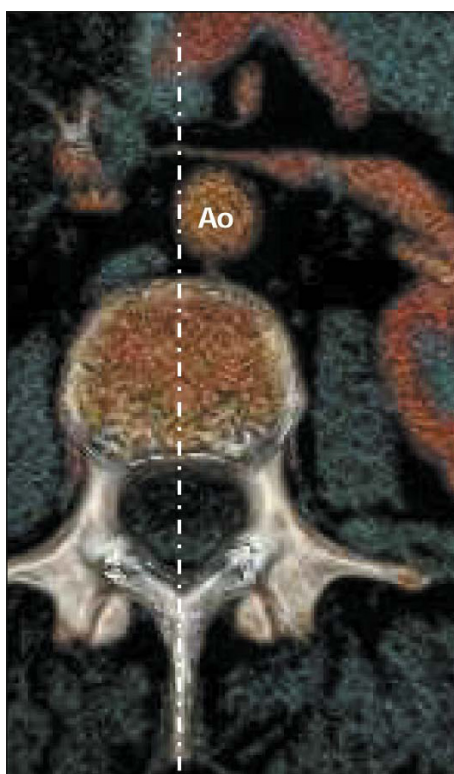


Fig. 23 - L'aorte (Ao) est à gauche du rachis, expliquant la clinique latéralisée à gauche.

2) Nausées et vomissements chez une femme en période d'activité sexuelle doivent faire évoquer la grossesse avant l'occlusion, surtout en l'absence de météorisme et de trouble du transit.

3) Une hernie douloureuse, mais qu'on peut réduire facilement à l'examen clinique, est une « hernie symptôme ». Elle n'est que l'expression d'un abdomen douloureux et tendu. Il faut chercher l'étiologie péritonéale responsable.

4) Une douleur invalidante, erratique, mal systématisée, irradiant du périnée à l'épigastre doit faire vérifier l'absence de strangulation du grêle sur hernie interne ou bride.



Fig. 24 - La douleur d'une strangulation pelvienne du grêle peut être bifocale : dans le pelvis (★) et plus haute, sus-ombilicale, par traction sur la racine du mésentère (★).

5) La cholécystite alithiasique existe. Ce sont souvent des formes graves ischémiques chez des patients débilés. Il faut y penser devant un sepsis grave et une douleur de l'hypochondre droit. Les examens radiologiques sont peu contributifs, la paroi vésiculaire étant le plus souvent fine.

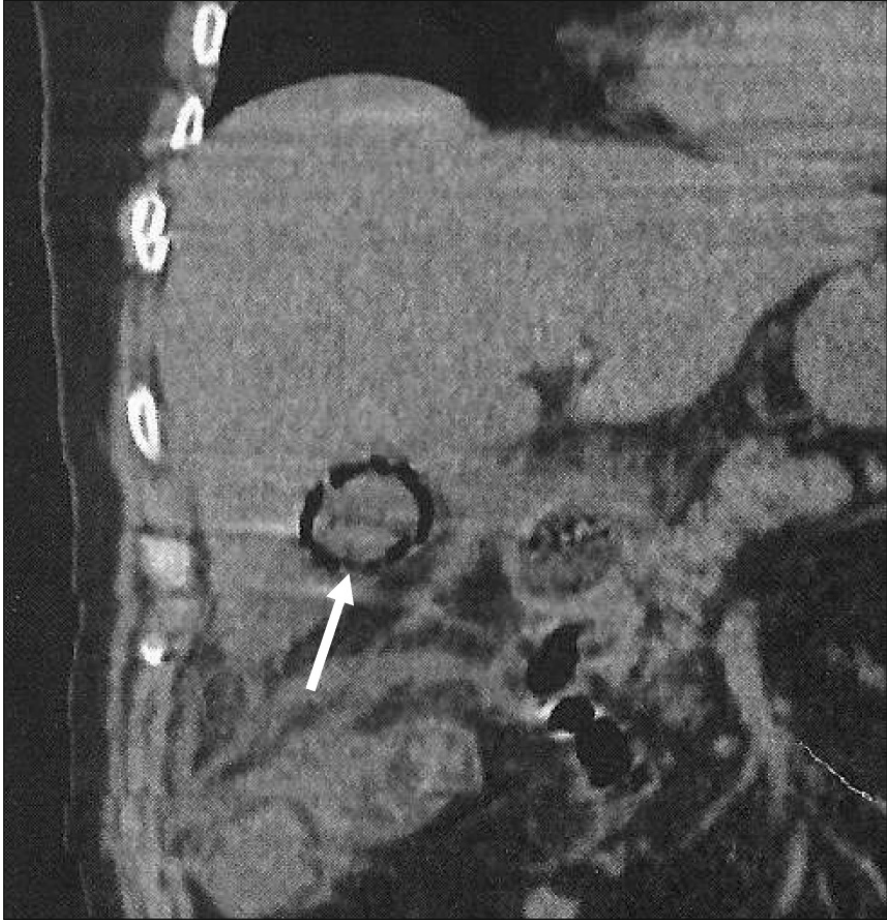


Fig. 25 - Coupe tomodensitométrie montrant la pneumatose pariétale d'une cholécystite alithiasique gangrèneuse.

6) Des selles liquides associées à une défense abdominale doivent faire évoquer, surtout chez l'enfant, une péritonite avant une entérite. C'est une diarrhée irritative, l'intestin « baignant dans le pus ».

7) L'urgence dans une tumeur occlusive colique est au risque de perforation diastatique du cæcum. Il faut chercher cliniquement et radiologiquement une souffrance cæcale.

8) Une douleur abdominale chez un diabétique doit faire chercher une acidocétose.

9) Toute douleur abdominale persistante doit faire réaliser un bilan étiologique exhaustif. C'est un mode de révélation de pathologies diverses (néoplasiques, parasitaires, immunologiques, hématologiques...).

10) Tout examen abdominal doit s'accompagner d'un diagnostic !

# Conclusion

*Dans la vie, rien n'est à craindre,  
tout est à comprendre.*

Marie Curie

Nous avons souhaité insister sur l'importance de l'examen clinique. Au terme de celui-ci, le médecin doit confirmer son diagnostic par le choix judicieux d'examens complémentaires. Nous avons décrit et classé les pathologies fréquentes et quelques-unes plus rares en gardant pour socle de réflexion notre pratique quotidienne et notre expérience. La liste des étiologies douloureuses n'est pas, loin s'en faut, complète. Mais il n'est pas de traité, aussi exhaustif soit-il, qui puisse protéger définitivement le médecin d'une erreur face à l'urgence d'une douleur abdominale et le draper dans le châle rassurant de la sécurité et de la certitude. En marge de la connaissance absolue, la préoccupation philanthropique du médecin pour le malade doit rester une alarme allumée en permanence. C'est bien l'inquiétude pour le malade qui nous amènera à le réexaminer quelques heures plus tard, qui nous fera remettre en question le diagnostic et réagir en conséquence. C'est elle qui restera la dernière protection contre l'oubli, l'inattention et la fatigue du milieu de nuit... Charles Proye disait : « Lorsqu'on commet une erreur, la deuxième n'est jamais très loin derrière », et c'est souvent celle qui tue...

Deux points ont retenu notre réflexion :

- l'organisation actuelle de l'accueil des malades en urgence impose un exercice en équipe mêlant le personnel dit « paramédical », différentes spécialités médicales et chirurgicales. Cela impose hiérarchie, rigueur, disci-



plaine et écoute de l'autre, pour la cohésion du travail d'équipe, mais cet exercice peut aussi être perçu comme une difficulté, un obstacle à la concentration, à la réflexion sereine sur le malade ;

– l'urgence abdominale, par définition, n'est pas prévisible et l'appel au lit du patient n'est pas déterminé en fonction des préférences du médecin ou du chirurgien.

Ainsi, au-delà des difficultés purement médicales à poser le bon diagnostic, se superposent des éléments environnementaux qui peuvent gêner notre jugement.

Dans un monde médical hanté par la peur de la loi, la responsabilité intime qui relève de la conscience de chacun doit être la véritable ligne de conduite du médecin. Faut-il, par crainte du procès, s'entourer de performants scanners ? Faut-il encourager cette médecine guidée par la peur de la sanction ou bien agir en conscience et n'être guidé que par la peur de mal faire et de ne pas savoir ?

D'autre part, quelle place garde l'examen clinique face à la suprématie de l'image ? Faut-il penser que la technologie prime sur le sentiment clinique que nous savons faillible ? Puisque le scanner montre des choses que nos mains ne palpent pas, pouvons-nous sans remords examiner sans chercher, ausculter sans entendre... ?

Notre conscience médicale doit vivre dans le refus de ces conclusions faciles. Même si la radiologie est d'une aide précieuse, la complexité du malade réclame d'abord l'intelligence du clinicien. Rabelais avait déjà prévenu que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme », nous nous efforçons de ne pas l'oublier...

# Postface

La transmission du savoir est au cœur de la vie des entreprises surtout depuis que la démographie annonce des difficultés dans le renouvellement des générations. En médecine, cette transmission a été longtemps assimilée au compagnonnage où maître et élèves se côtoyaient durant plusieurs années avant que l'élève ne s'autonomise et devienne à son tour un maître qui sera apte à former un nouveau compagnon. Cette longue chaîne de transmission du savoir a été améliorée au fil des ans par les connaissances acquises et par les progrès liés au perfectionnement des outils diagnostiques et thérapeutiques. « Et semblables aux coureurs, ils se passent de main en main le flambeau de la vie », disait Lucrèce.

Cette transmission du savoir reste fondée sur l'assimilation de connaissances, de procédures, de techniques enseignées oralement ou dans des ouvrages de référence. Les moyens modernes de communications ont amplifié ces moyens de transmission du savoir. Ils sont maintenant universels. À partir de n'importe quelle bibliothèque ou de n'importe quel ordinateur connecté à Internet un étudiant peut avoir accès à toutes les informations utiles. Cette pléthore de moyens impose méthode et jugement sous peine de se perdre dans une somme d'informations inutiles ou erronées. Les livres, grâce aux choix faits par les auteurs, permettent la réflexion et la mémorisation des connaissances. Ils restent indispensables à la formation des étudiants en médecine.

Le besoin sans cesse croissant de sécurité dans notre métier impose non seulement la rigueur dans la transmission du savoir, mais également une évaluation précise et renouvelée tout au long des études de l'acquisition et de la gestion de ce savoir. Autant que le savoir du médecin il faut maintenant évaluer son « savoir-faire ». Cela suppose une capacité d'accaparer le savoir par l'enseigné, ce qui sollicite ses aptitudes et sa personnalité. À l'enseignant de trouver les outils pédagogiques facilitant cette assimilation. Là

encore les techniques modernes permettent des progrès dans l'apprentissage et l'évaluation. Les simulateurs permettent maintenant de mettre en situation, d'examiner un malade ou de l'opérer sans autre risque que celui de déclencher une alarme sonore. À l'instar des élèves pilotes d'avion, nous utiliserons de plus en plus les simulateurs pour l'acquisition par palier de connaissances.

La transmission du savoir ne peut pas se limiter à la transmission de concepts ou de savoir scientifique. La transmission d'expériences cliniques permet d'illustrer ces notions abstraites. Elles seront d'autant plus profitables à l'étudiant qu'elles seront matérialisées par une simulation, une reproduction photo ou vidéo. Les facteurs humains sont fondamentaux dans cette transmission. Plus que la transmission d'un savoir abstrait, la transmission des connaissances doit se fonder sur l'exemple donné par l'enseignant. La motivation à apprendre sera d'autant plus efficace que la présentation du savoir sera appuyée par l'apprentissage du « savoir-être » matérialisé par le comportement de l'enseignant. Curiosité, volonté d'apprendre, compassion et disponibilité doivent être autre chose que des mots. « Les professeurs sont faits pour les gens qui n'apprendraient rien tout seuls. Le savoir qui compte est celui qu'on se donne soi-même par curiosité naturelle, passion de savoir » (Paul Léautaud).

Ainsi, à une transmission individuelle et orale du savoir se substitue une transmission formalisée et évaluée de manière continue. À un socle commun dont l'acquisition est faite durant les premières années de médecine, s'associe de plus en plus précocement l'enseignement d'un savoir-faire et d'un savoir-être qui aboutira à une pratique professionnelle. Cet ensemble constitue la formation professionnelle qui doit être d'autant plus précoce que l'on cherche l'efficacité de l'autoformation et le développement de la motivation.

Professeur Jean-Pierre Chambon  
CHRU de Lille