

DOULEUR ABDOMINALE NON VISCÉRALE : UN DIAGNOSTIC À NE PAS MÉCONNAÎTRE

par P. Ducrotte *



Une douleur de topographie abdominale, souvent chronique, est l'un des motifs de consultation les plus habituels en gastro-entérologie. Ce symptôme n'est pas obligatoirement synonyme d'une pathologie digestive, organique ou fonctionnelle. Il peut être la traduction d'une pathologie musculaire abdominale, d'une atteinte des nerfs de la paroi abdominale ou la projection d'une douleur d'origine rachidienne ou costale. Identifier l'origine non viscérale d'une douleur évite la réalisation d'examens complémentaires, en particulier endoscopiques, inutiles et permet de proposer au malade un traitement adapté.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Une douleur authentiquement viscérale peut avoir une projection trompeuse dans un territoire cutané particulier. Une douleur abdominale peut également avoir plusieurs composantes, viscérale et non viscérale, qui doivent être prises en charge parallèlement pour soulager le malade de façon efficace. Enfin, dans certaines situations, notamment lors de douleurs abdominales basses ou pelviennes d'origine viscérale, la douleur viscérale va être à l'origine d'une attitude antalgique générant dans un second temps une douleur musculaire par mise en tension inhabituelle de certains muscles. L'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels pour orienter le diagnostic.

Les douleurs d'origine musculaire

■ Elles sont davantage connues des kinésithérapeutes que des gastro-entérologues

Les différents muscles de la paroi abdominale peuvent être douloureux. La douleur est favorisée par les mouvements qui mettent en jeu ces différents muscles. Les problèmes musculo-squelettiques surviennent à la suite de microtraumatismes ou de tensions répétées, d'attitudes vicieuses et sont favorisés par un manque d'entraînement physique. Parfois, ils sont secondaires à une douleur viscérale initiale. Ainsi, une douleur pelvienne peut provoquer une attitude antalgique associant typiquement une bascule antérieure du bassin, une hyperlordose lombaire et une hyperextension des genoux.

L'examen doit rechercher un tonus musculaire anormal et l'existence de "points gâchettes douloureux". La recherche d'une augmentation localisée du tonus musculaire est facile pour certains muscles, comme le grand droit de l'abdomen, grâce à une palpation légère à travers des plans superficiels. On aura eu le soin d'examiner auparavant ces plans par la technique du pincé-

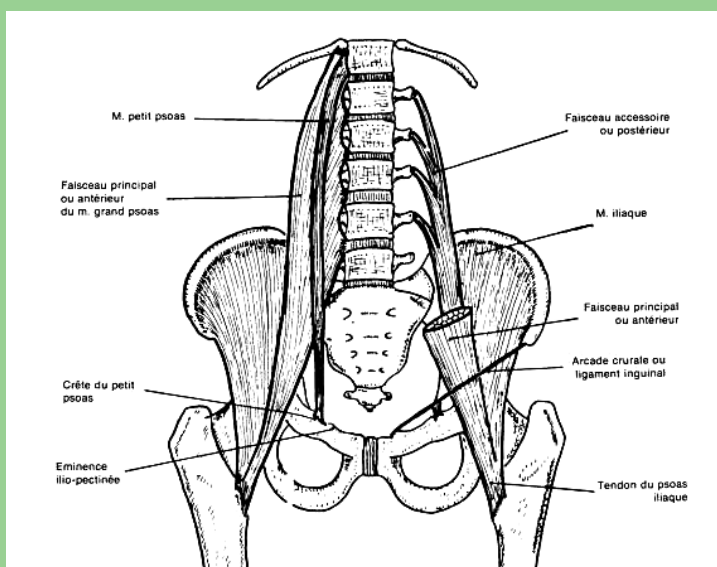
roulé pour écarter une cellulalgie. Lors de l'examen des muscles, on pourra noter la présence d'une asymétrie de tonus musculaire d'un côté par rapport à l'autre, ou de la partie proximale par rapport à la partie distale d'un même muscle. Lorsque la palpation est plus appuyée, intéressant la partie profonde du muscle, des zones localisées où le muscle paraît tendu et "cordé" peuvent être ainsi mises en évidence. La palpation est plus facile si l'on utilise l'extrémité des doigts ou du pouce perpendiculairement à l'orientation des fibres musculaires. Ces "cordons myalgiques" ou "points-gâchette" peuvent être douloureux de façon spontanée ou seulement lors de la palpation. La douleur peut se projeter à distance du "point gâchette".

Les muscles présentant des zones localisées d'hypertonie sont habituellement raccourcis de façon spontanée et le patient peut se plaindre d'une douleur en fin de course pour un mouvement donné. À l'examen, lorsque ces muscles sont atteints, il peut exister une posture antalgique, le patient étant penché du côté douloureux.

Dans notre expérience, la douleur due au muscle psoas est l'une des plus fréquentes et des plus trompeuses. Nous l'avons retrouvée chez 50 % des malades

* Département d'Hépatogastro-entérologie et de Nutrition, Hôpital Charles Nicolle 76031. Rouen Cedex

FIGURE 1 : ANATOMIE DU MUSCLE PSOAS.



dans une série de 74 malades consécutifs souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable répondant aux critères de Rome II. Elle est à l'origine d'une douleur plutôt basse, de topographie iliaque, uni- ou bilatérale, d'autant plus trompeuse qu'elle est souvent accentuée lors de l'effort de poussée exonératrice. La palpation de la fosse iliaque fait évoquer le diagnostic en identifiant un muscle psoas contracté et douloureux. Le muscle psoas est mieux examiné quand le patient est sur le dos. Lorsque le patient est maigre, le faisceau principal du psoas peut être palpé en profondeur juste en dehors du grand droit de l'abdomen (Figure 1). Le muscle iliaque peut aussi être palpé juste en dedans et en

avant de l'aile iliaque mais il est très difficile à atteindre, à moins que le patient ne soit particulièrement maigre. Le "point gâchette" est localisé en dehors du muscle grand droit de l'abdomen. Point diagnostique important : quand le psoas est atteint, son raccourcissement lors de l'extension passive de hanche est douloureux. Le spasme du psoas pourrait être favorisé par certains mouvements de gymnastique comme la pratique d'abdominaux où le psoas est sollicité pendant près des deux tiers du mouvement (Figure 2).

Les "points douloureux gâchettes" pour les muscles droits de l'abdomen peuvent se situer sur tout le trajet du muscle, depuis le rebord costal jusqu'au

pubis. Les points douloureux des obliques se détectent au-dessus de la crête iliaque (Figure 3). Les points douloureux diaphragmatiques peuvent être décelés par un doigt palpant sous l'auvent costal, notamment lors de l'inspiration profonde (1).

Douleur pariétale due à une atteinte des nerfs cutanés abdominaux

Une composante pariétale pourrait exister dans 10 à 15 % des douleurs abdominales. Une douleur d'origine pariétale est suspectée lorsque le malade indique avec son doigt une zone douloureuse bien localisée et décrit une majoration de la symptomatologie lors de la toux et/ou des mouvements. En effet, du fait des phénomènes de convergence et de divergence des fibres nociceptives d'origine viscérale, une douleur viscérale est typiquement mal localisée et concerne une zone abdominale plus ou moins étendue.

La douleur pariétale est due surtout à un conflit concernant la branche antérieure des nerfs cutanés abdominaux, notamment (2). Ce conflit a lieu avant tout au niveau des zones aponévros-

FIGURE 3 : TOPOGRAPHIE DOULOUREUSE (ZONES NOIRE ET GRISÉE) ET POINTS "GÂCHETTES" DANS UNE ATTEINTE DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ABDOMEN.

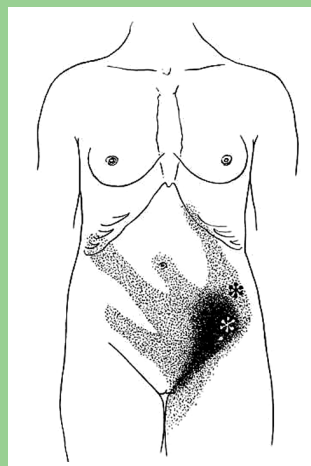


FIGURE 2 : MOUVEMENTS METTANT EN JEU LE MUSCLE PSOAS DE L'ABDOMEN.

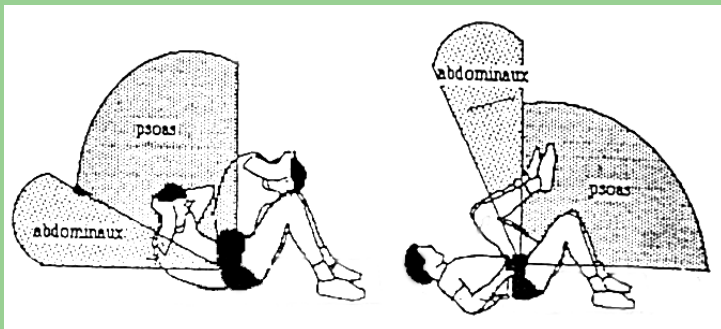
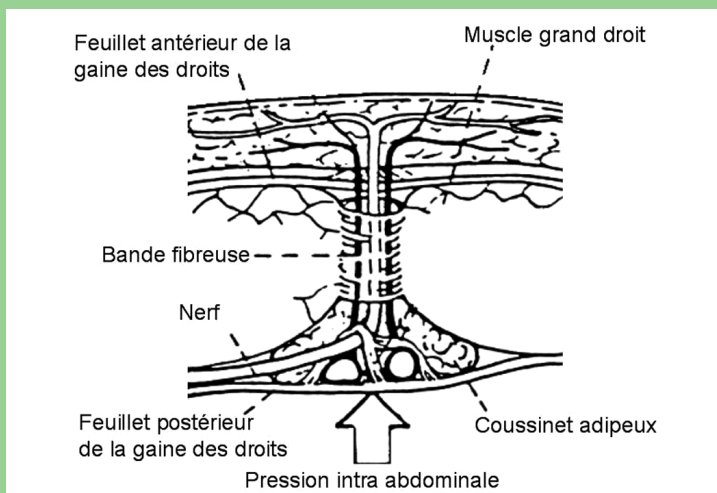
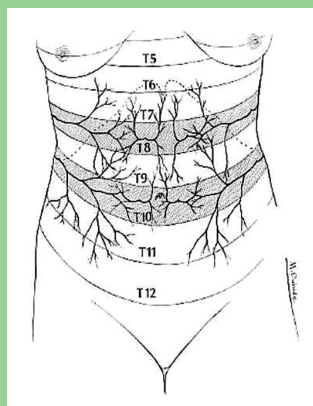


FIGURE 4 : MÉCANISME D'UNE DOULEUR PARIÉTALE PAR CONFLIT DU RAMEAU ANTÉRIEUR D'UN NERF CUTANÉ ABDOMINAL AU NIVEAU DE SA GAINE FIBREUSE AU BORD DU MUSCLE GRAND DROIT DE L'ABDOMEN.



tiques, le bord externe des muscles droits de l'abdomen (90 % des cas) ou la ligne blanche entre les droits (10 %), topographie où elle doit être distinguée d'une petite hernie médiane. Cette topographie douloureuse s'explique par l'anatomie : dans son trajet au niveau du bord externe du grand droit, le rameau nerveux cutané abdominal traverse une gaine fibreuse où il peut être traumatisé (Figure 4). Le conflit peut être induit ou accru par une augmentation de la pression intra-abdominale qui survient notamment lors de l'exonération. Ce lien anamnestique augmente la confusion possible avec une douleur d'origine digestive. L'existence d'un signe de Carnett est un élément clé pour le diagnostic : lors de la pression digitale de la zone douloureuse, la flexion de la tête sur le tronc majore la douleur déclenchée par la pression du doigt, en cas de douleur viscérale, la manœuvre s'associe plutôt à un soulagement partiel de la douleur déclenchée par la palpation digitale, effectuée abdominaux relâchés. Le traitement d'une douleur d'origine pariétale repose essentiellement sur des infiltrations anesthésiques. L'injection couplée d'un anesthésique et d'un corticoïde est souvent proposée. L'effet antalgique d'une injection anesthésique locale est donc un second élément en faveur du diagnostic de douleur pariétale qui serait

FIGURE 5 : DERMATOMES ABDOMINAUX ANTÉRIEURS.



atténuée ou calmée dans 60 à 90 % des cas. Plusieurs injections, jusqu'à 6 dans certaines séries, sont parfois nécessaires pour obtenir un effet symptomatique. Les hernies pariétales sont également une cause de douleur. Les hernies de Spiegel se développent à travers la ligne semi-lunaire, au bord externe du muscle grand droit, souvent au-dessous de ligament dit arqué qui se situe en général à mi-distance entre l'ombilic et le pubis. Le diagnostic est facile lorsqu'existe à ce niveau une tuméfaction impulsive à

la toux. L'examen peut être plus difficile, notamment en cas de surcharge pondérale. Surtout, la hernie est souvent intra-pariétale. L'échographie pariétale est alors utile au diagnostic.

Les douleurs ostéo-articulaires projetées

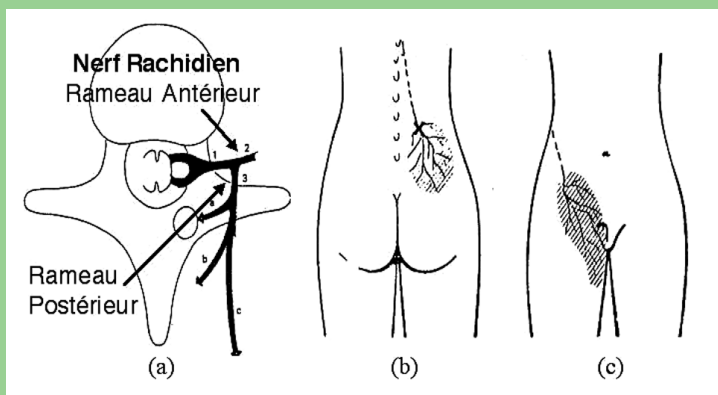
■ Douleurs d'origine vertébrale

Une douleur à projection abdominale peut être d'origine vertébrale. Schématiquement, une douleur épigastrique doit faire rechercher une atteinte au niveau de T6, une douleur péri-ombilicale une atteinte au niveau T10 et une douleur des fosses iliaques ou sus-pubienne, une atteinte de niveau T12-L1 (Figure 5). Une douleur projetée peut être due à tous les types d'atteinte osseuse ou ostéo-articulaires.

Les dérangements intervertébraux mineurs sont fréquemment responsables de douleurs projetées trompeuses via l'irritation de la branche antérieure du nerf vertébral. C'est particulièrement vrai pour la charnière dorso-lombaire. La symptomatologie peut être favorisée par une recrudescence de l'activité professionnelle ou physique, une affection intercurrente, sources de décompensation d'un dérangement intervertébral mineur jusqu'à muet. L'atteinte de la branche antérieure déclenche une gêne ou une véritable douleur, le plus souvent unilatérale, de topographie iliaque (Figure 6). Au niveau de la fosse iliaque, la technique d'examen dite du "pincé-roulé" retrouve une zone cellalalgique. Le diagnostic est renforcé par la découverte d'une atteinte également du rameau postérieur du nerf rachidien à l'origine d'une cellalgie de la fesse et d'une douleur à la palpation appuyée de la crête iliaque ("point de crête"). Un geste local (infiltration ou manipulation vertébrale) permet souvent une régression de la douleur.

Une douleur projetée d'origine thoraco-lombaire est également possible chez des malades ayant une symphyse lombaire. La charnière thoraco-lombaire est alors anormalement sollicitée et provoque un syndrome thoraco-lombaire qui associe une douleur abdomi-

FIGURE 6 : LE DÉRANGEMENT INTERVERTÉBRAL COSTO-LOMBAIRE.



- a) branches du nerf rachidien impliqué dans la survenue des phénomènes douloureux
 b) projection douloureuse en cas d'atteinte du rameau postérieur du nerf
 c) projection douloureuse en cas d'atteinte du rameau antérieur du nerf

nale antérieure et une douleur latérale, au niveau des hanches. La douleur est calmée par de la kinésithérapie et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'irritation du nerf fémoro-cutané intervient dans la genèse de la douleur. Cette irritation, qui survient notamment au contact de l'épine iliaque antéro-supérieure, est favorisée par l'attitude lordotique adoptée par les sujets.

■ Douleur d'origine costale

Le syndrome du rebord costal douloureux (syndrome de Cyriax) est dû à une subluxation de l'extrémité antérieure d'une des 8^e, 9^e ou 10^e côte ("côtes flottantes") qui aboutit à un traumatisme de l'articulation chondrochondrale et à une compression du nerf intercostal correspondant. Dans l'expérience de l'équipe de Montpellier, près de 3 % des nouveaux consultants en gastro-entérologie pour douleur abdominale souffriraient d'un syndrome de Cyriax. La douleur aiguë initiale, lors du traumatisme pose peu de problèmes diagnostiques du fait de sa topographie clairement costale. En cas de retard diagnostique, la douleur peut devenir chronique et revêtir une séméiologie plus trompeuse. Elle peut devenir une sensation de brûlure ou

de gonflement localisée dans l'épigastre ou l'hypochondre. Le diagnostic du syndrome de Cyriax est clinique : le crochetaje de l'aube costale vers le haut déclenche une douleur vive et élective qui reproduit la douleur spontanée. Le réveil de la douleur est lié au pincement du nerf intercostal par la manœuvre. Un claquement perceptible est parfois le témoin du retour en place du cartilage luxé.

Une douleur peut-elle être en rapport avec des adhérences abdominales ?

beaucoup de malades pensent que les adhérences abdominales secondaires à des interventions chirurgicales antérieures peuvent être à l'origine de leur douleur abdominale. Un essai contrôlé hollandais, très récemment publié dans le Lancet, s'inscrit en faux contre cette conviction. Les 52 malades du groupe ayant bénéficié d'une adhésiolyse sous coelioscopie n'ont pas été plus améliorés que les 48 du groupe ayant subi une simple coelioscopie. Ces conclusions ont été établies après un suivi d'un an après le geste coelioscopique (3).

Conclusion

Une origine non viscérale doit être discutée devant une douleur chronique de topographie abdominale. Le temps clinique, interrogatoire et examen clinique, est l'étape clé lors de la première consultation pour orienter vers un tel diagnostic. L'enjeu est d'éviter au malade des examens endoscopiques et/ou radiologiques inutiles à une époque où rationaliser le recours aux examens complémentaires est un souci permanent.

Bibliographie

1. Travell J.G., Simons D.G. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Baltimore. Williams and Wilkins, 1983.
2. Srinivasan R., Greenbaum D.S. *Chronic abdominal wall pain : a frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management*. Am. J. Gastroenterol. 2002 ; 97 : 824 -30.
3. Swank D.J., Swank-Bordewijk S.C., Hop W.C., Van Erp W.F., Janssen I.M., Bonjer H.J., Jeekel J. *Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain : a blinded randomised controlled multi-centre trial*. Lancet, 2003 ; 361 : 1247-51.

✕