

Année 1985

**Les douleurs abdominales en Médecine
Interne du «Point-G» : approches
diagnostique et étiologique
[à propos de 86 cas]**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
du Mali

Par :

Madame BABY ICHATA MOHOMONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

EXAMINATEURS

Président :

Professeur Ali GUINDO

Membres :

Professeur Sambou SOUMARE

Docteur Ali Nouhou DIALLO

Docteur Hammar A. TRAORE

Professeur Bouba DIARRA - - - - - BACTERIOLOGIE
Professeur Moussa ARAMA - - - - - CHIMIE ORGANIQUE-ANALYTIQUE
Professeur Niamanto DIARRA - - - - - MATHEMATIQUES
Professeur N'Golo DIARRA - - - - - BOTANIQUE
Professeur Salikou SANOGO - - - - - PHYSIQUE
Professeur Mamadou KOUMARE - - - - - PHARMACOLOGIE-MATIERES MEDICALES
Professeur Sidi Yaya SIMAGA - - - - - SANTE PUBLIQUE
Professeur Souleymane TRAORE - - - - - PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Yéya Amadou DIALLO - - - - - GENETIQUE-ZOOLOGIE

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane Sidéye MAIGA - - - - - PARASITOLOGIE
Docteur Sory Ibrahima KABA - - - - - SANTE PUBLIQUE
Docteur Balla COULIBALY - - - - - PEDIATRIE
Docteur Boubacar CISSE - - - - - DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Issa TRAORE - - - - - RADIOLOGIE
Docteur Sidi Yéya TOURE - - - - - ANESTHESIE-REANIMATION
Docteur Baba KOUMARE - - - - - PSYCHIATRIE
Docteur Jean Pierre COUDRAU - - - - - PSYCHIATRIE
Docteur Aly Nouhoum DIALLO - - - - - MEDECINE INTERNE
Docteur Mamadou Marouf KEITA - - - - - PEDIATRIE
Docteur Tounani SIDIBE - - - - - PEDIATRIE
Docteur Moussa TRAORE - - - - - NEUROLOGIE
Docteur Eric PICHAUD - - - - - SEMIOLOGIE MEDICALE-HEMATOLOGIE
Docteur Gérald GROSSETETE - - - - - DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Marc JARRAUD - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Bénitiéni FOMANA - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Mme SY AIDA SOW - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Amadou Ingré DOLO - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Kalilou OUATTARA - - - - - UROLOGIE
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA - - - - - STOMATOLOGIE
Docteur Massaoulé SAMAKE - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Salif DIAKITE - - - - - GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Abdou Alassane TOURE - - - - - CHIRURGIE-SEMIO-CHIRURGICALE
Docteur Djibril SANGARE - - - - - CHIRURGIE
Docteur Sambou SOUMARE - - - - - CHIRURGIE
Docteur LE DU - - - - - PARASITOLOGIE
Docteur Moussa Issa DIARRA - - - - - BIOPHYSIQUE
Docteur Mme THIAN Aïssata SOW - - - - - BIOPHYSIQUE
Docteur Daouda DIALLO - - - - - CHIMIE MINERALE

Docteur Abdoulaye KOUHARE - - - - - CHIMIE GENERALE-ORGANIQUE-ANALYTIQUE
Docteur Hama CISSE - - - - - CHIMIE GENERALE
Docteur Sanoussi KONATE - - - - - SANTE PUBLIQUE
Docteur Georges SOULA - - - - - SANTE PUBLIQUE
Docteur Pascal - - - - - SANTE PUBLIQUE
Docteur Boubacar CISSE - - - - - TOXICOLOGIE
Docteur Elimane MARIKO - - - - - PHARMACODYNAMIE

C H A R G E D E C O U R S

Docteur Gérald TRUSCHEL - - - - - ANATOMIE-SEMILOGIE-CHIRURGICALE
Docteur Boulkassoum HAIDARA - - - - - GALENIQUE
Professeur N'Golo DIARRA - - - - - BOTANIQUE
Professeur Souleymane TRAORE - - - - - PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Niamanto DIARRA - - - - - MATHEMATIQUES
Docteur Boubacar KANTE - - - - - GALENIQUE
Professeur Bouba DIARRA - - - - - PARASITOLOGIE
Docteur Abdoulaye DIALLO - - - - - GESTION
Docteur Bakary SACKO - - - - - BIOCHIMIE
Docteur Souleymane DIA - - - - - PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Modibo DIARRA - - - - - BIOCHIMIE - NUTRITION
Docteur Jacqueline CISSE - - - - - BIOLOGIE ANIMALE
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA - - - - - HYGIENE DU MILIEU
Monsieur Ibrahim CAMARA - - - - - HYGIENE DU MILIEU
Docteur Sory Ibrahima KABA - - - - - SANTE PUBLIQUE

JE DEDIE CE TRAVAIL

A la mémoire de mon frère

Que la mort nous a arraché brutalement.

Puisse ton âme reposer en paix.

A mon Père

Pour les sacrifices que tu as pu faire pour tes enfants,
ce travail n'est qu'un témoignage partiel de notre gratitude.
Tu as mis tous les moyens matériels à notre disposition pour
nous permettre de réussir.

A ma Mère

Toute ma tendresse et ma profonde reconnaissance

A ma Fille

Tout mon amour et toute ma tendresse.

A mon Mari

Tu as été pour moi tout au long de mes études de médecine
un conseiller.

Ce travail est le tien.

A mes frères , soeurs et cousins

Pour leur dire que seuls le courage, la persévérance
et surtout la détermination sont les paramètres
d'une réussite.

A tous les camarades de promotion

Pour les moments agréables passés ensemble.

Au Personnel de médecine interne A, B, C, D

Pour l'aide qu'ils n'ont cessé
de nous apporter pour la réalisation
de cette thèse.

A M O N J U R Y

A mon Maître et Président du Jury

Professeur Aly G U I N D O

C'est un grand honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Au cours de ces années d'études nous avons été frappés par la clarté de vos cours.

Soyez assuré que nous vous sommes reconnaissants et vous exprimons nos sentiments de profond respect.

Au Docteur Ali Noubou DIATLO

Chef de service de médecine interne du Point G

Nous avons apprécié votre sens de grand clinicien
et d'organisateur.

Votre acharnement au travail et votre amour
pour la médecine font de vous un homme exemplaire.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Professeur Sambou SOUMARE

Vous me faites honneur en acceptant de siéger
dans le jury de cette thèse.

Au Docteur Hamar Alassane TRAORE

Vous avez été un guide constant pour
la réalisation de ce modeste travail.

Votre disponibilité à tout moment,
votre souci du travail bien fait et
votre vigilance constituent pour nous
un trésor inestimable.

1. INTRODUCTION

Les douleurs abdominales constituent un symptôme fréquent en médecine interne du Point G.

Elles sont souvent non spécifiques d'une affection donnée.

Aucune étude n'a été faite jusqu'ici dans ce domaine au Mali. Ces douleurs abdominales sont aussi fréquentes en consultation externe. C'est ainsi qu'en 1983 sur 529 malades vus en consultation externe par le Docteur HAMMAR ALASSANE TRAORE 82 malades ont consulté pour des douleurs abdominales soit 15,5 %.

En 1984, sur 1.255 malades vus en consultation externe 331 patients souffraient de douleurs abdominales non spécifiques soit 26,3 %.

Ces douleurs abdominales posent des problèmes diagnostique et thérapeutique en Afrique et même dans les pays économiquement développés (7, 10, 17) où les explorations instrumentales sont performantes.

C'est pourquoi nous avons consacré une étude aux douleurs abdominales en médecine interne.

Il faut noter que c'est un sujet difficile car il étudie un symptôme subjectif qui est la douleur.

Dans la littérature il n'y a pas d'études statistiques consacrées aux douleurs abdominales par rapport aux autres affections (1, 5, 7, 10, 17).

Les étiologies sont extrêmement variées et très nombreuses pour être citées.

Dans certains cas aucune étiologie n'est retrouvée, et c'est le suivi des malades qui permettra plus tard de trouver une étiologie précise.

2. METHODES DE TRAVAIL ET SUJETS ETUDIES

Notre étude a porté sur 86 malades hospitalisés dont 37 hommes et 49 femmes dans le service de médecine interne A , B , C , et D du mois de Janvier 1984 au mois d'Avril 1985 soit 16 mois.

2.1. Critère de Sélection

Le recrutement des malades se fait selon plusieurs modalités.

- a) les malades vus en consultation par les Docteurs HAMMAR ALASSANE TRAORE, ERIC PICHARD, ALI NOUHOUN DIALLO, IBRAHIM IZETIEGOUMA MAIGA (45 malades soit 52,32 %)
- b) les malades évacués de l'intérieur (13 malades soit 15,11 %)
- c) les malades adressés par un autre médecin de Bamako (25 malades soit 30,23 %)
- d) les anciens hospitalisés du service de médecine interne (2 malades soit 2,32 %).

Le seul critère de sélection est le malade présentant une douleur abdominale seule ou associée à d'autres symptômes. C'est ainsi que les malades hospitalisés pour douleurs abdominales seules sont au nombre de 56 soit 65,11 %.

Les malades hospitalisés pour douleurs abdominales associées à d'autres symptômes sont au nombre de 30 soit 34,88 %.

2.2. Examen clinique détaillé

Tous nos malades ont bénéficié d'un examen clinique complet et pour chaque malade nous avons établi une fiche clinique (voir exemplaire).

Fiche d'Enquête : diagnostic étiologique des douleurs abdominales en
médecine interne du Point G.

Nom	Prénom	Age	Sexe
Profession	Ethnie	Domicile	Résidence

- Motif d'hospitalisation : Date

- Diagnostic de sortie : Date

1. Histoire de la maladie : Douleurs abdominales

- Siège
- Type
- Irradiations
- Signes d'accompagnement

* Troubles digestifs :

- Diarrhée glaireuse sanglante
- Constipation
- Vomissements alimentaires fécaloïdes
- Arrêt des matières et des gaz : précoce tardif

* Troubles urinaires

- Pollakiurie
- Retension
- Dysurie
- Pyurie
- Hématurie
- Brûlure mictionnelle

* Troubles gynécologiques

- Leucorrhées
- Troubles des règles

2. Signes généraux

Température	Poids	T.A.	Pouls	Taille
-------------	-------	------	-------	--------

3. Les Antécédents

- + Personnels
 - médicaux
 - chirurgicaux
 - obstétricaux
- + Familiaux

4. Examen physique de l'abdomen

- a) inspection
 - cicatrice
 - météorisme
- b) palpation
 - foie
 - rate
 - autres masses abdominales
 - défense
 - contracture
- c) percussion
 - tympanisme : diffus localisé
- d) auscultation
- e) touchers pelviens
 - toucher vaginal
 - toucher rectal
- f) examens des autres appareils :
 - coeur
 - poumons
 - neurologie
 - Autres

5. Les examens complémentaires

* les examens systématiques

Numération formule sanguine et vitesse de sédimentation, urée, glycémie, amylasémie, amylasurie, selles (parasites, oeufs kystes, coproculture), urines (culot urinaire, uroculture, cyto bactériologie des urines), la fibroscopie, la biopsie de la muqueuse rectale, la rectoscopie.

* Les examens non systématiques demandés en fonction des orientations diagnostiques: transaminases, bilirubine, antigène australia, alphafoetoprotéine, sérologie amibiennne, hemoculture, électrocardiogramme, la radiographie de l'abdomen sans préparation, le lavement baryté, l'urographie intraveineuse sérodiagnostic de Widal, la coelioscopie, la laparoscopie, les dosages des prolans A et des hormones thyroïdiennes.

6. Conclusion

- évolution
- traitement.

2.3. Les Examens complémentaires

Parmi ces examens complémentaires il faut distinguer les examens systématiques et les examens pratiqués en fonction des orientations diagnostiques.

Les examens systématiques regroupent la numération formule sanguine la vitesse de sédimentation, l'urée, la glycémie, les amylases, les selles (recherche de parasites, d'oeufs, de kystes, coproculture), les urines (examen direct des urines, uroculture, cyto bactériologie des urines), la fibroscopie, la biopsie de la muqueuse rectale et la rectoscopie.

Les examens non systématiques comprennent : les transaminases, la bilirubine, l'antigène australia, l'alphafoetoprotéine, la serologie amibienne, l'hémoculture, l'électrocardiogramme, la radiographie de l'abdomen sans préparation, le lavement baryté, le serodiagnostic de Widal et l'urographie intraveineuse.

a) Les examens systématiques

Sur nos 86 patients nous avons :

- deux malades qui n'ont pas eu de numération formule sanguine et de vitesse de sédimentation,
- chez dix malades l'examen de selles n'a pas été possible,
- le dosage de la glycémie n'a pas été faite chez six patients,
- les amylases n'ont pas été dosées chez vingt trois malades,
- neuf malades n'ont pas bénéficié de dosage d'urée,
- l'examen d'urine n'a pas été pratiqué chez six patients,
- le fibroscopie n'a pas été possible chez dix sept patients,
- l'examen proctologique (rectoscopie et biopsie de la muqueuse rectale) n'a pas été réalisé chez quarante six patients.

Les raisons sont diverses: négligence du personnel médical, un manque de réactifs, une panne technique (fibroscopie, rectoscopie), malades transférés dans un service de chirurgie, malades indisciplinés, malades non coopérants, refus, malades sortis sur leur demande pour raisons économiques et qui ne reviennent plus, malades décédés très tôt avant que le bilan ne soit complet, malades évadés.

b) Les examens complémentaires non systématiques

Sur nos 86 malades, 25 seulement ont bénéficié d'une radiographie de l'abdomen sans préparation.

L'urographie intraveineuse a été effectuée 5 fois. Le lavement baryté a été réalisé 3 fois. 5 laparoscopies ont été pratiquées, tandis que l'hémoculture a été effectuée 4 fois seulement. La coelioscopie a été réalisée une fois seulement.

Les difficultés rencontrées pour la réalisation de ces examens sont les suivantes :

- le manque de films à l'hôpital, malgré la bonne volonté du radiologue
- il n'y a pas souvent de milieux de culture à l'Institut National de Recherches en Santé Publique (I.N.R.S.P.).

Les transaminases, la bilirubine, l'antigène australia, l'alpha-foeto-protéine, la serologie amibienne, le sérodiagnostic de Widal qui sont des examens réalisables dans notre service n'ont pas posé de difficultés.

3. R E S U L T A T S

3.1. Résultat Global

De nombreuses étiologies sont responsables de ces douleurs abdominales, mais il apparait que le groupe le plus important dans notre série soit constitué par les douleurs abdominales non étiquetées (soit 19,76 %). Ensuite viennent par ordre de fréquence.

Etiologies	Pourcentage
Les affections hépatiques	14 cas (16,27 %)
Les affections de l'estomac et du duodenum	10 cas (11,62 %)
Les affections pancréatiques	8 cas (9,30 %)
Les affections gynécologiques	6 cas (6,99 %)
Les affections du colon et de l'appendice	5 cas (5,81 %)
Les parasitoses	5 cas (5,81 %)
Les affections psychiques	4 cas (4,65 %)
Les affections urinaires	3 cas (3,48 %)
Les affections cardiaques	1 cas (1,16 %)
Les affections inflammatoires du pelvis	1 cas (1,16 %)
Les hémoglobunopathies	1 cas (1,16 %)
Les affections de la thyroïde	1 cas (1,16%)

Tableau N°1

Il faut noter qu'il existe différentes associations entre ces pathologies.

3.2. Répartition Socio-démographique

3.2.1. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Age	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
0 - 10 ans	2	1	3 (3,48 %)
11 - 20 ans	5	4	9 (10,46 %)
21 - 30 ans	14	12	26 (30,29 %)
31 - 40 ans	11	8	19 (22,09 %)
41 - 50 ans	6	5	11 (12,79 %)
51 - 60 ans	9	4	13 (15,11 %)
61 - 70 ans	1	2	3 (3,48 %)
Plus de 70 ans	1	1	2 (2,32 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N°2

Les douleurs abdominales sont fréquentes dans les tranches d'âge de 21 à 30 ans puis de 31 à 40 ans. Dans notre série il y a une prédominance des femmes, peut être due au nombre plus important de femmes.

Le sexe ratio est de 0,75.

Il faut noter qu'il est difficile de dire que les douleurs abdominales sont moins fréquentes avant 10 ans car la majorité des enfants sont vus en pédiatrie plutôt qu'en service de médecine adulte.

3.2.2. Répartition en fonction de l'ethnie

Sexe Ethnies	Femmes	Hommes	Total
Bambara	14	13	27 (31,39 %)
Peulhs	14	9	23 (27,74 %)
Sarakolés	5	6	11 (12,79 %)
Malinkés	4	6	10 (11,62 %)
Kassonkés	3	0	3 (3,48 %)
Sonhrai	2	1	3 (3,48 %)
Autres	7	2	9 (10,46 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N° 3

L'ethnie bambara est la plus frappée par les douleurs abdominales soit 31,39 %. Cela s'explique par le fait que l'enquête a été menée à Bamako où prédomine l'éthnie bambara. Ensuite viennent les peulhs, les sarakolés, les malinkés, les autres, les kassonkés et les sonhrai qui représentent respectivement 27,74 % ; 12,79 % ; 11,62 % ; 10,46 % et 3,48 %.

Il est difficile de tirer une conclusion sur cette répartition.

3.2.3. Répartition en fonction de la profession

Sexe / Profession	Femmes	Hommes	Total
Ménagères	35	-	35 (40, 69 %)
Manoeuvres	-	7	7 (8, 13 %)
Etudiants	6	7	13 (15, 11 %)
Commerçants	4	6	10 (11, 62 %)
Cultivateurs	-	7	7 (8, 13 %)
Fonctionnaires	4	10	14 (16, 27 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N° 4

Il ressort de ce tableau que le groupe le plus frappé par les douleurs abdominales est constitué par le groupe des ménagères. Elles sont certainement soumises à de multiples problèmes socio-économiques.

Le deuxième rang est occupé par les fonctionnaires. Ensuite viennent les étudiants, les commerçants, puis les cultivateurs et les manoeuvres.

3.2.4. Répartition en fonction de la résidence

Lieu de résidence \ Sexe	Femmes	Hommes	Total
Bamako et banlieue	27	18	45 (52,32 %)
Kayes	7	6	13 (15,11 %)
Koulikoro	1	4	5 (5,81 %)
Sikasso	4	3	7 (8,13 %)
Ségou	3	2	5 (5,81 %)
Mopti	3	1	4 (4,65 %)
Tombouctou	1	2	3 (3,48 %)
Gao	0	1	1 (1,16 %)
République de la Côte d'Ivoire	3	0	3 (3,48 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N° 5

52,32 % de nos malades résident à Bamako et dans sa banlieue.

Après le district de Bamako vient la région de Kayes qui occupe le deuxième rang car elle est desservie par le chemin de fer; les évacuations sont plus faciles.

Plus on s'éloigne de Bamako plus la prédominance diminue. Cette diminution s'explique par le fait que les autres régions sont éloignées de Bamako.

3.3. Etude synthétique des symptômes

3.3.1. Les antécédents

Les antécédents sont constitués par des maladies extrêmement variées. La liste est longue pour les énumérer tous. Mais l'interrogatoire révèle des antécédents médicaux dans 67 cas (bilharziose urinaire, syndrome dysentérique, ictère etc...), des antécédents médico-chirurgicaux dans 11 cas (bilharziose urogénitale, ictère, appendisectomie, hystérectomie etc...) et des antécédents chirurgicaux dans un cas qui a été opéré pour une cause inconnue. Il n'existe pas d'antécédents dans 7 cas.

Sexe	Femmes	Hommes	Total
Antécédents Médicaux	37	30	67 (77,90 %)
Chirurgicaux	1	0	1 (1,16 %)
Médico-chirurgicaux	7	4	11 (12,79 %)
Sans antécédents	4	3	7 (8,13 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N° 6 Fréquence des antécédents selon le sexe.

A l'examen de ce tableau N°6 on peut faire les constatations suivantes :

67 (soit 77,90 %) de nos 86 malades présentent des antécédents médicaux. De nos 67 malades, 37 sont des femmes et 30 des hommes. Parmi nos 86 observations 11 ont des antécédents médico-chirurgicaux dont 7 femmes et 4 hommes. Une seule malade a signalé des antécédents chirurgicaux. 7 malades n'ont aucun antécédent.

3.3.2. Le type de la douleur

Le type le plus souvent décrit par nos patients est le picotement qui est retrouvé 35 fois.

Les brûlures sont décrites dans 14 cas. Dans 10 cas c'est la sensation de piqûre. La sensation de corps étranger est retrouvée dans 7 cas.

Ensuite ce sont les sensations de coups de poignard, de constriction et d'échauffement représentant chacun 3 cas.

Enfin dans 8 cas le type de la douleur n'a pu être précisé. Il faut noter que les autres types de douleur (torsion etc...) ont été rarement rencontrés.

3.3.3. Le siège de la douleur

Les douleurs épigastriques constituent le siège le plus fréquemment décrit, nous l'avons retrouvé dans 31 cas ; ensuite viennent les douleurs abdominales diffuses (13 cas) et les douleurs hypogastriques (13 cas).

Dans 6 cas il s'agit de douleurs siégeant à l'hypochondre droit. Les douleurs ombilicales sont retrouvées dans 4 cas.

Les sièges paraombilical, fosse iliaque gauche, fosse iliaque droite représentent chacun 3 cas.

Ensuite viennent les autres sièges : hypochondre gauche (2 cas), flanc droit (2 cas), flanc gauche (2 cas).

Enfin il existe des associations : les douleurs siégeant dans les 2 hypochondres (1 cas) et aux 2 flancs (1 cas).

Un seul patient a été hospitalisé pour douleurs siégeant non seulement au niveau de l'ombilic, mais aussi à la région hypogastrique.

3.3.4. Les irradiations de la douleur

Selon le siège de la douleur on distingue plusieurs sortes d'irradiations :

- le siège épigastrique

Chez 13 patients il s'agit de douleurs épigastriques sans irradiation. Dans 18 autres cas nous avons noté dans l'ordre suivant que les irradiations thoraciques, hypogastriques sont les plus fréquentes (3 cas chacun).

Ensuite ce sont les irradiations au niveau de l'hypochondre droit et au niveau du dos qui sont décrites (2 cas).

Les irradiations au niveau de l'hypochondre gauche, au niveau des 2 hypochondres, au niveau de la fosse iliaque gauche, au niveau de l'ombilic, au niveau de la région des 2 hypochondres et au niveau du rachis dorsal ne représentent qu'un cas chacune.

Enfin dans 2 cas le siège au départ a été épigastrique puis fessant à tout l'abdomen.

- Le siège hypogastrique

Les douleurs hypogastriques sans irradiation représentent 3 cas. Les douleurs hypogastriques irradiant à tout l'abdomen sont observées dans 2 cas. Les irradiations les moins rencontrées se font vers le dos, le thorax, le rachis lombaire, les membres inférieurs, les organes génitaux (chez l'homme ou chez la femme).

- Les douleurs des hypochondres

Ce sont surtout les douleurs de l'hypochondre droit qui irradient à l'ombilic, au thorax, et à l'épigastre qui sont décrites par les malades.

- Au niveau des fosses iliaques les irradiations sont rares. Mais nous avons noté que les douleurs siégeant à la fosse iliaque droite irradient aux membres inférieurs et au dos, et au cocyx (1 cas).

- Les flancs

Les douleurs du flanc droit irradient vers les organes génitaux, les cuisses et vers l'anus. Aucune irradiation n'a été retrouvée dans les douleurs du flanc gauche.

- L'ombilic

On note un cas de douleurs ombilicales sans irradiation.

Dans 3 cas il s'agit de douleurs ombilicales irradiant vers l'hypogastre, le dos et vers le thorax.

- Les douleurs diffuses à tout l'abdomen

Nous n'avons observé aucune irradiation vers les autres parties du corps dans 6 cas.

- Le siège paraombilical

Dans un cas il s'agit de douleurs paraombilicales sans irradiation. Les irradiations vers l'épigastre sont retrouvées dans 1 cas. Celles diffusant à tout l'abdomen sont notées dans 1 cas.

3.3.5. Les signes d'accompagnement

a) les troubles digestifs

Nous avons retenu comme troubles digestifs les symptômes suivants : la diarrhée, les vomissements, la constipation et l'arrêt des matières et des gaz.

Il faut noter que les vomissements sont fréquents (18 cas). Il s'agit de vomissements alimentaires, ou bilieux ou d'hématémèse (1 cas).

La constipation est retrouvée dans 9 cas. C'est une constipation d'apparition récente ou de longue date. Cette constipation est d'interprétation difficile car elle constitue un symptôme fréquemment rencontré. Elle peut être due au régime riche en féculents au Mali. D'ailleurs aucune étiologie n'a été retrouvée.

La diarrhée est observée dans 8 cas. Cette diarrhée peut être simple, glaireuse, glairo-sanguinolente (1 cas).

L'arrêt des matières et des gaz est noté dans un cas, il s'agit d'un abcès du foie.

Il existe des associations. C'est ainsi qu'ont été associés la diarrhée et les vomissements (8 cas), la constipation et les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz (1 cas), la constipation et les vomissements (12 cas), les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz (2 cas).

Enfin 27 patients n'avaient pas de troubles digestifs.

Troubles digestifs	Sexe		Total
	Femmes	Hommes	
Vomissements	12	6	18 (20,93 %)
Diarrhée	4	4	8 (9,30 %)
Constipation	7	2	9 (10,46 %)
Diarrhée et vomissements	4	4	8 (9,30 %)
Arrêt des matières et des gaz	0	1	1 (1,16 %)
Vomissements et constipation et arrêt des matières et des gaz	0	1	1 (1,16 %)
Vomissements et arrêt des matières et des gaz	1	1	2 (2,32 %)
Constipation et vomissements	11	1	12 (13,95 %)
Pas de troubles digestifs	10	17	27 (31,39 %)
T O T A L	49	37	86 (100 %)

Tableau N° 7 : répartition des troubles digestifs en fonction du sexe.

Nous remarquons sur ce tableau que les vomissements sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. La diarrhée et l'association diarrhée vomissements se distribuent à part égale chez l'homme aussi bien que chez la femme. La constipation est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

L'arrêt des matières et des gaz, l'association vomissements et constipation et l'arrêt des matières et des gaz ne sont pas rencontrés chez la femme. Par ailleurs il faut noter qu'il y a plus de vomissements et de constipation chez la femme que chez l'homme.

Les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz est observés aussi bien chez la femme que chez l'homme. Ces troubles digestifs sont plutôt fréquents chez la femme que chez l'homme.

b) Les troubles urinaires

Les troubles urinaires retenus sont les signes suivants : la pollakiurie, la dysurie, l'hématurie, la pyurie, la brûlure mictionnelle.

Chez nos 86 malades il faut noter que les signes urinaires sont fréquents.

La dysurie est retrouvée dans 10 cas. La pollakiurie, l'hématurie, et la brûlure mictionnelle ont été notées chacune une seule fois. Ces différents symptômes pouvant être associés entre eux.

Aucune notion de pyurie n'a été retrouvée ! Enfin 66 patients ne souffrent d'aucun trouble urinaire.

c) Les troubles gynécologiques

Sont retenus comme troubles gynécologiques les leucorrhées et les troubles des règles.

Les amenorrhées représentent les troubles gynécologiques les plus fréquemment rencontrés. Elles se retrouvent chez 13 de nos patientes.

Ce sont des femmes ménopausées dans 8 cas. L'amenorrhée physiologique ou pathologique est observée dans 5 cas.

Les leucorrhées sont décrites dans 6 cas. Il s'agit de leucorrhées sans caractères particuliers, soit de leucorrhées purulentes dans 2 cas.

Les leucorrhées associées à des amenorrhées représentent 7 cas. Les leucorrhées ont coexisté avec les algomenorrhées dans 2 cas, la ménopause (2 cas), les métrorragies (2 cas), l'impubérisme (1 cas).

Le tableau est parfois plus complexe, associant l'amenorrhée avec une alternance de polymenorrhée ou d'algomenorrhée (1 cas).

Toutefois 14 malades n'avaient aucune symptomatologie gynécologique.

3.4. Apport des examens complémentaires

A. Les examens systématiques

- urée et glycémie

Le dosage de l'urée n'a eu aucun apport dans le diagnostic étiologique des douleurs abdominales. Elle était normale chez tous nos patients.

Par contre celui de la glycémie a montré des chiffres élevés chez 2 patients qui sont par ailleurs diabétiques, faisant suspecter une pancréatite. La glycémie moyenne a été de 4,33 milli-moles par litre.

- les amylases

Le dosage des amylases dans le sang et dans les urines chez 63 patients a montré des taux élevés. Mais cette élévation n'est pas constante dans les pancréatites, car elle peut manquer au cours d'authentiques pancréatites aiguës, et inversement elle peut se voir dans d'autres syndromes abdominaux (perforation ulcéreuse, occlusion intestinale, infarctus mésentérique, macro-amylase, les oreillons etc...).

Lorsque le taux des amylases (sang et urine) est fortement élevé dans un contexte clinique, il est en faveur d'une pancréatite.

C'est ainsi que chez 2 malades, les taux sérique et urinaire sont respectivement de 450 unités internationales, 104,43 unités internationales et 900 unités internationales, 584,40 unités internationales (taux normal dans le sang : 10 à 50 unités internationales, taux normal dans les urines : 10 à 21 unités internationales.).

Chez 3 autres patients, le taux sérique est respectivement de 470 unités Caraway, 709 unités Caraway et 750 unités Caraway, tandis que celui des urines est de 520, 788 et 1.750 unités Caraway (taux normal dans le sang : 160 unités Caraway, taux normal dans les urines : 400 unités Caraway)

Le taux d'amylase dosé dans un cas de faux kyste du pancréas est de 214 unités Caraway.

Chez une autre patiente le taux sérique est de 738 unités smogui (taux normal 60 à 180 unités Smogyi) alors que le taux urinaire est 779 unités smogui (taux normal inférieur ou égal à 400 unités Smogyi).

L'amyplasemie moyenne est difficile à calculer étant donné que les différents dosages ont été effectués dans des unités différentes.

Ce dosage des amylases nous a permis de nous orienter vers un diagnostic dans 6 cas de pancréatite aiguë ou chronique et d'un faux kyste du pancréas (soit 6,79 %).

- Les selles

Les différents parasites retrouvés à l'examen direct des selles sont les suivants : les amibes, les ankylostomes, le toenia Hymenolepis nana, le balantidium coli, les anguillules et les schistosomes.

Cet examen des selles nous a permis de poser un diagnostic dans 3 cas soit 3,48 % (amibes, balantidium coli, ankylostome et toenia nain).

Dans 4 autres cas il s'agit de parasitoses associées à d'autres affections.

La coproculture réalisée une seule fois a révélé des levures de candida albicans saprophytes du tube digestif.

- Examen direct des urines

Son apport diagnostique est de 1,16 % (1 cas de bilharziose urogénitale). Il s'est révélé positif dans 3 autres cas chez certains patients atteints d'autres affections. Toutes nos 3 urocultures réalisées ont été stériles.

- La biopsie de la muqueuse rectale

Elle a permis un diagnostic dans 5 cas de bilharziose intestinale soit 5,81 %. Dans 7 cas il s'agit de parasitoses associées à d'autres affections.

- La rectoscopie

Elle a été peu rentable, mais elle a permis de mettre en évidence des anneaux de toenia dans un cas d'association (toenia et hypertension portale). Cependant il faut noter que chez la plupart de nos patients la muqueuse anorectale est inflammatoire et tapissée de glaire ou d'enduits crémeux dont l'étiologie n'a pas pu être précisée.

- La fibroscopie

Elle a permis un diagnostic dans 13 cas soit 15,11 % dans les affections gastro-duodénales, l'hypertension portale, et à fait suspecter le cancer de la tête du pancréas.

- La numération formule sanguine

L'importance de la numération formule sanguine a été notée dans les affections responsables d'hémolyse aigüe (S S, S C, etc...); dans notre série nous n'avons recensé qu'un seul cas d'hémoglobinose SC

Cependant la numération formule sanguine a révélé une anémie dans 16 cas. Cette anémie était de type hypochrome et/ou microcytaire dans 10 cas (4 cas de cancer, 2 cas de salmonelloses, un abcès du foie, une hypertension portale, une schistosomiase hépatique, une grossesse extra utérine rompue chez une femme de 30 ans très probablement carencée); 4 fois nous avons noté un type normochrome normocytaire arégénérative (1 cancer primitif du foie, une balantidiose colique, un cancer de l'ovaire, une grossesse extra utérine rompue chez une jeune femme de 25 ans). 2 autres cas étaient inexploitable faute de dosage des réticulocytes.

Type d'anémie	Affections néoplasiques	Affections bactériennes ou parasitaires	Autres
Anémie hypochrome et/ou microcytaire	1 cancer de la vessie 2 cancers de l'estomac 1 cancer primitif du foie	2 salmonelloses 1 schistosomiase hépatique 1 abcès du foie	1 hypertension portale 1 grossesse extra utérine rompue
Anémie normochrome arégénérative	1 cancer primitif du foie 1 cancer de l'ovaire	1 balantidiose colique	1 grossesse extra utérine rompue
Anémie normochrome régénérative	-	-	-
Anémie normochrome macrocytaire régénérative	-	-	-
Anémie macrocytaire arégénérative	-	-	-

Tableau N° 8

Les autres anomalies de la lignée blanche qui ont été retrouvées sont : l'hyperleucocytose et l'hypercéosinophilie. L'hyperleucocytose a été notée dans l'appendicite, dans le cancer du pancréas, dans la cystite granulomateuse non spécifique et dans 2 cas de douleurs abdominales non étiquetées.

Quant à l'éosinophilie qui a été observée 10 fois, elle est surtout le fait de la bilharziose intestinale (3 cas); nous n'avons pu trouver d'étiologies suffisantes aux 7 autres cas.

Dans 3 cas l'hyperleucocytose à polymétophile est associée à une eosinophilie. Nous n'avons pas noté de neutropénie chez les 86 malades ni de lymphopénie.

B. Les examens non systématiques

- Les transaminases

Leur valeur diagnostique est de 1,16 % dans un cas d'hépatite virale.

- L'hémoculture

Elle a permis un diagnostic dans 2 cas de salmonelloses soit 2,32%

- Le lavement baryté

Il a mis en évidence une diverticulose du colon transverse et un mégadolico-sigmoïde. Son apport diagnostique est de 2,32 %.

- La ponction à l'aiguille fine, avec cytologie,

est effectuée dans le diagnostic des gros foies. Elle a permis un diagnostic de cancer primitif du foie dans 3 cas soit 3,48 %.

- La culture du pus réalisée une seule fois s'est révélée stérile.

- L'urographie intraveineuse.

Elle n'a permis aucun diagnostic; les 5 urographies intraveineuses réalisées étaient normales.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation

Sur 25 radiographies de l'abdomen sans préparation pratiquées, 2 seulement ont montré des anomalies. Les images hydroaériques ont été retrouvées chez un patient qui était porteur d'un abcès du foie dont nous n'avons pas pu situer le point de départ. Dans le second cas il s'agit de calcifications vésicales d'origine bilharzienne chez un patient atteint de salmonellose

- L'électrocardiogramme

Sur 33 tracés il n'existe que des troubles cardiaques chez 4 patients. Dans un cas il a permis de mettre en évidence un infarctus du myocarde chez un patient ayant des antécédents de diabète.

Les fibrillations auriculaires sont retrouvées chez un patient souffrant d'une amibiase hépatique et qui a des antécédents de cardiomyopathie.

Dans 2 autres cas il s'agit d'onde T négative en D₁, D₃, en AVF, en V₁, V₂, V₃ et en V₄ avec onde Q en AVL avec sous dénivellation du segment ST, et d'arythmie avec flutter auriculaire en D₁ et D₂ qui sont d'interprétation difficile.

- Le dosage des hormones thyroïdiennes

Il a permis un diagnostic dans un cas d'hyperthyroïdie.

- Le serodiagnostic de Widal n'a eu aucun apport diagnostique, car il n'a pas été concluant dans 18 cas.

- La calcémie

Elle a été dosée 15 fois, mais son apport diagnostique est peu rentable car nous avons pu rattacher une hypocalcémie à une pancréatite chronique calcifiante dans un cas.

- La cystoscopie a mis en évidence des tuméfactions vésicales dans un cas

- Le dosage des prolans

Son apport diagnostique a été positif dans un cas chez une patiente ayant subi une hystérectomie subtotale suite à une grossesse molaire avortée.

- L'alphafoetoprotéine.

Sur les 22 prélèvements effectués, l'alphafoetoprotéine s'est révélée positive dans un cas.

- La serologie amibienne

Elle a permis un diagnostic dans 2 cas soit 2,36 %.

- La laparoscopie

Elle a permis d'aboutir à un diagnostic 3 fois sur 5 notamment dans le faux kyste du pancréas et dans 2 cas de cancer primitif du foie, dans les 2 autres cas elle n'a pas été concluante.

- La coelioscopie a permis un diagnostic dans un cas.

Il faut noter que les examens complémentaires que nous avons effectué sont relativement nombreux pour le diagnostic des douleurs abdominales.

Il s'agit d'examens de débrouillage, mais on peut retenir l'apport diagnostique de certains examens tels que la fibroscopie qui a été la plus rentable dans les affections gastro-duodénales.

En ce qui concerne les schistosomiasés, rendant compte des douleurs abdominales, la biopsie de la muqueuse rectale est plus performante que l'analyse des selles et des urines; la numération formule sanguine lorsqu'elle a été utile, a permis par l'éosinophilie d'orienter vers une parasitose. Elle a mis en évidence également une hémoglobino-sérum, une anémie d'étiologies diverses dont les facteurs sont souvent intriqués.

L'hémoculture, la ponction à l'aiguille fine du foie, le lavement baryté, la laparoscopie, le dosage des amylases et la serologie amibienne ont été assez rentables.

Les transaminases, la rectoscopie, le dosage des hormones thyroïdiennes, la cystoscopie, le dosage des prolactines, l'alphafoetoprotéine, la calcémie, l'électrocardiogramme, la radiographie de l'abdomen sans préparation ont été peu rentables.

N'ont été d'aucun apport diagnostique dans notre série : l'urographie intraveineuse, le serodiagnostic de Widal, la coproculture, l'uroculture, la culture du pus, l'urée, la glycémie.

3.5. Les groupes étiologiques

3.5.1. Globalement

- Les affections hépatiques constituent les étiologies à évoquer en première intention dans les douleurs abdominales. Il s'agit notamment du cancer primitif du foie (4 cas), de la suspicion de la bilharziose hépatique (2 cas), l'amibiase hépatique (2 cas), de l'hypertension portale (2 cas), de l'abcès du foie (1 cas), de l'hépatite virale (1 cas), de la cirrhose tuberculoïde (1 cas) et d'une vésicule exclue au repas de BOYDEN avec fièvre et frissons suggérant une cholecystite lithiasique.

Ensuite viennent les autres pathologies par ordre de fréquence :

- les affections de l'estomac et du duodenum qui sont représentées par le cancer de l'estomac (2 cas), la hernie hiatale par glissement (1 cas), l'ulcère du pylore (1 cas), la bulbite purpurique (1 cas) et l'ulcère du bulbe (5 cas).

- Dans les causes de ces douleurs abdominales, il faut aussi compter les affections pancréatiques qu'il s'agisse du faux kyste du pancréas (1 cas), de la pancréatite chronique (1 cas), de la pancréatite chronique calcifiante (1 cas), de la pancréatite aiguë (2 cas) et du cancer du pancréas avec ou sans métastases (3 cas).

- Les affections gynécologiques ne sont pas absentes : la grossesse extra utérine rompue (2 cas), le cancer du col utérin avec ou sans métastases (2 cas), le cancer de l'ovaire (1 cas), et la ventro-fixation utérine (1 cas).

- Ont également rendu compte des douleurs abdominales le volvulus du colon pelvien (sur megadolicosigmoïde 1 cas), la diverticulose du colon transverse (1 cas), l'appendicite (1 cas) et de ses complications (plastron 2 cas)

- Bien sûr les schistosomiasis intestinales et la balantidiose ont expliquées les douleurs abdominales dans 5 cas.

- Quand aucune cause organique n'a été retrouvée, que la douleur a disparu, l'humeur s'est améliorée avec les seuls antidépresseurs, force a été d'admettre que les douleurs étaient liées à une dépression.

- Les douleurs abdominales ont été expliquées par les salmonelloses dans 3 cas.

- Les affections urinaires retrouvées sont le cancer de la vessie (1 cas) la cystite granulomateuse non spécifique (1 cas) et la bilharziose urogénitale (1 cas).

- L'angor, la pelvipéritonite, l'hémoglobinoses S C et l'hyperthyroïdie représentent chacun 1 cas.

Ces différentes pathologies peuvent être associées entre elles.

- Enfin les douleurs abdominales d'étiologie inconnue représentent 19,76 % des cas.

3.5.2. Les groupes étiologiques en fonction des antécédents

Comme nous l'avons évoqué au chapitre " synthèse des symptômes " la liste des antécédents est trop longue pour les énumérer tous; les groupes étiologiques ont été étudiés selon que les patients n'ont pas ou ont des antécédents (médico-chirurgicaux, chirurgicaux, médicaux).

* Les groupes étiologiques en fonction des antécédents médicaux

Les malades ayant des antécédents médicaux représentent 77,90 % dans notre série. Dans 5 cas seulement ces antécédents médicaux (antécédents d'infarctus du myocarde, d'hématurie terminale, de diabète, d'une dépression nerveuse à la suite du décès d'un neveu, d'éthylisme associé à des crises de douleurs abdominales siégeant à l'épigastre et à l'hypochondre gauche) nous ont permis de s'orienter vers les affections suivantes : l'angor, la bilharziose urogénitale, la dépression nerveuse, la pancréatite aiguë associée à un infarctus du myocarde chez un diabétique, et une pancréatite chronique calcifiante, opérée par le Professeur CHIGOT à Paris.

* Les groupes étiologiques en fonction des antécédents médico-chirurgicaux

Dans 3 cas il s'agit d'antécédents gynécologiques et de bilharziose urogénitale ou de syndrome dysentérique. Ce sont des malades déjà opérées pour cancer du col utérin dans 2 cas et un pour prolapsus utérin. Il s'agit probablement de métastases ou de récidives.

Dans un cas ce sont des antécédents d'ablation d'une tumeur pancréatique et de bilharziose urogénitale qui sont retrouvés.

* Les groupes étiologiques en fonction des antécédents chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux n'ont pas permis de s'orienter vers un diagnostic précis, d'autant que la patiente n'a pas pu dire la nature de l'intervention chirurgicale subie.

* Les groupes étiologiques sans antécédents

Aucun antécédent n'a été retrouvé dans 7 cas soit 8,13 %.

3.5.3. Les groupes étiologiques en fonction du siège de la douleur

Selon le siège de la douleur, plusieurs étiologies sont retrouvées.

* Le siège épigastrique a été décrit dans 31 cas soit 36,04 %.

Les épigastralgies constituent le groupe le plus important. Elles ont été expliquées par l'ulcère du pylore, la hernie hiatale, la bulbite purpurique, la gastrite érythémateuse chez une diabétique, enfin le cancer de l'estomac.

Ont aussi rendu compte de ces épigastralgies la bilharziose intestinale, l'amibiase intestinale associée à une bilharziose urogénitale, l'ankylostomiase et la toeniase, et la bilharziose intestinale associée à une hypocalcémie.

Les affections hépatiques retrouvées sont le cancer primitif du foie, l'hépatite virale, l'hypertension portale, enfin une suspicion d'une hépatite bilharzienne a été accusée.

L'appendicite et ses complications sont aussi causes de douleurs abdominales dans notre série.

Les affections psychiques que nous verrons plus tard sont représentées par : la somatisation à type de douleurs abdominales sur un fond de personnalité névrotique et l'état d'anxiété.

Les autres affections rencontrées sont : l'angor, la ventro-fixation utérine, et la pancréatite chronique.

* Le siège hypochondre droit

Les douleurs de ce siège font évoquer le cancer primitif du foie, la cirrhose tuberculoïde confirmée; enfin une suspicion d'hépatite bilharzienne en a été rendue responsable. Curieusement un ulcère du bulbe a été retrouvé comme cause de cette douleur de ce siège atypique.

La dépression nerveuse a été retrouvée comme affection psychique responsable d'un syndrome abdominal aigu siégeant à l'hypochondre droit.

Les salmonelloses classiquement adenophiles et particulièrement, responsables de façon inconstante de splénomégalie fébrile, ont constitué la seule explication de la douleur de l'hypochondre droit (1 cas).

* L'hypochondre gauche

La pancréatite chronique calcifiante et la bilharziose urogénitale sont observées comme affections donnant des douleurs abdominales siégeant à l'hypochondre gauche. Plus classique est la responsabilité des salmonelloses dans ces douleurs abdominales siégeant aux 2 hypochondres.

* Les fosses iliaques

- La fosse iliaque droite

Le cancer primitif du foie, le cancer de l'ovaire et l'hypertension portale associant une toeniase sont les affections rencontrées avec la même fréquence.

- La fosse iliaque gauche

Ce sont les affections pancréatiques qui sont fréquentes; notamment la pancréatite aiguë et l'infarctus du myocarde survenus chez un diabétique et la pancréatite aiguë. Nous avons noté un seul cas d'amibiase hépatique responsable de douleurs abdominales siégeant à la fosse iliaque gauche.

* Les flancs

- Le flanc droit

L'amibiase hépatique est observée une seule fois.

- Le flanc gauche

Le volvulus du colon pelvien est noté dans un cas.

La douleur du cancer de la vessie siège aux 2 flancs probablement par hydronéphrose.

* L'ombilic

Les affections retrouvées sont : l'hémoglobinoses S C, la diverticulose du colon transverse et le syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal. Cependant il faut noter que l'appendicite compliquée est responsable de douleurs abdominales à sièges multiples (région ombilicale et hypogastrique)

* Le siège paraombilical

Un faux kyste du pancréas, un ulcère du bulbe et une hyperthyroïdie ont expliqué les douleurs siégeant dans cette région.

* L'hypogastre

Les affections gynécologiques viennent en première position. Il s'agit de la grossesse extra utérine rompue, du cancer du col utérin et de l'annexite et une endométrite.

La pelvipéritonite a été retrouvée une fois; de même que la cystite granulomateuse non spécifique.

On s'explique moins bien que des douleurs d'origine pancréatique ou typhique siègent dans le pelvis.

* Les douleurs abdominales diffuses à tout l'abdomen

Ce sont les affections pancréatiques qui sont représentées par le cancer du pancréas. Les affections hépatiques ont la même fréquence que les affections du pancréas. Il s'agit de l'abcès du foie, de la suspicion de la cholecystite aiguë et de l'hypertension portale.

Les affections gynécologiques viennent en troisième position: le cancer du col utérin et la grossesse extra utérine rompue.

Les parasitoses sont représentées par la balantidiose et la bilharziose intestinale.

L'ulcère duodénal a expliqué dans un cas des douleurs abdominales diffuses.

3.5.4. Les groupes étiologiques en fonction du type de la douleur

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de constriction

Les étiologies retrouvées sont la balantidiose et la bilharziose hépatique suspectée.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation d'échauffement

L'appendicite compliquée (plastron) est la seule affection de l'appendice notée.

* Les groupes étiologiques en cas de coup de poignard

Sont retrouvées comme affections : la pancréatite aiguë, le cancer de l'estomac (ce qui n'est pas habituel) et la grossesse extra utérine rompue.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de corps étranger

Les affections pancréatiques sont les plus fréquentes. Il s'agit du cancer du pancréas et de la pancréatite chronique non calcifiante.

Ensuite viennent le cancer de l'ovaire, la seule cholecystite aiguë suspectée et la bilharziose intestinale associée à une hypocalcémie.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de brûlure

Ici également les affections pancréatiques sont dominantes. Elles sont représentées par le cancer du pancréas et la pancréatite aiguë.

L'ulcère du pylore a expliqué ces douleurs abdominales à type de sensation de brûlure dans un cas. Les autres étiologies sont constituées par un état d'anxiété, une appendicite et une bilharziose intestinale.

* Les groupes étiologiques dont le type de la douleur n'a pas pu être précisé

Les affections hépatiques occupent la première place. Elles sont représentées par l'abcès du foie, l'hépatite virale; viennent ensuite l'angor, le faux kyste du pancréas, la bulbite purpurique et les salmonelloses.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de torsion

La torsion a été retrouvée comme type de douleur dans un cas de volvulus du colon sigmoïde.

La dépression réactionnelle à un conflit conjugal s'est traduite par une association de sensation de brûlure et d'échauffement.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de piqure

Les affections hépatiques et les affections gastro-duodénales sont les plus dominantes. Les affections hépatiques observées sont le cancer primitif du foie, l'amibiase hépatique et l'hypertension portale associant une toeniase. Alors que les affections gastro-duodénales sont constituées par : la hernie hiatale par glissement, l'ulcère du bulbe et la gastrite érythémateuse chez une diabétique, et le cancer de l'estomac.

Les autres étiologies rencontrées sont l'hémoglobinoses S C, la diverticulose du colon transverse, la bilharziose urogénitale et l'hyperthyroïdie.

* Les groupes étiologiques en fonction de la sensation de picotement

C'est le type de douleur le plus fréquent. Il est présent chez 35 patients.

Les affections hépatiques sont en grand nombre. Cette sensation de picotement est observée dans la cirrhose tuberculoïde, dans le cancer primitif du foie, dans l'hypertension portale, dans l'amibiase hépatique et dans la bilharziose hépatique suspectée.

Les affections gynécologiques telles que le cancer du col utérin, la grossesse extra utérine rompue, la ventro-fixation utérine et l'annexite et l'endométrite se manifestent par des douleurs abdominales à type de picotement.

La sensation de picotement est rencontrée dans les parasitoses telles que la bilharziose intestinale, l'amibiase intestinale, et la bilharziose urogénitale, l'ankylostomiase et une toeniase.

Les affections pancréatiques observées sont la pancréatite chronique calcifiante, le cancer du pancréas et la pancréatite aiguë associée à un infarctus du myocarde chez un diabétique.

Les affections psychiques sont représentées par un syndrome dépressif s'étant traduit par un abdomen aiguë douloureux et une névrose expliquée par des douleurs abdominales.

Quant aux affections urinaires elles sont constituées par le cancer de la vessie et la cystite granulomateuse non spécifique.

Les salmonelloses sont les seules infections s'étant traduites par des picotements.

La pelvipéritonite et l'appendicite compliquée se sont révélées également par des douleurs abdominales à type de picotement.

3.5.5. Les groupes étiologiques en fonction des irradiations

* Les groupes étiologiques en fonction des épigastralgies avec ou pas d'irradiations

Sont surtout responsables de ces épigastralgies sans irradiation les parasitoses : la bilharziose intestinale, l'ankylostomiase associée à une toeniase, la bilharziose intestinale accompagnée fortuitement d'une hypocalcémie.

Les affections de l'appendice occupent le deuxième rang. Elles sont représentées par l'appendicite et ses complications.

Les autres affections rencontrées sont : le cancer de l'estomac (1 cas), l'angor, l'hépatite virale et une névrose.

La ventro-fixation utérine et le cancer de l'estomac (1 cas) sont responsables d'épigastralgies irradiant vers le thorax.

Les affections irradiant vers l'hypochondre droit sont constituées par la bulbite purpurique et l'hypertension portale.

La pancréatite chronique non calcifiante et le cancer primitif du foie irradient vers le dos.

Les affections irradiant vers l'hypogastre sont l'amibiase intestinale associée à une bilharziose urogénitale et la gastrite érythémateuse retrouvée chez une diabétique.

La hernie hiatale par glissement est la seule affection responsable d'irradiations diffuses à tout l'abdomen!

Les irradiations vers le rachis dorsal et vers la fosse iliaque gauche sont retrouvées dans 2 cas d'ulcère du bulbe; tandis que l'ulcère du pyllore irradie vers les 2 hypochondres.

Le cancer primitif du foie (1 cas) irradie à la fois vers les 2 hypochondres et vers l'hypogastre .

La bilharziose hépatique suspectée et l'état d'anxiété sont responsables de douleurs abdominales qui irradient respectivement vers l'ombilic et vers l'hypochondre gauche.

* Le siège hypogastrique

Les douleurs abdominales hypogastriques sans irradiation se retrouvent dans le cancer du col utérin. Quant à la cystite granulomateuse non spécifique elle est responsable d'irradiations diffuses à tout l'abdomen.

Les affections irradiant vers les organes génitaux sont la pancréatite aigüe et la pelvipéritonite.

Les irradiations vers les membres inférieurs sont observées dans les salmonelloses.

Les irradiations vers le rectum et vers le dos sont rencontrées dans l'annexite et l'endométrite. Tandis que les irradiations vers le rachis lombaire sont décrites dans la grossesse extra utérine rompue.

* Les hypochondres

- L'hypochondre droit

Au niveau du siège hypochondre droit, la bilharziose hépatique suspectée, le syndrome dépressif s'étant traduit par un abdomen aigü douloureux et l'ulcère du bulbe sont sans irradiation.

Les irradiations vers le thorax sont décrites dans le cancer primitif du foie (1 cas); alors qu'il s'agit d'irradiations vers l'épigastre qui sont observées dans la cirrhose tuberculoïde.

Les salmonelloses sont responsables de douleurs de l'hypochondre droit irradiant vers l'ombilic.

- L'hypochondre gauche

La bilharziose urogénitale s'est traduite par des douleurs abdominales siégeant à l'hypochondre gauche sans aucune irradiation.

Les irradiations vers les 2 hypochondres sont retrouvées dans les salmonelloses.

* Le siège paraombilical

L'ulcère du bulbe est retrouvé comme cause de douleurs paraombilicales sans irradiation.

Les irradiations diffuses à tout l'abdomen sont décrites dans le faux kyste du pancréas. Les douleurs de l'hypertthyroidie irradient vers l'épigastre.

* Le siège ombilical

La dépression réactionnelle à un conflit conjugal irradie vers le thorax.

Les irradiations vers le dos sont décrites dans l'hémoglobinosose S C alors que les irradiations vers l'hypogastre sont retrouvées dans la diverticulose du colon transverse.

L'appendicite compliquée (1 cas) est responsable de douleurs abdominales à sièges multiples irradiant vers les organes génitaux.

* Les fosses iliaques

- La fosse iliaque droite

Le cancer primitif du foie (1 cas) irradie vers le cocyx, tandis que le cancer de l'ovaire irradie vers les membres inférieurs et vers le dos.

Les irradiations diffuses à tout l'abdomen sont observées dans l'hypertension portale associée à une teniase.

- La fosse iliaque gauche

La pancréatite aiguë associée à un infarctus du myocarde chez un diabétique est retrouvée sans irradiation; alors qu'elles sont observées dans un cas de pancréatite aiguë.

* Les flancs

Au niveau du flanc droit l'amibiase hépatique est notée sans irradiation.

Au niveau du flanc gauche, l'affection retrouvée est sans irradiation : il s'agit du volvulus du colon pelvien.

Le cancer de la vessie qui s'est traduite par des douleurs siégeant aux 2 flancs irradie vers l'ombilic.

* Les douleurs abdominales diffuses à tout l'abdomen

Ont diffusé à tout l'abdomen l'abcès du foie, l'hypertension portale, la cholecystite aigüe suspectée, le cancer du pancréas. En somme cette diffusion à tout l'abdomen n'est pas caractéristique des affections hepato-pancréatiques car elle est observée dans les affections gynécologiques (la grossesse extra utérine rompue 1 cas, le cancer du col utérin 1 cas).

Enfin les parasitoses intestinales qui sont représentées dans notre série par un seul cas de balantidium coli et la bilharziose intestinale (1 cas).

Un seul cas d'ulcère bulbaire s'est exprimé par des épigastralgies diffusant à tout l'abdomen.

3.5.6. Les groupes étiologiques en fonction des troubles associés

A. Les groupes étiologiques en fonction des troubles digestifs

a/ les vomissements

Ils sont fréquents dans les affections gynécologiques qui occupent la première place. Elles sont représentées par le cancer du col utérin, la grossesse extra utérine.

Comme causes de vomissements par ordre décroissant, les affections gastro-duodénales (la hernie hiatale par glissement et le cancer de l'estomac) l'appendicite et ses complications, les affections pancréatiques (le cancer du pancréas, la pancréatite aigüe et une pancréatite aigüe survenue chez un diabétique qui avait en même temps un infarctus du myocarde), les affections hépatiques (la cirrhose tuberculoïde et le cancer primitif du foie).

L'état d'anxiété s'accompagnait également de vomissements. Les bilharzioses urogénitale et intestinale ont été responsables de vomissements chacune une fois, ; certainement par suite de crise de colique néphritique.

b/ La diarrhée

Elle est retrouvée dans plusieurs affections, notamment dans les affections hépatiques représentées par le cancer primitif du foie, l'hypertension portale.

Le syndrome dépressif se traduisant par un abdomen aigü douloureux et la dépression réactionnelle à un conflit conjugal s'accompagnaient diarrhée.

La diarrhée a été observée également dans les parasitoses telles que la balantidiose colique et l'ankylostomiase et une toeniase.

La seule affection gynécologique notée est le cancer de l'ovaire.

c/ La constipation

Les affections gynécologiques retrouvées sont la ventro-fixation utérine et l'annexite et une endométrite.

La constipation a été observée aussi dans le cancer du pancréas, dans la bulbite purpurique, dans l'hypertension portale, et l'hypertthyroïdisme.

Cette constipation comme nous l'avons dit est d'interprétation difficile.

d/ L'association diarrhée et vomissements

Cette association est retrouvée dans différentes étiologies : l'hypertension portale associée à une toeniase, la pancréatite aigüe, l'hépatite virale, la typhoïde, l'ulcère bulbaire, la bilharziose intestinale et l'amibiase intestinale associée à une bilharziose urogénitale.

e/ L'association constipation vomissements

Dans notre série cette symptomatologie renvoie en premier lieu aux affections malignes (cancers de l'estomac, de la vessie, du col utérin, du pancréas et du cancer primitif du foie).

Les parasitoses (bilharziose intestinale) l'expliquent aussi.

C'est bien sûr l'expression classique de la pelvipéritonite.

C'est banal qu'un typhique soit constipé et vomisse. Signalons tout juste que notre patiente atteinte d'angine de poitrine, était constipée et vomissait : simple coïncidence ?

f/ L'arrêt des matières et des gaz et les vomissements sont observés dans l'appendicite compliquée (plastron) et dans l'ulcère bulbaire peut être perforé et bouché.

g/ L'arrêt des matières et des gaz associé à la constipation et aux vomissements est retrouvé dans le volvulus du colon pelvien.

L'arrêt des matières et des gaz est noté dans un cas d'abcès du foie.

h/ Les groupes étiologiques ne s'accompagnant pas de troubles digestifs

La douleur a constitué l'unique symptôme du cancer primitif du foie (1 cas), de l'amibiase hépatique (2 cas), de la bilharziose hépatique suspectée (2 cas), de cette cholécystite aigüe fortement suspectée.

Aucun trouble digestif n'accompagnait la douleur dans un cas de gastrite érythémateuse chez une diabétique, dans un cas d'ulcère du pylore et dans 3 cas d'ulcère bulbaire, ni dans les pancréatopathies de la série (faux kyste du pancréas, la pancréatite chronique calcifiante ou non, pancréatite aigüe).

Enfin se plaignaient de douleurs abdominales la névropathe, la bilharziose intestinale, l'hémoglobinoïse S C, la cystite granulomateuse non spécifique, la diverticulose du colon transverse.

Un seul cas de salmonellose ne présentait aucun trouble du transit et accusait une douleur abdominale.

B. Les groupes étiologiques en fonction des troubles urinaires

* La dysurie

Nous l'avons rencontrée dans nos 2 cas de plastron appendiculaire; en second lieu, elle est signalée aussi dans l'hypertension portale (1 cas), dans l'amibiase hépatique (1 cas). Il s'agit probablement de pathologies associées

Plus classique est la présence de ce symptôme dans le cancer de la vessie (1 cas), dans le cancer du col utérin (1 cas) et dans la pelvipéritonite.

Un typhique a signalé une dysurie.

* L'hématurie

La cystite granulomateuse non spécifique est la seule affection rencontrée. Par contre les antécédents d'hématurie sont retrouvés chaque fois que les douleurs abdominales ont été expliquées par une schistosomose (à hémato-
bium) prouvée par l'examen direct des urines.

* La Pollakiurie

Elle a été retrouvée dans un cas de salmonellose, elle est difficile à interpréter dans ce cas.

* L'association pollakiurie dysurie

3 patients atteints d'hépatopathie (l'abcès du foie, l'amibiase hépatique et la bilharziose hépatique suspectée) ont mentionné cette symptomatologie. Il en a été de même pour un typhique et une bilharzienne hospitalisée curieusement pour une schistosomose plutôt mansoni.

* Les groupes étiologiques sans troubles urinaires

Par contre les troubles urinaires sont absents dans la cirrhose tuberculoïde, la bilharziose hépatique suspectée, le cancer primitif du foie, l'hypertension portale associant une toeniase, la cholécystite aigüe, l'hépatite virale et l'hypertension portale.

Nous ne les avons pas non plus retrouvés dans la hernie hiatale par glissement, l'ulcère du pylore, le cancer de l'estomac, la gastrite érythémateuse associée à un diabète, la bulbite purpurique, l'ulcère bulbaire, ni dans les affections pancréatiques (le cancer du pancréas, la pancréatite

chroniques calcifiantes ou pas, le faux kyste du pancréas, la pancréatite aiguë et l'association pancréatite aiguë infarctus du myocarde survenus chez un diabétique).

Ces troubles urinaires sont aussi absents dans la bilharziose intestinale, la balantidiose, la bilharziose intestinale associée à une hypocémie, l'ankylostomiase et une toeniase.

Plus étonnante est cette absence de troubles urinaires dans la bilharziose urogénitale associée à une amibiase intestinale.

La non extension des cancers du col utérin (1 cas), de l'ovaire (1 cas) rend compte de cette absence.

La ventro-fixation utérine, la grossesse extra utérine et l'annexite et l'endométrite ne s'accompagnaient pas de troubles urinaires.

Nos malades mentaux n'avaient pas de troubles urinaires, qu'il s'agisse du syndrome dépressif se traduisant par des douleurs abdominales, du syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal, de l'état d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales, de la névrose.

Les affections du colon et de l'appendice sont le volvulus du cecum pelvien, de l'appendicite et la diverticulose du colon transverse.

Les affections rarement rencontrées sont : l'angor, l'hémoglobinosurie, la bilharziose urogénitale et l'hyperthyroïdie.

C. Les groupes étiologiques en fonction des troubles gynécologiques

* L'amenorrhée

La ménopause a été notée dans le cancer de l'estomac, la hernie hiatale, le cancer de l'ovaire, la bilharziose hépatique suspectée, l'angor et l'hyperthyroïdie. Il n'y a certainement aucune relation entre cette ménopause et les affections précitées parcequ'il s'agit de femmes dont l'âge est supérieur à 50 ans.

L'amenorrhée était associée au cancer de l'estomac, au cancer de la tête du pancréas, à la grossesse extra utérine rompue, au cancer du col utérin et au syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal.

* Les leucorrhées

Elles sont retrouvées dans le même ordre de fréquence dans diverses affections. Il s'agit d'une personnalité névrotique se plaignant de douleurs abdominales, de la bulbite purpurique, de la pelvipéritonite, d'une annexite associée à une endométrite, de l'hypertension portale et de la bilharziose intestinale. C'est probablement une coïncidence fortuite.

* Les leucorrhées et l'amenorrhée

Concomitamment à leur symptomatologie classique, le syndrome leucorrhées-amenorrhée a été noté dans la pancréatite aiguë, l'ulcère du bulbe, dans les parasitoses intestinales (balantidiose) et dans une double parasitose (amibiase intestinale et bilharziose urogénitale).

* Les associations

La cystite granulomateuse non spécifique s'accompagne de leucorrhées et d'impuérisme.

Dans l'appendicite compliquée sont retrouvées les leucorrhées, et des métrorragies.

Un cancer primitif du foie et un ulcère bulbaire, responsables de douleurs abdominales étaient survenus chez 2 femmes ménopausées.

La plupart du temps ces deux pathologies sont celles des hommes et des jeunes ou adultes jeunes (20 à 40 ans). Chez ces deux patientes il y avait plus des leucorrhées qu'on s'y serait attendu à leur âge.

* Parmi les groupes étiologiques ne s'accompagnant pas de troubles gynécologiques, les affections les plus dominantes sont : les affections du colon et de l'appendice, les salmonelloses, la bilharziose intestinale. Ensuite viennent la gastrite érythémateuse associée à un diabète, la pancréatite chronique non calcifiante, l'état d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales et le cancer de la vessie.

3.5.7. Cas particuliers

* Les douleurs abdominales d'étiologie inconnue

Sur nos 86 patients, 17 souffraient de douleurs abdominales d'étiologie inconnue malgré un bilan de débrouillage. Le sexe féminin est prédominant avec un sexe ratio de 0,54. On remarque que les femmes ont une grande prédominance pour les douleurs abdominales non expliquées (12,79 %) alors que cette pathologie est moins fréquente chez les hommes (6,97 %).

Dans les deux sexes les sujets jeunes sont les plus frappés.

Dans les quelques jours qui suivent l'hospitalisation, la symptomatologie douloureuse a régressé, soit spontanément, soit sous traitement symptomatique. Cependant la symptomatologie douloureuse est la même que dans les douleurs abdominales étiquetées.

Les sièges les plus fréquemment retrouvés sont l'hypogastre et l'épigastre.

Les sensations de brûlure et de corps étranger sont les types de douleur les plus fréquents. La sensation de constriction est rare.

Les irradiations les plus fréquentes sont les irradiations vers le dos, le thorax et les douleurs diffuses. Aucune irradiation n'a été notée dans 7 cas.

A ces douleurs abdominales s'associent les signes d'accompagnement. La constipation et les vomissements sont fréquents. La diarrhée n'est pas rare. 6 seulement de nos patients ne se plaignent pas de troubles digestifs.

Concernant les troubles urinaires, la dysurie est un symptôme fréquent. La brûlure mictionnelle et la pollakiurie sont observées une fois seulement chacune.

Quant aux troubles gynécologiques on retrouve l'algoménorrhée, l'hyperménorrhée et les leucorrhées. La ménopause est décrite dans 2 cas.

* Les douleurs abdominales d'origine psychique : nos observations

Observation N° 1

Madame AGOSSA M 31 ans, commerçante, originaire du Bénin, est adressée par le cabinet médical le 11.4.1984 au service de médecine pour douleurs abdominales d'apparition brutale.

Ces douleurs abdominales sont périombilicales, à type de brûlure, déclenchées par les aliments sucrés. Elles sont associées à une diarrhée glaireuse mais on ne note pas de vomissements, ni d'arrêt de matière et de gaz, ni de fièvre. Il n'y a pas de troubles urinaires ni de troubles gynécologiques.

Dès que l'hospitalisation fut proposée à la patiente, les douleurs disparaissent.

L'examen physique est normal hormis une petite défense hypogastrique pouvant être due à une résistance de la patiente.

Les examens biologiques de routine (recherche de parasites dans les selles et urines, l'urée, la glycémie, la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation), la fibroscopie, la biopsie de la muqueuse rectale, le dosage des amylases, la coproculture et l'examen gynécologique sont strictement normaux.

Un deuxième interrogatoire a révélé que c'est à la suite de conflit conjugal que Madame AGOSSA ... M a développé ce syndrome abdominal aigu.

La patiente se plaint de dyspareunie.

Conclusion

Nous avons pensé qu'il s'agit d'un syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal à symptomatologie digestive.

Observation N° 2

Madame TOURE ... M. âge 31 ans, sans profession, résidant à Bamako est admise dans le service de médecine générale du Point G le 23.6.1984 pour douleurs abdominales datant de 3 mois, de siège épigastrique, à type de picotement, sans irradiation, non rythmées par les repas.

On note des nausées, une anorexie et des céphalées.

Madame TOURE ... M était suivie en externe dans le service de cardiologie qui ne révèle aucune anomalie cardiaque.

Après remission sous traitement de nature indéterminée, le 22.6.1984 la maladie rechute et il apparaît des vomissements incoercibles.

L'examen physique est strictement normal.

La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, l'urée, la glycémie, les examens de selles et d'urine, le dosage des amylases, la fibroscopie, la biopsie de la muqueuse rectale, la rectoscopie et l'électrocardiogramme sont normaux.

Devant ce tableau une note psychique est suspectée.

Un deuxième interrogatoire révèle que Madame TOURE ... M. avait bu du lait contenant du "nassi" (eau pour jeter un sort) qui était destiné à sa tante.

Selon la patiente, elles étaient 3 victimes, chacune d'elle a eu les mêmes troubles. La famille a consulté un marabout qui a confirmé cet état de fait; l'auteur a été semble t-il retrouvé.

La consultation psychiatrique note un contact facile, un propos cohérent, pas d'organisation délirante ni psychotique. Mais il existe cependant un état d'anxiété avec sensation d'oppression thoracique chez une personnalité sensitive.

Sous benzodiazpine tout rentre dans l'ordre.

Conclusion

Somatisation à type de douleurs abdominales sur un fond de personnalité névrotique.

Observation N° 3

Madame SANGUI... M. âge 40 ans sans profession résidant à Benamba est admise dans le service de médecine générale du Point G le 10.10.1985 pour épigastralgies datant de 3 mois, à type de brûlure non rythmées par les repas, irradiant vers l'hypochondre gauche.

Il s'y associent des céphalées, des bouffées de chaleur, une angine, des vomissements alimentaires et une fébricule à 37° 8.

L'examen physique est normal hormis une défense épigastrique et un goître stade II.

Les examens biologiques de routine, ainsi que la fibroscopie, la rectoscopie, la biopsie de la muqueuse rectale, l'électrocardiogramme, la radiographie de l'abdomen sans préparation sont normaux.

L'hyperthyroïdie envisagée n'a pas fait sa preuve car les dosages de T₃ et T₄ sont strictement normaux.

La consultation psychiatrique note un état d'anxiété. Sous tranquillisant tout rentre dans l'ordre.

Conclusion

Etat d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales.

Observation N° 4

Monsieur AG ... MALHA ... M. Âge 36 ans, enseignant évacué de Niafunké est admis dans le service de médecine générale du Point G le 26.2.1985 pour douleurs abdominales datant d'un mois, siégeant au niveau de l'hypochondre droit, à type de picotement, associées à une fébricule et à une diarrhée.

L'interrogatoire révèle une automédication à la chloroquine et au métronidazole.

L'examen physique est normal. Les examens biologiques de routine, ainsi que la fibroscopie, l'électrocardiogramme, la biopsie de la muqueuse rectale et la rectoscopie sont normaux.

Un deuxième interrogatoire bien dirigé a révélé une note psychique

Il s'agit d'un sujet neurotonique ayant des antécédents de dépression nerveuse déclenchée à la suite du décès d'un neveu.

Monsieur AG... MALHA ... M. pensait qu'il était atteint d'une cirrhose hépatique devant une anorexie, une perte de poids et une circulation veineuse collatérale quelquefois retrouvée chez les sujets maigres.

C'est pour faire la lumière sur cette affection que, Monsieur AG MALHA a décidé de jouer à l'hystérie. Selon les propres déclarations du malade, je cite " Docteur pour aller vite, fais mon bilan hépatique et ce seul résultat suffira pour me guérir ".

C'est ainsi qu'une note psychique a été suspectée. Par ailleurs son bilan hépatique est strictement normal. La fièvre ayant disparue sous chloroquine. Compte tenu de ses antécédents nous avons rattaché ces signes à un problème psychique.

Conclusion

Syndrome dépressif se traduisant par un abdomen aigu douloureux.

3.6. Confrontation entre le diagnostic étiologique et la symptomatologie

a/ les affections gynécologiques

- la ventro-fixation utérine : 1 cas

Elle est responsable de douleurs abdominales siégeant à l'épigastre, à type de picotement, irradiant vers le thorax. Seule la constipation est notée comme trouble du transit. Cependant il existe des problèmes gynécologiques en rapport avec les antécédents de prolapsus utérin : une dyspareunie profonde majeure et une béance du douglas. Aucun trouble biologique n'a été décelé. Compte tenu des antécédents de prolapsus chez cette jeune patiente (25 ans) nous avons rattaché les épigastralgies à l'intervention de DOLORIS subie.

- La grossesse extra utérine rompue : 2 cas (âge variant de 25 à 30 ans)

Aucune notion d'antécédents gynécologiques n'a été observée. Dans les 2 cas sont retrouvés des vomissements alimentaires et une amenorrhée variable (allant de 15 jours à 1 mois).

Il faut noter que les douleurs abdominales sont variables dans les caractères selon les patientes. Les douleurs sont soit hypogastriques soit diffuses.

Le type de la douleur était à coup de poignard, d'installation brutale dans un cas. Il s'agit de picotement dans l'autre. Les irradiations vers le rachis lombaire sont retrouvées dans un cas.

Les signes cliniques observés sont les signes d'anémie aigüe (pâleur conjonctivale, souffle systolique etc...); le météorisme signant une hémopéritoine car la ponction abdominale a ramené du sang dans l'un des cas de grossesse extra utérine diagnostiquées.

Le toucher vaginal a mis en évidence dans l'un des cas une douleur provoquée dans le douglas avec des culs de sac latéraux renittants, alors que dans l'autre cas il s'agit de métrorragies. Dans les 2 cas on retrouve une hémopéritoine importante à la laparoscopie avec rupture de la trompe droite

- Le cancer de l'ovaire : 1 cas

La symptomatologie douloureuse siège à la fosse iliaque, à type de sensation de corps étranger évoluant plusieurs mois avec irradiation vers les membres inférieurs et vers le dos. On retrouve une diarrhée glaireuse chez cette patiente ménopausée.

L'examen physique a mis en évidence une masse pelvienne sus ombilicale latérale dont la surface est parcourue de gros nodules. Il a été observé une atrophie vulvo-vaginale. A la laparotomie on note un envahissement de tout le petit bassin.

- Le cancer du col utérin : 2 cas

Dans les 2 cas il s'agit de femmes jeunes (36 ans). Là aussi les douleurs sont variables dans leurs caractères.

Dans un cas il s'agit de douleurs hypogastriques, à type de picotement sans irradiation. Les douleurs abdominales diffuses avec irradiation vers les membres inférieurs sont décrites dans un cas.

Les troubles associés sont la constipation ou les vomissements, la dysurie et surtout l'aménorrhée et les métrorragies persistantes.

Toutes nos 2 patientes ont des antécédents d'hystérectomie totale ou subtotale soit pour cancer du col utérin, soit à la suite d'une grossesse molaire avortée.

L'examen gynécologique a mis en évidence dans un cas un col hémorragique en tout point avec un bourgeonnement saignant au contact. Dans l'autre cas c'est un col induré douloureux ne saignant pas au contact qui est retrouvé.

Dans un cas le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique. Dans l'autre cas c'est le dosage des prolans A (240.000 unités internationales par litre) qui a permis de poser le diagnostic.

b/ Les affections du colon et de l'appendice

- l'appendicite : 1 cas (femme de 19 ans)

Il s'agit d'épigastralgies à type de brûlure sans irradiation associées à des vomissements alimentaires sans fièvre. L'examen physique met en évidence une défense périombilicale. Il s'agit d'une forme atypique d'appendicite dont le diagnostic ayant erré une semaine; a pu être suspecté grâce à une hyperleucocytose à polynéutrophile orientée vers une suppuration profonde.

- Les complications de l'appendicite : plastron (2 cas)

Dans 2 cas l'appendicite s'est compliquée d'un plastron.

Nous avons noté encore dans un cas des épigastralgies et dans l'autre ces douleurs siègent à la région hypogastrique à type d'échauffement.

La symptomatologie fonctionnelle est dominée par les vomissements, une fébricule et un état de choc.

A l'examen physique nous avons un météorisme diffus avec une défense dans un cas, un tympanisme diffus et une tuméfaction de la fosse iliaque gauche atypique dans l'autre cas.

Le diagnostic a été posé en per opératoire dans un cas. Dans l'autre cas c'est la coelioscopie qui a mis en évidence le plastron.

- Le volvulus du colon sigmoïde : 1 cas (homme de 25 ans)

La douleur décrite par le patient est à type de torsion siégeant au flanc gauche avec irradiation vers l'anus.

La constipation, les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz sont observés chez ce patient. La symptomatologie clinique est celle habituellement décrite dans les occlusions notamment dans les volvulus (météorisme précoce et localisé, un périsaltisme à la fois spontané et provoqué, un tympanisme localisé au flanc gauche et des bruits hydroaériques à l'auscultation).

Au lavement baryté on note un dolicoméga-sigmoïde.

- La diverticulose du colon transverse : 1 cas (ferme de 34 ans)

Ici c'est une douleur ombilicale à type de piqure avec irradiation vers l'hypogastre. Les antécédents de diarrhées glaireuses alternés avec des épisodes de constipation ont été les symptômes révélés. Cependant l'examen physique a été normal. C'est le lavement baryté qui a visualisé cette diverticulose du colon transverse.

c/ Les affections hépatiques

- le cancer primitif du foie (3 hommes pour 1 femme, avec âge plus de 50 ans)

La douleur a été de siège épigastrique dans 2 cas. L'hypochondre droit et la fosse iliaque droite ont été décrits chacun une fois.

Cependant le type de la douleur le plus souvent décrit est le picotement. Les douleurs irradient souvent vers le dos, le thorax, le coccyx et l'hémi-thorax et à la fois les 2 hypochondres associés à l'hypogastre.

Une hépatomégalie douloureuse est retrouvée chez 2 patients. Dans un cas c'est une hépatomégalie dure non douloureuse et non soufflante. Aucune hypertrophie du foie n'a été notée dans un cas.

La ponction à l'aiguille fine a mis en évidence des hépatocytes tumoraux stade II et IV dans 2 cas. Dans les 2 autres cas c'est la laparoscopie qui a tranché.

- La bilharziose hépatique suspectée : 2 cas (homme âgé de 22 ans et 1 femme âgée de 56 ans)

Il s'agit de douleurs abdominales siégeant soit à l'hypochondre droit soit à l'épigastre.

2 types de douleurs ont été notés: le picotement et la sensation de constriction.

Dans les 2 cas les irradiations se font vers l'ombilic. Aucun trouble digestif n'a été retrouvé. La pollakiurie et la dysurie sont rencontrées une fois.

L'examen physique est normal en dehors d'une hépatomégalie douloureuse.

L'existence d'une schistosomiase intestinale a été rendue responsable de cette hépatomégalie dans un cas, d'autant que la douleur a disparu après traitement sous praziquantel. Signalons que l'hépatomégalie persistait pendant l'hospitalisation. Nous n'avons plus revu le malade.

Dans l'autre cas la laparoscopie a révélé une cirrhose macro-micro nodulaire; la biopsie faite de visu n'a pas confirmée l'étiologie bilharzienne.

- L'amibiase hépatique : 2 cas (hommes, âge variant de 48 à 54 ans)

Les sièges retrouvés sont le flanc droit et la fosse iliaque gauche. Le picotement et la sensation de piqure sont les types de douleur décrits. Les irradiations vers les organes génitaux et vers les membres inférieurs sont observées.

Une fébricule à 37°5 a été observée dans les 2 cas. L'hépatomégalie douloureuse a été retrouvée dans un cas. Nous n'avons pas retrouvé d'hyperleucocytose à polynéutrophile. La palpation abdominale met en évidence une défense de l'hypochondre droit dans un cas. C'est la sérologie amibienne qui a permis de poser ce diagnostic.

- La cholecystite aigüe : 1 cas (homme âgé de 66 ans)

Il s'agit de douleurs abdominales diffuses à type de sensation de corps étranger irradiant vers l'hypochondre droit. Les antécédents de douleurs abdominales ont été retrouvés. La cholecystographie orale a montré une vésicule exclue.

- L'abcès du foie : 1 cas (homme de 38 ans)

Là également ce sont les douleurs abdominales diffuses dont le type n'a pas pu être précisé. A l'interrogatoire on note un arrêt des matières et des gaz, et une pollakiurie associée à une dysurie chez un malade en état de choc.

L'examen physique met en évidence un météorisme précoce et diffus, une hépatomégalie douloureuse avec défense de l'hypochondre droit et un tympanisme diffus. Le diagnostic a été fait en per opératoire.

- La cirrhose tuberculoïde : 1 cas (homme de 64 ans)

La douleur siège à l'hypochondre droit, irradie à l'épigastre. Elle est à type de picottement. Seul un gros foie douloureux spontanément et à l'ébranlement est retrouvé à la palpation abdominale. Ce diagnostic suspecté par la laparoscopie a été confirmé par l'examen anatomopathologique de la biopsie hépatique.

- L'hypertension portale : 2 cas (homme âgé de 32 ans et femme de 30 ans)

Il s'agit de douleurs abdominales diffuses à type de picottement sans irradiation dans un cas. Dans l'autre cas ce sont des épigastralgies à type de picottement irradiant vers l'hypochondre droit. Les troubles digestifs retrouvés sont la diarrhée et la constipation. Une splénohépatomégalie, et une ascite sont observées dans 2 cas.

La fibroscopie a montré des varices œsophagiennes stade III dans un cas.

- L'hépatite virale : 1 cas (homme de 33 ans)

Il s'agit d'épigastralgies dont la nature n'a pas pu être précisée par le malade. Les troubles accusés sont la diarrhée et les vomissements.

L'examen physique est normal. Le dosage des transaminases (520 unités internationales) a permis de s'orienter vers ce diagnostic.

d/ Les affections pancréatiques

- La pancréatite chronique non calcifiante : 1 cas (femme de 32 ans)

Ce sont des douleurs abdominales, de siège épigastrique à type de sensation de corps étranger irradiant vers le dos et le grile costal.

A ces épigastralgies s'associe un état dépressif réactionnel déclenché à la suite du décès d'un enfant. A l'interrogatoire on retrouve des antécédents de douleurs abdominales dont le début remonte à 3 ans.

Nous avons retrouvé des anomalies de la glycémie à l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée. Cependant la radiographie de l'abdomen sans préparation ne montre pas d'anomalies. Seul le dosage des amylases dans le sang (450 unités internationales, taux normal : 10 à 50 unités internationales) et dans les urines (900 unités internationales, taux normal : 10 à 210 unités internationales) nous a permis de nous orienter vers cette affection.

- La pancréatite chronique calcifiante : 1 cas (homme de 43 ans)

Le siège décrit par le patient est l'hypochondre gauche à type de picotement très atroce irradiant à tout l'abdomen et vers le dos, obligeant le malade à se plier en deux (couché en chien de fusil). Les antécédents de notre patient sont assez notables : etylisme, des épisodes de douleurs abdominales siégeant à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Cependant un amaigrissement accompagne le seul cas diagnostiqué.

Le diagnostic a été posé en pré opératoire confirmé à Paris par le scanner et l'examen anatomopathologique. Il s'agit bien d'une pancréatite chronique calcifiante diffuse.

- Le faux kyste du pancréas : 1 cas (homme de 48 ans)

Les douleurs sont de siège paraombilical, irradiant à tout l'abdomen obligeant le patient à se coucher en chien de fusil. A l'examen physique on découvre une tuméfaction allant de l'hypochondre gauche à l'épigastre.

Notre patient n'avait aucun antécédent. La ponction de cette tuméfaction a ramené un liquide riche en amylase (214 unités Caraway avec un taux normal de 160 unités caraway).

Ce faux kyste suspecté à la laparoscopie a été confirmé en per opératoire.

- La pancréatite aigüe : 2 cas (1 femme de 32 ans et 1 homme de 30 ans)

La douleur est très variable dans ses caractères. Le siège n'est pas le même chez tous les patients. L'hypogastre et la fosse iliaque gauche sont les sièges décrits. Les douleurs abdominales sont soit à type de coup de poignard soit à type de sensation de brûlure d'intensité forte entraînant le malade à prendre une position antalgique dans les 2 cas.

Dans les 2 cas la radiographie de l'abdomen sans préparation est strictement normal. Il n'y a aucune anomalie de la glycémie. C'est le taux élevé des amylases sérique et urinaire qui a permis d'évoquer ce diagnostic de pancréatite aiguë chez ces 2 patients.

- Le cancer du pancréas : 3 cas (2 hommes pour 1 femme, âge plus de 30 ans)

La douleur du cancer du pancréas est décrite par nos patients comme des douleurs abdominales diffuses à type de picotement ou de sensations de corps étranger ou de brûlure; elles irradient soit vers le thorax, soit vers le dos. Parfois aucune irradiation n'est retrouvée.

Les troubles digestifs notés sont la constipation et les vomissements. L'ictère et l'ascite sont observés dans 2 cas.

L'examen physique a été normal dans un cas. Dans le deuxième cas il a mis en évidence un météorisme tardif, un périsaltisme épigastrique allant de gauche à droite et un tympanisme diffus. Dans le troisième cas il s'agit d'une défense de l'hypochondre droit.

Dans un cas la fibroscopie a mis en évidence une prolifération bourgeonnante hémorragique au niveau du duodenum. L'examen anatomopathologique du prélèvement effectué à ce niveau révèle un adénocarcinome.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un patient qui a été opéré d'une tumeur de la face postérieure de l'estomac par le Professeur DEMBELE. Dans le troisième cas ce sont des granulations localisées au foie et au péritoine qui sont observées à la laparoscopie.

e/ Les affections gastroduodénales

- La hernie hiatale par glissement : 1 cas (femme de 61 ans)

La douleur de la hernie hiatale siège à l'épigastre et est à type de piqûre diffusant à tout l'abdomen. A ces épigastralgies s'associent des vomissements très importants. C'est la fibroscopie qui permis de mettre en évidence cette hernie hiatale.

- L'ulcère du pylore : 1 cas (homme de 28 ans)

Dans cette observation, il est responsable d'épigastralgies à type de brûlure irradiant vers les 2 hypochondres.

- Le cancer de l'estomac : 2 cas (femmes âge supérieur à 39 ans)

Dans les 2 cas la douleur du cancer de l'estomac siège à l'épigastre mais le type varie d'une malade à l'autre. Dans un cas c'est le coup de poignard qui a été décrit avec irradiation vers le thorax. Les picottements sont retrouvés dans l'autre cas sans irradiation. Les troubles digestifs sont les vomissements et la constipation.

A l'examen physique on observe une paleur conjonctivale, l'état général reste conservé. La lésion cancéreuse a été visualisée par le fibroscope mais la biopsie faite de visu n'a pas confirmé l'étiologie cancéreuse.

- La bulbite purpurique : 1 cas (femme de 33 ans)

Elle est responsable d'épigastralgies de nature non précise, irradiant vers l'hypochondre droit. La constipation est retrouvée comme trouble du transit. A l'examen physique on note une cicatrice d'appendisectomie et un météorisme localisé au flanc droit, difficile à lier à la bulbite.

- L'ulcère bulbaire : 5 cas (2 femmes pour 3 hommes, âge allant de 23 ans à 53 ans)

Dans les 2 cas ce sont des épigastralgies à type de picottement irradiant vers le rachis dorsal et la fosse iliaque gauche. Les autres sièges décrits par les patients sont l'hypochondre droit, la région paraombilicale. Ces douleurs atypiques par leur siège, sont décrites comme des picottements ou des sensations de brûlure.

Les signes d'accompagnement : les vomissements et la diarrhée sont retrouvés dans un cas; les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz sont observés dans un autre cas.

A l'examen physique on note une fébricule (37° 8 à 38° 9) et un tympanisme localisé au flanc gauche dans un cas. Cette fièvre a disparu sous chloroquine.

f/ Les parasitoses

- La balantidiose : 1 cas (femme de 47 ans)

Ici les douleurs abdominales sont diffuses à type de sensation de constriction. La diarrhée est notée comme trouble du transit. L'examen direct des selles a mis en évidence le balantidium coli.

- La bilharziose intestinale : 4 cas (3 femmes pour 1 homme, âge variant de 13 ans à 36 ans)

Ce sont des épigastralgies dans 3 cas; dans le 4ème cas les douleurs abdominales sont diffuses. Le picotement est le type de douleur souvent décrit. La sensation de brûlure est observée dans un cas. Les irradiations sont rares. Les troubles du transit rencontrés sont la diarrhée, les vomissements, la constipation, isolément ou en association.

Bien sûr que c'est la biopsie de la muqueuse rectale qui a permis de poser ce diagnostic.

g/ Les affections psychiques : 4 cas (3 femmes pour 1 homme, âge allant de 30 ans à 40 ans)

Les douleurs abdominales sont de siège variable. Le siège épigastrique est rencontré dans 2 cas tandis que l'hypochondre droit et l'ombilic sont décrits chacun une fois. Le picotement est observé dans 2 cas, et la sensation de brûlure dans 2 cas.

Les irradiations vers l'hypochondre droit et les irradiations vers le thorax représentent chacun un cas. Les antécédents de dépression nerveuse sont observés une seule fois. Les troubles du transit retrouvés sont la diarrhée et les vomissements. L'examen physique est toujours normal. La note psychique n'a suspecté qu'après un deuxième interrogatoire.

h/ Les salmonelloses : 3 cas (2 femmes pour 1 homme, âge variant de 7 ans à 11 ans)

Les différents sièges rencontrés sont l'hypochondre droit, l'hypogastre et les 2 hypochondres à la fois. Le picotement a été décrit 2 fois sur 3. Dans un cas la nature de la douleur n'a pas pu être précisée. Les irradiations se font vers l'ombilic et vers les membres inférieurs. La diarrhée glairo-sanguinolente associée à des vomissements est notée dans un cas. Dans un cas il s'agit de vomissements et de constipation. Enfin aucun trouble du transit n'est retrouvé dans un autre cas. La pollakiurie et la dysurie sont observées comme troubles urinaires dans les 3 cas.

Les signes généraux : dans 2 cas on note une fièvre (38°, 39°) avec un pouls variable (68 à 120 pulsations par minute). Dans un cas il s'agit d'une fébricule à 37°5 avec un pouls à 120 pulsations par minute. Les vertiges sont signalés dans un cas.

L'abdomen est sensible à la palpation dans un cas; dans les autres cas c'est un météorisme précoce pouvant être diffus ou localisé au flanc gauche qui est retrouvé à l'examen physique.

Celui-ci révèle aussi une hépatomégalie douloureuse avec douleur à l'ébranlement, suggérant une localisation des salmonelles dans le foie. Dans 2 cas le diagnostic a été posé par l'hémoculture. Dans le 3ème cas le tableau s'est résolu sous chloramphénicol.

i/ Les affections urinaires

- Le cancer de la vessie : 1 cas (femme de 50 ans)

Les douleurs abdominales siègent aux 2 flancs, sont à type de picotement et irradient vers l'ombilic. Les signes accusés sont la constipation, les vomissements et la dysurie. Nous n'avons pas retrouvé aucune notion d'hématurie.

A l'examen physique on observe une paleur conjonctivale et un pli cutané. L'examen gynécologique laisse percevoir un liquide clair au niveau de la vulve. Le spéculum met en évidence un orifice fistuleux (vesico-vaginal) d'environ 5 millimètres de diamètre. Au toucher vaginal la paroi antérieure du vagin est cartonnée.

Nous avons donc conclu qu'il s'agit probablement d'un cancer de la vessie.

- La cystite granulomateuse non spécifique : 1 cas (femme de 13 ans)

Il s'agit de douleurs hypogastriques à irradiations diffuses. Le seul trouble urinaire observé est l'hématurie. L'examen physique est normal.

La cystoscopie met en évidence la présence de 3 tuméfactions vésicales.

- La bilharziose urogénitale : 1 cas (homme de 14 ans)

Elle est responsable de douleurs de l'hypochondre gauche à type de piqûre sans irradiation. Les troubles associés sont les vomissements. A l'interrogatoire on retrouve des antécédents d'hématurie.

j/ Les associations

- La bilharziose intestinale et l'hypocalcémie : 1 cas (homme de 30 ans)

Ce sont des épigastralgies à type de sensation de corps étranger auxquelles s'associent des vomissements et une constipation. A l'examen physique on retrouve une hépatomégalie douloureuse, avec une défense de l'hypochondre droit et un tympanisme diffus. La biopsie de la muqueuse rectale a mis en évidence des oeufs clairs et noirs de schistosoma mansoni. On note une hypocalcémie à 1,77 millimoles par litre (taux normal : 2,2 à 2,55 millimoles par litre). Peut être qu'il s'agit d'une association fortuite.

- L'ankylostomiase associée à une toeniase : 1 cas (homme de 25 ans).

Les douleurs abdominales sont diffuses et à type de picotement. A ce tableau s'ajoutent une diarrhée et une fièvre à 39°5 ayant cédé sous chloroquine.

A l'examen direct des selles on observe des larves d'*Ankylostom* et des oeufs d'*Hymenolepis nana*. Dans ce cas il est difficile de dire lequel des 2 parasites est responsable des douleurs abdominales.

- L'amibiase intestinale et la bilharziose urogénitale : 1 cas (femme de 24 ans)

On note des épigastralgies à type de picotement irradiant vers l'hypogastre. Il s'y associent une diarrhée glaireuse et des vomissements. L'examen direct des selles et des urines met en évidence des amibes végétatives et des oeufs clairs de *Schistosoma hematobium*.

- La pancréatite aigüe et l'infarctus du myocarde survenus chez un diabétique de 52 ans se sont traduits par des douleurs siégeant à la fosse iliaque gauche très atroces pliant le malade, à type de picotement, soulagées seulement par la perfusion de xylocaïne. On note une agitation, des sueurs froides, une irritabilité et des troubles du caractère avec tendance au suicide. Par ailleurs le malade vomissait. L'examen physique est normal en dehors d'un tympanisme diffus. Les taux sérique et urinaire des amylases sont très élevés (sang : 700 unités Caraway, taux normal inférieur ou égal à 160 unités Caraway, urines : 1.750 unités Caraway, taux normal inférieur ou égal à 400 unités Caraway). A l'électrocardiogramme on note des ondes Q en V_1 et en V_2 et un bloc de branche droite.

- L'hypertension portale et une toeniase : 1 cas (homme de 29 ans)

Les douleurs abdominales siègent à la fosse iliaque droite à type de piqûre. Elles irradient à tout l'abdomen. A ce tableau s'ajoutent des vomissements et une diarrhée. L'examen physique est normal.

La fibroscopie a visualisé des varices oesophagiennes stade II. Quant à la rectoscopie elle a montré des anneaux de toenia.

- La gastrite érythémateuse et un diabète : 1 cas (femme de 57 ans)

Il s'agit d'épigastralgies à type de sensation de piqûre qui irradient vers l'hypogastre. On observe une paleur conjonctivale à l'examen physique.

La fibroscopie a montré une gastrite érythémateuse chez cette patiente connue diabétique.

- L'annexite et l'endométrite : 1 cas (femme de 23 ans)

Les douleurs sont de siège hypogastrique à type de picotement qui irradient vers le dos et le rectum. On retrouve une constipation. A l'examen physique on note une fébricule à 38° et une paleur conjonctivale. Au toucher vaginal il y a une discrète annexite associée à des leucorrhées purulentes.

k/ Les affections rares dans notre série

- L'hémoglobinosé S C : 1 cas (homme de 25 ans)

La symptomatologie est pauvre. Elle se résume à des douleurs ombilicales à type de sensation de piqûre irradiant vers le dos.

- La pelvipéritonite : 1 cas (femme de 20 ans)

Les douleurs hypogastriques sont à type de picotement et irradient vers les organes génitaux. Les signes accusés sont la constipation, les vomissements, une fièvre à 39° et des leucorrhées purulentes. On observe une défense localisée à la fosse iliaque droite et à la région ombilicale; cependant l'abdomen reste souple.

- L'hyperthyroïdie : 1 cas (femme de 56 ans)

Les douleurs de l'hyperthyroïdie sont de siège paraombilical à type de sensation de piqûre et qui irradient vers l'épigastre. On observe une constipation.

A l'examen physique on retrouve une légère paleur conjonctivale et un goître nodulaire non soufflant. Les hormones thyroïdiennes sont élevées (T₃ : 225 nanogrammes par décilitre, taux normal 55 à 160 nanogrammes par décilitre, T₄ : 15 microgrammes par décilitre, taux normal 4 à 10 microgrammes par décilitre).

A la scintigraphie on retrouve un goître nodulaire plongeant avec un P.B.T. élevé.

- L'angor de poitrine : 1 cas (femme de 60 ans)

Ce sont des épigastralgies liées à l'effort sans irradiation. On note des vomissements. A l'auscultation cardiaque on retrouve une tachycardie à 120 battements par minute et des extrasystoles.

Il s'agit d'une patiente qui a des antécédents d'infarctus du myocarde.

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Les douleurs abdominales représentent l'un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation dans le service de médecine interne du Point G. C'est ainsi qu'en 1983 sur 529 malades vus en consultation externe par le Docteur HANMAR ALASSANE TRAORE 82 malades ont consulté pour douleurs abdominales soit 15,5 %.

En 1984 sur 1.255 malades vus en consultation externe, 331 patients souffraient de douleurs abdominales non spécifiques soit 26,3 %. Elles sont souvent non spécifiques d'une affection donnée.

Aucune étude n'a été faite jusqu'ici en Afrique et en particulier au Mali dans ce domaine.

Elles posent des problèmes de diagnostic et de thérapeutique même dans les pays économiquement développés (1, 5, 7, 10, 17).

Le seul critère de sélection dans notre étude est le malade présentant des douleurs abdominales seules ou associées à d'autres symptômes quelque soit l'âge. Les malades hospitalisés pour douleurs abdominales seules constituent 65,11 % de notre échantillon, tandis que ceux hospitalisés pour douleurs abdominales associées à d'autres symptômes représentent 34,88 % des cas.

Des 1.322 malades hospitalisés dans le service de médecine interne (A, B, C et D) de Janvier 1984 à Avril 1985 86 malades souffraient de douleurs abdominales (6,50 %).

Dans l'étude faite par BREWER (R.J.) et al (5) les patients ayant un âge inférieur à 16 ans qui ont des antécédents de traumatisme abdominal récent étaient exclus.

Alors que dans la communication faite par A.R.C. et A. U.R.C. (1) il faut que les patients hospitalisés aient un âge supérieur à 15 ans et que la durée de la symptomatologie ne doit pas être inférieure à 7 jours.

Pour recueillir les données nous avons établi une fiche clinique (voir exemplaire) pour tous nos malades qui ont d'ailleurs bénéficié d'un examen clinique complet.

Nos examens complémentaires sont des examens de débrouillage parmi lesquels on distingue des examens systématiques (urée, glycémie, amylasémie, amylasurie, selles, urines, fibroscopie, biopsie de la muqueuse rectale, rectoscopie) et des examens non systématiques qui ne sont demandés qu'en fonction de nos hypothèses diagnostiques.

Ils sont constitués par un bilan hépatique (transaminases, bilirubine, l'antigène australia, alphafoetoprotéine, sérologie amibiennne), l'hémoculture, l'électrocardiogramme, la radiographie de l'abdomen sans préparation, le lavement baryté, l'urographie intraveineuse, le sérodiagnostic de Widal, la calcémie, la coelioscopie, la laparoscopie, la ponction à l'aiguille fine, le dosage des prolans A, le dosage des hormones thyroïdiennes et...

Il faut noter qu'il n'a pas été possible de faire systématiquement tous les examens chez tous les malades pour des raisons diverses : négligence du personnel médical, manque de réactifs, panne technique (fibroscopie et rectoscopie), malades non coopérants, malades transférés en chirurgie, malades indisciplinés, malades sortis sur leur demande pour des raisons économiques et qui ne reviennent plus, malades décédés très tôt avant que le bilan ne soit au complet, refus du malade, malades évadés.

Les difficultés rencontrées pour la réalisation des examens radiologiques sont dues au manque de films à l'hôpital. Les cultures n'ont pas été possibles par manque de milieu de culture à l'I.N.R.S.P. (Institut National de Recherche en Santé Publique).

De nombreuses étiologies sont responsables de ces douleurs abdominales mais il apparaît que le groupe le plus important dans notre série soit constitué par les douleurs abdominales non étiquetées (soit 19,76 %). Dans certains cas c'est le suivi qui a permis de retrouver une étiologie (10).

Les affections les plus fréquentes par ordre décroissant sont les affections hépatiques (16,27 %), les affections de l'estomac et du duodénum (11,62 %), les affections du pancréas (9,93 %), les affections gynécologiques (6,97 %), les affections du colon et de l'appendice (5,81 %), les parasitoses (5,81 %), les affections psychiques (4,65 %), les fièvres typhoïdes (3,48 %), les affections urinaires (3,48 %), les affections cardiaques (1,16%), les hémoglobinopathies (1,16 %), les affections inflammatoires du pelvis (1,16 %), les affections thyroïdiennes (1,16 %).

Cependant on rencontre couramment l'association de différentes pathologies telles que une maladie métabolique et une affection gastrique, associant de deux affections gynécologiques, affections hépatiques associées à une parasitose, affections pancréatiques et un infarctus du myocarde survenus chez un diabétique. etc...

Il est difficile de savoir laquelle des affections est responsable de la douleur.

Très souvent les parasitoses se trouvent associées à ces affections citées ci-dessus.

Les affections les plus fréquentes dans les études antérieures (1, 5, 7, 10) sont les affections digestives (les appendicites, les cholécystites aiguës, les occlusions intestinales, les perforations d'ulcère gastro-duodénal) et les étiologies extra digestives (les pelvipéritonites et les infections de l'arbre urinaire).

Le pourcentage des douleurs abdominales d'étiologie inconnue est également élevé, selon les études françaises (1) il est de 21 %; alors qu'il est de 45 % dans l'expérience de WILSON (D.H.) et al (23).

Dans les études de BREWER (R.J.) (5) et de DOMBAL (F.T. de) (7) et de LUKACS (B.) et HAY (J.M.) (10) ce pourcentage est respectivement de 41,3 %, 43 % et 60,13 %.

En ce qui concerne la répartition des douleurs abdominales en fonction de l'âge et du sexe, c'est surtout chez les sujets jeunes entre 21 ans et 40 ans avec une prédominance du sexe féminin. Le sexe ratio est de 0,75.

Les études faites par différents auteurs ne montrent pas de résultats concordants.

C'est ainsi que pour BREWER (R.J.) (5) 40% de la population avaient un âge compris entre 15 et 24 ans alors que l'étude française (1) trouve un âge supérieur à 15 ans.

Pour d'autres auteurs comme LUKACS (B.) et HAY (J.M.) (10) l'âge est supérieur à 50 ans pour la majorité de la population.

Notre étude concorde avec celle d'auteurs américains (5) sur les douleurs abdominales qui sont moins fréquentes chez les patients dont l'âge est supérieur à 65 ans.

Dans notre série, l'ethnie bambara est la plus frappée par les douleurs abdominales soit 31,39 %. La prédominance de cette ethnie s'explique par la prédominance de l'ethnie bambara à Bamako. Ensuite viennent les peulhs (27,74 %), les sarakolés (12,79 %), les malinkés (11,62 %), les autres (10,46%), les sonrhais (3,48 %) et les kassonkés (3,48 %).

Selon la profession, les ménagères prédominent dans notre série, elles sont peut être soumises à de multiples problèmes socio-économiques. Ce sont ensuite les fonctionnaires (16,27 %), les étudiants (15,11 %), les commerçants (11,62 %), les manoeuvres (8,13 %) et les cultivateurs (8,13 %).

52,32 % de nos patients résident à Bamako et dans sa banlieue. Le deuxième rang est occupé par la région de Kayes car elle est desservie par le chemin de fer, les évacuations sont plus faciles.

Nous avons constaté que plus on s'éloigne de Bamako plus cette fréquence diminue. La raison de cette diminution réside dans le fait que les autres régions sont enclavées et que les évacuations sont difficiles.

L'aire géographique n'a aucune influence en ce qui concerne la survenue des douleurs abdominales. L'expérience de DOMBAL (F.T. de) (7) confirme cette idée.

En ce qui concerne les antécédents, il faut noter l'extrême fréquence des parasitoses (bilharziose urogénitale, syndrome dysentérique etc...) comme antécédents médicaux qui représentent 77,90 %. Ces antécédents médicaux ont permis de s'orienter vers un diagnostic dans 5 cas.

Les antécédents médico-chirurgicaux (12,79 %) ont permis d'aboutir à un diagnostic dans 4 cas. Ce sont des antécédents d'hystérectomie et de bilharziose urogénitale ou de syndrome dysentérique chez 2 patientes déjà opérées pour cancer du col utérin. Dans un cas il s'agit d'antécédents de prolapsus utérin et de syndrome dysentérique qui sont retrouvés. Dans le 4ème cas ce sont des antécédents d'une ablation d'une tumeur de la tête du pancréas et de bilharziose urogénitale qui ont été notés.

Dans l'étude de EISENBERG et al (8) les antécédents recherchés sont des antécédents de traumatisme abdominal ou de consommation d'alcool, des antécédents chirurgicaux, de tumeur abdominal, d'obstruction intestinale, de diverticulite, d'hémorragie digestive, de lithiase biliaire, de pancréatite ou d'ulcère peptique. Il faut noter que les antécédents de traumatisme abdominal n'ont pas été recherchés chez nos patients.

Le siège épigastrique représente 36,04% par rapport aux autres sièges. Il ne correspond pas à un organe bien déterminé.

Les affections les plus couramment rencontrées sont les affections gastro-duodénales, les affections parasitaires, les affections hépatiques, les affections de l'appendice et avec leurs complications, les affections psychiques.

On pensera rarement à l'angor, à la pancréatite chronique non calcifiante et à la ventro-fixation utérine.

Les douleurs hypogastriques sont observées dans les affections gynécologiques, les affections pancréatiques, les salmonelloses, l'inflammation du pelvis et les affections urinaires.

Les douleurs abdominales diffuses ne sont pas spécifiques d'un organe donné car elles sont rencontrées par ordre de fréquence dans les affections pancréatiques, hépatiques, gynécologiques et parasitaires. Rarement les affections duodénales s'expriment par des douleurs abdominales diffuses.

Le picotement est le type de douleur couramment décrit par les patients. Il représente 40,69 % des cas.

Les sensations de piqure, de picotement sont observées dans les affections hépatiques (8 cas) et gastro-duodénales (8 cas). Dans les affections pancréatiques ce sont les sensations de brûlure (2 cas), de corps étranger (2 cas), de picotement (2 cas) et de coup de poignard (1 cas) qui sont décrits.

La sensation de picotement est aussi rencontrée dans certaines étiologies telles que les affections gynécologiques (4 cas), parasitaires (2 cas), psychique (2 cas) et infectieuses (2 cas).

Le type de la douleur non plus n'est pas spécifique d'une affection donnée.

Les irradiations sont multiples et ne permettent pas de s'orienter vers un diagnostic précis.

Les épigastralgies sans irradiation constituent le groupe le plus important.

Les parasitoses occupent la première place dans ce groupe dans notre série. Ensuite viennent les affections de l'appendice (2 cas), certaines affections de l'estomac (cancer de l'estomac, 1 cas), du foie (hépatite virale, 1 cas) et du cœur (1 cas).

Les épigastralgies irradient uniquement vers le thorax dans les affections gynécologiques dans notre série (1 cas), indifféremment vers le thorax, le rachis dorsal, la fosse iliaque gauche ou les 2 hypochondres dans les affections de l'estomac et du duodénum (5 cas) de notre échantillon.

Au niveau du siège hypogastrique, les irradiations qui se font vers les organes génitaux sont retrouvées dans certaines affections pancréatiques (pancréatite aigüe 1 cas) et inflammatoires du pelvis (1 cas); alors que les irradiations vers le rectum et vers le dos sont retrouvées dans les affections gynécologiques (annexite et endométrite 1 cas).

Les douleurs siégeant à l'hypochondre droit n'irradient pas dans la majorité des cas. Il s'agit de certaines affections hépatiques (2 cas), duodénales (1 cas) et psychiques (1 cas).

Au niveau de l'hypochondre gauche les irradiations vers le dos et à tout l'abdomen sont observées dans un seul cas de pancréatite chronique calcifiante.

Les affections siégeant au niveau paraombilical irradient soit vers l'épigastre (hyperthyroïdie 1 cas) ou sont responsables d'irradiations diffuses (faux kyste du pancréas 1 cas).

Les douleurs ombilicales irradient vers le thorax, le dos et l'hypogastre dans les affections telles que le syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal, l'hémoglobinoïde S C, et la diverticulose du colon transverse.

Au niveau de la fosse iliaque gauche, la pancréatite aigüe est rencontrée comme affection responsable de douleurs abdominales avec irradiation vers le dos et les membres inférieurs.

Parmi les douleurs abdominales diffuses, celles du pancréas et du foie occupent le premier rang avec un pourcentage de 6,96 %.

Au niveau de la fosse iliaque droite, le cancer primitif du foie (1 cas) et le cancer de l'ovaire (1 cas) irradie soit vers le coccyx, soit vers les membres inférieurs et vers le dos.

Les vomissements sont observés dans les affections gynécologiques (4 cas), dans les affections de l'estomac (2 cas), de l'appendice (3 cas), du foie (2 cas), du pancréas (2 cas), dans la bilharziose intestinale (1 cas), dans un cas d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales, et dans un cas de bilharziose urogénitale.

La diarrhée a été retrouvée dans les parasitoses (2 cas) mais aussi dans les affections psychiques telles que le syndrome dépressif se traduisant par des douleurs abdominales et le syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal.

La constipation a été notée dans les affections gynécologiques (annexite et endométrite 1 cas, la ventro-fixation utérine 1 cas), pancréatiques (cancer du pancréas 1 cas), hépatiques (hypertension portale 1 cas), duodenale (bulbite purpurique 1 cas) et thyroïdiennes (hyperthyroïdie 1 cas).

L'association diarrhée vomissements est rencontrée avec le même ordre de fréquence dans les affections suivantes : la pancréatite aigüe (1 cas), les salmonelloses (1 cas), l'ulcère duodénal (1 cas), l'hépatite virale (1 cas) et l'hypertension portale associée à une toeniase (1 cas).

L'association constipation et vomissements est observée dans les affections malignes (cancers de l'estomac 1 cas, du pancréas 1 cas, de la vessie 1 cas, du col utérin 1 cas), dans les salmonelloses (1 cas), la pelvipéritonite (1 cas), la bilharziose intestinale (1 cas) et dans l'angor (1 cas).

L'arrêt des matières et des gaz associé à des vomissements a été retrouvé dans un cas d'ulcère bulbaire et dans l'appendicite compliquée (1 cas). Ces troubles sont surtout fréquents chez les femmes.

Les troubles urinaires ne sont pas rares car sur 86 patients 20 se plaignent de troubles urinaires.

La dysurie a été retrouvée dans l'appendicite compliquée (2 cas), dans les affections malignes (cancer de la vessie 1 cas, cancer du col utérin 1 cas), dans les salmonelloses (1 cas), la pelvipéritonite (1 cas), l'hypertension portale (1 cas). L'hématurie a été notée une seule fois dans la cystite granulomateuse non spécifique.

L'association pollakiurie dysurie a été observée dans les affections hépatiques (abcès du foie 1 cas, la bilharziose hépatique suspectée 1 cas, l'amibiase hépatique 1 cas), dans les parasitoses (bilharziose intestinale 1 cas) et dans les salmonelloses (1 cas).

Aucun trouble urinaire n'a été retrouvé chez 66 patients. Les affections hépatiques occupent le premier rang. Viennent ensuite les affections duodénales, pancréatiques, gynécologiques, parasitaires, psychiques et du colon et de l'appendice.

Il faut noter que les troubles gynécologiques sont fréquents, car sur 49 patientes, 14 seulement étaient exemptes de tout trouble gynécologique.

Les amenorrhées constituent les troubles gynécologiques les plus fréquents. La ménopause n'est certainement pas en rapport avec les affections telles que le cancer de l'estomac (1 cas), la hernie hiatale (1 cas), l'angine de poitrine (1 cas), l'hyperthyroïdie (1 cas), le cancer de l'ovaire (1 cas) et la bilharziose hépatique suspectée (1 cas).

Nous avons rencontré des amenorrhées associées à un cancer du pancréas, de l'estomac, du col utérin, dans le syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal. Ce qui est classique, car toute affection grave et chronique, organique ou psychique peut être responsable d'amenorrhée.

Les examens complémentaires ont été d'inégale valeur diagnostique. Le dosage de l'urée a été normal chez nos patients. Le dosage des amylases dans le sang et dans les urines chez 63 patients sur 86 a montré des taux élevés. Il nous a permis de s'orienter vers une affection pancréatique 6 fois. Mais cette élévation des taux sérique et urinaire n'est pas constante dans les pancréatites car elle peut manquer au cours d'authentiques pancréatites aiguës et inversement elle peut se voir dans d'autres syndromes abdominaux (par exemple la perforation gastro-duodénale, l'infarctus mésentérique, les oreillons etc...). Les amylases ne peuvent être prises en considération que lorsque le taux est très élevé.

Mais l'expérience de VEIT (R.) et HUGUIER (II.) (19) montre que le signe biologique le plus sensible et le plus spécifique semble être l'élévation du rapport de clairance de l'amylase et de la créatinine. Cette valeur a été confirmée par des études prospectives qui ont montré que le rapport clairance amylase sur clairance créatinine multiplié par 100 restait normal dans les syndromes aigus de l'abdomen qui pouvaient s'accompagner d'une élévation des taux sérique et urinaire d'amylase, qu'ils soient dus à une perforation d'ulcère, ou à une cholécystite aiguë. Ce rapport est normal dans le cancer du pancréas, et dans les pancréatites chroniques.

Il nous a été impossible de faire le dosage de ce rapport clairance amylase sur clairance créatinine.

L'examen direct des selles effectué sur 76 patients a permis un diagnostic dans 3 cas soit 3,48 % (amibes végétatives, balantidium coli, ankylostome, Hymenolepis nana). Dans 4 autres cas il s'agit de parasitoses associées à d'autres affections.

L'examen direct des urines réalisé chez 77 patients a permis de poser un diagnostic dans un cas (schistosoma hématobium), mais il a mis en évidence des parasitoses chez certains patients souffrant d'autres affections. C'est dire que cet examen a été peu rentable dans notre série.

A l'opposé 5 fois sur 72, seule la schistosomiase révélée par la biopsie de la muqueuse rectale pouvait rendre compte des douleurs abdominales. Dans 7 autres cas, cette schistosomiase était associée à d'autres affections.

La rectoscopie a été peu rentable. Elle a mis en évidence des anneaux de toenia. Cependant il faut noter que chez la plupart de nos patients la muqueuse anorectale est inflammatoire et tapissée ou non de glaire ou d'enduits crémeux. S'agirait-il de rectite d'étiologie non déterminée pouvant expliquer les douleurs abdominales?

La fibroscopie a été très rentable par rapport aux autres examens complémentaires. Sur 69 fibroscopies effectuées 15 ont été concluantes (affections gastro-duodénales 12 cas, hypertension portale 2 cas, tumeur de la tête du pancréas 1 cas).

Quant à la numération formule sanguine dont l'importance est notée dans les affections responsables d'hémolyse aigüe, dans notre série nous n'avons recensé qu'un seul cas d'hémoglobinosé S C. Elle a permis de révéler une anémie dans 16 cas dont les caractères sont très variables. Cette anémie était de type hypochrome et/ou microcytaire dans 10 cas (4 cas de cancer, 2 cas de salmonellose, un abcès du foie, une hypertension portale, une schistosomiase hépatique, une grossesse extra utérine rompue); 4 fois nous avons noté un type normochrome normocytaire arégénérative (1 cancer primitif du foie, une balantidiose, un cancer ovarien, une grossesse extra utérine rompue).

Les anomalies de la lignée blanche qui ont été retrouvées sont l'hyperleucocytose et l'hyperéosinophilie. Cette hyperleucocytose est observée dans l'appendicite, dans le cancer de la tête du pancréas, dans la cystite granulomateuse non spécifique, dans 2 cas de douleurs abdominales non étiquetées.

Quant à l'éosinophilie qui a été notée 10 fois, elle est surtout le fait de la bilharziose intestinale (3 cas); nous n'avons pas retrouvé d'étiologies satisfaisantes aux 7 autres cas.

L'hémoculture faite 3 fois seulement a permis un diagnostic dans 2 cas de salmonellose soit 2,32 %.

La ponction à l'aiguille fine effectuée dans le diagnostic des gros foies a permis d'aboutir à un diagnostic dans 3 cas soit 3,48 %.

Le lavement baryté a mis en évidence dans 2 cas, une diverticulose du colon transverse et un mégacolon sigmoïde, soit 2,32 %.

Les transaminases, le dosage des hormones thyroïdiennes, des pro-lans A, la cystoscopie et la coelioscopie ont permis chacun un diagnostic dans un cas.

Sur les 15 dosages de calcémie effectués nous avons rattaché dans un cas une hypocalcémie à une pancréatite chronique calcifiante.

Sur les 22 prélèvements effectués, l'alphafoetoprotéine a été positive une seule fois.

La sérologie amibienne a permis un diagnostic dans 2 cas soit 2,32%.

La laparoscopie a été concluante 3 fois sur 5 notamment dans 2 cas de cancer primitif du foie et dans un cas de faux kyste du pancréas suspecté.

L'électrocardiogramme a permis un diagnostic dans un seul cas d'infarctus du myocarde, dans les 3 autres cas il a montré des troubles de la repolarisation qui n'ont pas été rattachés à des affections précises.

La culture du pus, l'urographie intraveineuse et la radiographie de l'abdomen sans préparation n'ont pas permis de faire un diagnostic dans notre série.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a orienté vers une fausse piste par la révélation de niveaux hydroaériques signant habituellement une occlusion. C'est l'intervention chirurgicale qui a dressé le diagnostic (abcès du foie).

L'expérience d'EISENBERG et al. (8) a montré 179 anomalies sur 1.720 radiographies de l'abdomen sans préparation faites systématiquement chez les patients souffrant de douleurs abdominales.

Il s'agit d'examen de débrouillage mais on peut retenir l'apport diagnostique de certains examens tels que la fibroscopie qui a été la plus rentable dans le diagnostic des affections gastro-duodénales, la biopsie de la muqueuse rectale dans le diagnostic de la bilharziose intestinale, le dosage des amylases, la numération formule sanguine qui a montré une anémie d'étiologies diverses dont les facteurs sont intriqués et les examens directs de selles et d'urine.

L'hémoculture, la ponction du foie à l'aiguille fine, le lavement baryté, la laparoscopie, la sérologie amibienne ont été assez rentables.

Les transaminases, la coelioscopie, la rectoscopie, le dosage des hormones thyroïdiens, la cystoscopie, le dosage des prolans A, l'alpha foeto-protéine, la calcémie, la radiographie de l'abdomen sans préparation ont été peu rentables.

Enfin les examens tels que l'urographie intraveineuse, le serodiagnostic de Widal, la coproculture, l'uroculture, la culture du pus, l'urée, la glycémie n'ont pas été rentables dans notre série.

Dans notre série les affections retrouvées par ordre de fréquence sont :

- Les affections hépatiques qui constituent les étiologies les plus fréquentes. Elles représentent 16,27 % des cas. Il s'agit notamment du cancer primitif du foie (4,65 %), de la suspicion de la bilharziose hépatique, de l'amibiase hépatique, de l'hypertension portale, de la cholécystite aiguë, de l'abcès du foie, de l'hépatite virale et de la cirrhose tuberculoïde.

Viennent ensuite les autres pathologies par ordre décroissant.

- Les affections gastro-duodénales (11,62 %), parmi lesquelles nous distinguons le cancer de l'estomac, la hernie hiatale par glissement, l'ulcère du pylore, la bulbite purpurique et l'ulcère bulbaire (5,81%).
- Les affections pancréatiques (9,30 %) retrouvées sont le faux kyste du pancréas, la pancréatite chronique non calcifiante, la pancréatite chronique calcifiante, la pancréatite aiguë et le cancer du pancréas avec ou sans métastases (3,48 % des affections pancréatiques).
- Les affections gynécologiques sont représentées par la grossesse extra utérine rompue, le cancer du col utérin avec ou sans métastases, le cancer de l'ovaire et la ventro-fixation utérine.
- Les affections du colon et de l'appendice rencontrées sont : le volvulus du colon pelvien, la diverticulose du colon transverse, l'appendicite et ses complications.

- Les parasitoses notées sont la schistosomiase intestinale et la balantidiose.
- Les affections psychiques sont observées dans 4 cas. Il s'agit du syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal, de la somatisation de douleurs abdominales sur un fond de personnalité névrotique, du syndrome dépressif s'étant traduit par un abdomen aigu douloureux, et d'un état d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales.

Une affection psychique ne doit être retenue que dans un contexte bien particulier.

- Les infections sont représentées par les salmonelloses.
- Les affections urinaires sont le cancer de la vessie, la cystite granulomateuse non spécifique et la bilharziose urogénitale.
- Les affections les plus rares sont l'angor, l'hémoglobino-
se S C, l'hyperthyroïdie, la pelvipéritonite.
- Les douleurs abdominales d'étiologie inconnue représentent 19,76 %.

Nos résultats de douleurs abdominales d'étiologie inconnue concordent avec ceux obtenus par les études réalisées en Occident; mais notre pourcentage est plus faible.

Dans l'expérience de DOIBAL (P.T. de) (7) les étiologies les plus fréquentes sont les douleurs abdominales d'étiologie inconnue qui représentent 43 % et les affections retrouvées sont les appendicites aiguës (24,2 %), les cholécystites aiguës (8,9 %), les occlusions du grêle (4 %) et la colique néphritique (3,4 %); alors que chez BREWER (R.J.) (5) les douleurs abdominales d'étiologie inconnue représentent 41,5 % et ce sont les gastroentérites (6,9 %), les affections inflammatoires du pelvis (6,7 %), les infections de l'arbre urinaire (5,2 %), les calculs uretéraux (4,3 %), les appendicites (4,3 %) et les cholécystites aiguës (2,5 %) qui représentent les étiologies.

L'étude menée par A.R.C. et A.U.R.C. (1) a montré que les affections les plus couramment rencontrées étaient les appendicites aiguës (26 %), les cholécystites aiguës (9 %), les occlusions intestinales (8 %), les perforations gastro-duodénales (4 %), les pancréatites aiguës (3 %) et les douleurs abdominales d'étiologie inconnue (21 %).

Dans toutes ces études (1, 5, 7) il s'agit plutôt d'affections chirurgicales que d'affections médicales.

Sur 86 patients hospitalisés pour douleurs abdominales, 17 patients soit 19,76 % souffraient de douleurs abdominales d'étiologie inconnue malgré un bilan de débrouillage. Les femmes sont en grand nombre (11 femmes pour 6 hommes) avec un sexe ratio de 0,54. Nos patients sont jeunes.

Pour SARTRE (17) sur 64 patients, 72 % étaient des femmes. Dans cette même étude les douleurs abdominales d'étiologie inconnue sont fréquentes dans les tranches d'âge de 22 à 40 ans puis de 41 ans à 60 ans. Ces douleurs abdominales d'étiologie inconnue tendent à diminuer vers un âge supérieur à 60 ans.

L'expérience de SARTRE (17) montre que l'évolution de la symptomatologie douloureuse est plus favorable dans les tranches d'âge de 16 à 21 ans que chez les patients ayant un âge supérieur à 60 ans.

La tranche d'âge de nos malades souffrant d'affections psychiques est comprise entre 31 ans et 40 ans; le sexe féminin est prédominant.

Notre faible échantillon ne nous permet pas de tirer une conclusion en ce qui concerne l'influence de l'ethnicité, de la profession, de la résidence. Les antécédents de dépression nerveuse ont été notés une seule fois. Dans 3 cas la symptomatologie douloureuse évolue au moins depuis plus d'un mois. Dans un cas les douleurs abdominales étaient d'apparition brutale. Le siège épigastrique a été retrouvé dans 2 cas. Les autres sièges tels que l'hypochondre droit et l'ombilic représentent chacun un cas. Le picotement et la sensation de brûlure sont les types de douleur retrouvés. Les céphalées, la diarrhée, les vomissements et une fébricule sont les troubles accusés.

En ce qui concerne la confrontation entre le diagnostic et la symptomatologie, on a noté une discordance entre l'un et l'autre.

Dans notre étude les affections hépatiques constituent le groupe étiologique le plus important. Les épigastralgies ne sont pas l'apanage des affections gastro-duodénales. Elles sont le mode d'expression d'hépatopathies diverses : elles sont retrouvées dans le cancer primitif du foie (2 cas), l'hépatite virale (1 cas), l'hypertension portale (1 cas), l'hépatite bilharzienne (1 cas).

Dans ces hépatopathies, les épigastralgies s'accompagnent de diarrhées, de vomissements, ces troubles du transit pouvant être isolés ou associés.

Aussi le diagnostic est-il apporté par les examens complémentaires demandés après une fibroscopie qui a exclu un ulcère gastro-duodénal, envisagé en première intention.

Plus évocateurs de l'amibiase hépatique, de la cirrhose tuberculoïde, du cancer primitif du foie sont les douleurs siégeant dans l'hypochondre droit.

Les vomissements alimentaires peuvent accompagner ces douleurs siégeant à l'hypochondre droit.

Le cancer primitif du foie représente 4,55 % des affections hépatiques. Le sexe masculin est prédominant; ce qui concorde avec les études (19, 22).

Dans l'étude de VINCENTELLI (22) l'âge de survenue en Afrique et en Asie est de 35 ans, alors que cet âge est supérieur à 50 ans dans notre série. Dans la communication (19) l'âge moyen de survenue du cancer primitif du foie chez le sexe masculin est de 46,98 et chez le sexe féminin de 45,59.

Quant aux douleurs abdominales diffuses, elles sont rencontrées avec la même fréquence dans l'hypertension portale, la cholécystite aiguë et l'abcès du foie.

Les signes accompagnateurs retrouvés sont la constipation et l'arrêt des matières et des gaz. Le diagnostic de l'abcès du foie n'a pu être fait qu'à ventre ouvert.

Les douleurs siégeant à la fosse iliaque droite à type de picotement ou de coup de poignard sont observées aussi bien dans le cancer primitif du foie que dans l'hypertension portale associée à une toeniase. La diarrhée ou les vomissements sont retrouvés.

Dans l'amibiase hépatique, le flanc droit et la fosse iliaque gauche sont les 2 sièges accusés. Dans ce cas la sérologie amibienne a été d'un grand apport.

Les affections de l'estomac et du duodenum occupent le deuxième rang après les affections hépatiques.

Dans la majorité des cas, ces affections gastro-duodénales se manifestent par des épigastralgies quelque soit le type de la douleur. Elles sont représentées par l'ulcère du bulbe, le cancer de l'estomac, la bulbite purpurique, la hernie hiatale et la gastrite érythémateuse survenue chez une diabétique.

Les troubles du transit accusés sont soit des vomissements, soit la constipation associée à des vomissements. Mais la douleur de l'ulcère duodénal peut siéger à l'hypochondre droit. Parfois elle peut être de siège para-ombilical ou diffusée à tout l'abdomen.

L'ulcère du bulbe représente 5,81 % des affections ~~gastro-duodénales~~ gastro-duodénales. Le sexe masculin est prédominant; ce qui est conforme avec les études antérieures (2, 12).

Dans les pancréatites aiguës le siège de la douleur est variable. Le siège de la douleur de la pancréatite aiguë a été la fosse iliaque gauche dans 2 cas. Il a été hypogastrique dans un cas. Les troubles digestifs notés sont soit des vomissements, soit de la diarrhée; dans un cas aucun trouble digestif n'a été retrouvé. Toutes nos pancréatites aiguës se sont résolues de façon favorable, peut être qu'il s'agit de formes oedémateuses simples.

Il y a une prédominance des hommes en ce qui concerne l'atteinte pancréatique; nos malades sont relativement jeunes.

Dans l'étude de LEMMEL (J.C.) et al (9) l'âge moyen des patients est de 50 ans avec une prédominance du sexe féminin pour les pancréatites biliaires et ce sont les hommes qui sont prédisposés pour les pancréatites primitives.

En ce qui concerne les pancréatites aiguës nous n'avons noté aucun facteur déclenchant ni de facteur favorisant sauf dans un cas d'antécédent de diabète contrairement à l'expérience de LEMMEL (J.C.) et al (9).

Dans la pancréatite chronique (calcifiante ou pas) la douleur peut siéger à l'hypogastre comme à l'hypocondre gauche. Les irradiations vers le dos sont retrouvées. La diarrhée n'est pas rencontrée; mais nous avons noté l'amaigrissement une seule fois.

La douleur du faux kyste du pancréas est de siège paraombilical avec irradiations diffuses à tout l'abdomen. Aucun antécédent douloureux n'a été retrouvé.

Le cancer du pancréas est responsable de douleurs abdominales diffuses quelque soit le type de la douleur. La constipation et les vomissements sont les signes accusés. Dans 2 cas elles étaient accompagnées d'ictère et d'ascite, mais pas d'hypertension portale pouvant évoquer des métastases hépatiques, et péritonéales.

La douleur est de siège variable dans les affections gynécologiques. Le siège hypogastrique est retrouvé dans l'annexite associée à l'endométrite, dans le cancer du col utérin (1 cas) et dans la grossesse extra utérine rompue (1 cas). Très souvent les vomissements et la constipation accompagnent ces affections. On observe également des troubles des règles tels que : l'amenorrhée et les leucorrhées.

Les douleurs abdominales diffuses sont retrouvées dans le cancer du col utérin (1 cas), mais aussi dans la grossesse extra utérine rompue (1 cas). Les troubles associés sont les vomissements, l'aménorrhée et les métrorragies.

La ventro-fixation utérine est responsable d'épigastralgies s'accompagnant de constipation, de dyspareunie profonde avec une béance du Douglas.

La douleur du cancer de l'ovaire siège à la fosse iliaque avec irradiations vers les membres inférieurs et le dos.

Les épigastralgies sont aussi bien rencontrées dans la bilharziose intestinale que dans certaines associations parasitaires telles que : l'ankylostomiase et une toeniase, l'embriase intestinale et la bilharziose urogénitale. Dans ce cas ~~il~~ est difficile de savoir laquelle des affections est responsable des douleurs abdominales.

Les troubles digestifs comme les vomissements, la diarrhée ou les vomissements associés à la constipation sont observés dans les parasitoses sauf dans un cas où il n'y avait pas de troubles digestifs.

Les douleurs abdominales diffuses sont rencontrées dans la balantidiose (1 cas), et dans la bilharziose intestinale (1 cas). Dans ces 2 cas on note la diarrhée.

L'hypereosinophilie n'est toujours pas retrouvée dans la bilharziose intestinale contrairement à l'étude de DOURGADE (A.) et al (4).

Les affections du colon et de l'appendice peuvent aussi s'exprimer par des épigastralgies; c'est ainsi qu'on peut les retrouver dans l'appendicite et ses complications. A ces épigastralgies il s'y ajoutent des vomissements alimentaires. Dans un cas le diagnostic a été posé en per opératoire.

Le plastron appendiculaire est noté comme cause de douleurs abdominales à sièges multiples (les régions ombilicale et hypogastrique), auxquelles s'associent des métrorragies et des vomissements alimentaires.

Dans notre série l'appendicite diagnostiquée est une forme atypique par rapport au tableau classique d'appendicite décrit par MONDOR (H.) (14), où la fièvre est constante d'une part et d'autre part le signe subjectif dans notre série se résume à des épigastralgies, alors que les signes objectifs est la défense périombilicale.

Quant à la diverticulose du colon transverse, la douleur siège à l'ombilic à type de piqûre, Les antécédents de diarrhée alternant avec des épisodes de constipation sont retrouvés.

Dans le volvulus du colon pelvien, c'est le tableau clinique classiquement décrit.

La symptomatologie des affections urinaires est très variable.

Dans la bilharziose urogénitale, les douleurs ont siégé à l'hypochondre gauche à type de piqûre auxquelles s'associent des vomissements alimentaires. Cette symptomatologie est atypique.

Les douleurs du cancer de la vessie siègent à la fois aux 2 flancs. Les troubles associés sont la constipation, les vomissements et la dysurie.

La cystite granulomateuse non spécifique s'exprime par des douleurs hypogastriques. Il s'y associe une hématurie terminale.

Dans les salmonelloses, les douleurs abdominales peuvent être localisées soit à l'hypogastre, soit à l'hypochondre droit, soit à la fois aux 2 hypochondres. Le type de douleur rencontrée est le picottement. Les irradiations se font soit vers l'ombilic soit vers les membres inférieurs. Il s'agit de diarrhée et de vomissements dans un cas, alors qu'aucun trouble digestif n'a été constaté dans un cas. La constipation et les vomissements sont observés dans un 3ème cas. La température aussi bien que le pouls varient d'un malade à l'autre.

Les douleurs de la pelvipéritonite siègent à l'hypogastre et sont à type de picotement irradiant vers les organes génitaux. Les vomissements, la constipation, la dysurie, des leucorrhées purulentes et une fièvre à 39° accompagnent ces douleurs hypogastriques.

La symptomatologie de l'hémoglobinose S C est pauvre, elle se résume à des douleurs ombilicales à type de piqûre irradiant vers le dos.

L'hyperthyroïdie est responsable de douleurs abdominales de siège paraombilical avec irradiation vers l'épigastre. Seule la constipation est notée comme trouble digestif.

Dans l'angine de poitrine, il s'agit d'épigastralgies liées à l'effort chez une patiente ayant des antécédents d'infarctus du myocarde.

5. C O N C L U S I O N

Les douleurs abdominales constituent un motif fréquent en consultation externe dans le service de médecine interne de l'hôpital du Point G.

Elles posent des problèmes de diagnostic et de thérapeutique même dans les pays développés, car elles ne sont pas spécifiques d'une affection donnée.

Dans notre série les étiologies retrouvées par ordre de fréquence sont

- les affections hépatiques qui représentent 16,27 %. Il s'agit notamment du cancer primitif du foie (4,65 %), de la cholécystite aiguë fortement suspectée, de l'amibiase hépatique, de l'hypertension portale, de l'abcès du foie, de l'hépatite virale, de la cirrhose tuberculoïde et de la suspicion de l'hépatite bilharzienne.
- Les affections gastro-duodénales (11,62 %), parmi lesquelles nous avons le cancer de l'estomac, la hernie hiatale par glissement, l'ulcère du pylore, la bulbite purpurique et l'ulcère du bulbe (5,81 %).
- Les affections pancréatiques (9,30 %) retrouvées sont le faux kyste du pancréas, la pancréatite chronique non calcifiante, la pancréatite chronique calcifiante et le cancer du pancréas avec ou sans métastases (3,48 %).
- Les affections gynécologiques sont représentées par la grossesse extra utérine rompue, le cancer du col utérin, le cancer de l'ovaire et la ventro-fixation utérine.
- Les affections du colon et de l'appendice rencontrées sont le volvulus du colon pelvien, la diverticulose du colon transverse et l'appendicite et ses complications.
- Les parasitoses observées sont la bilharziose intestinale et la balantidiose.
- Les affections psychiques sont retrouvées dans 4 cas : il s'agit du syndrome abdominal aigu survenant dans un contexte dépressif, de la somatisation à type de douleurs abdominales sur un fond de personnalité névrotique du syndrome dépressif réactionnel à un conflit conjugal et l'état d'anxiété avec somatisation des douleurs abdominales.
- Les infections sont représentées par les salmonelloses.
- Les affections urinaires sont le cancer de la vessie, la cystite granulomateuse non spécifique et la bilharziose urogénitale.

Les affections les plus rares dans notre série sont l'angor, hémoglobino-
se SC, l'hyperthyroïdie et la pélvipéritonite.

Ces différentes pathologies sont associées à des parasitoses ou entre elles.

Les douleurs abdominales d'étiologie inconnue constituent 19,76 %. Ce bas pourcentage s'explique d'une part par la petitesse de notre échantillon et d'autre part par le biais de recrutement (malades hospitalisés pour douleurs abdominales associées à d'autres symptômes), mais aussi par le fait que le grand nombre de malades souffrant de douleurs abdominales sont vus en consultation externe.

Avant de poser le diagnostic de douleurs abdominales d'étiologie inconnue il faut que le bilan clinique et paraclinique entrepris à la recherche d'une étiologie s'avère négatif, ce bilan, pouvant inclure une laparoscopie ou une laparotomie non concluante et que la symptomatologie douloureuse disparaisse au cours de l'hospitalisation soit spontanément soit sous l'effet d'un traitement simple et non spécifique.

Nos examens complémentaires sont des examens de débrouillage, mais ils nous ont permis d'établir une conduite à tenir devant des douleurs abdominales non spécifiques.

Devant des douleurs abdominales non spécifiques il faut un bilan simple comprenant une fibroscopie, une biopsie de la muqueuse rectale, le dosage des amylases, la numération formule sanguine, l'examen direct des selles et des urines.

Ce bilan doit être correctement interprété. Lorsqu'il s'avère négatif, le patient doit être reconvoqué régulièrement pendant une année si possible; ce qui permettra de ne pas méconnaître une pathologie.

Il serait souhaitable que l'examen échographique soit pratiqué au **Mali**, car c'est un examen complémentaire irremplaçable dans l'évaluation des douleurs abdominales.

Ce travail préliminaire sur les douleurs abdominales mériterait d'être complété par des études ultérieures./.

6.  I B L I O G R A P H I E

1. A.R.C. et A.U.R.C.
Les douleurs abdominales aiguës de l'abdomen. Société Nationale Française de Gastéroentérologie 221 A.
2. AUBRY (P.)
Diagnostic et traitement actuels de l'ulcère duodenal non compliqué. Propositions pour une stratégie en zone tropicale Médecine d'Afrique Noire 1983 - 30 - 4 - 169 - 175.
3. A.U.R.C. et A.R.C. (Paris) Aide au diagnostic dans les syndromes aigus de l'abdomen M.C.D. 1982 - 11 - 2 - 91.
4. BOURGUADE (A.), DEMIOMPT (J.), et VINCENTELLI (J.M.) Les parasitoses intestinales en pratique médicale courante. M.M, 173, 1979, 7 - 14.
5. BREWER (R.J.) et al
Abdominal pain :
An analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency-room - Amj Surg. 1976 : 219 - 223.
6. Christer Lundstedt¹, Esbjörn Hederström¹, Torsten Holm², Anders Lunderquist¹, Torben Navne², and Torben Owman¹
Gasterointest Radiol 8 : 261 - 266 (1983).
7. DOMBAL (F.T. de)
Acute Abdominal - Pain - An O.M.G.E. Survey, Scand. J. Gastroent., 1979, 14, Supplementum, 30 - 43.
8. EISENBERG (R.L.) et al.
Evaluation of plain abdominal Radiographs in the Diagnosis of abdominal pain.
Annals of Internal Medicine. 1982 ; 97 : N°2 , 257 - 261.

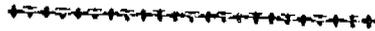
9. LEHRELL (J.C.) et Al
Pancréatites aiguës : problèmes diagnostiques et thérapeutiques de 159 cas opérés M.C.D. 1980 - 9 - N° 3 - 227 - 231.
10. LUKACS (B.) et HAY (J.H.)
Conduite à tenir devant une douleur abdominale non spécifiée :
Rev. Prat. 1984 , 34 , 36 - 1933 - 1935.
11. MATTER (D.) et Al
Approche échographique des abdomens aigus M.C.D. - 1982 - 11 - N° 2 90
12. NEUMAN (E.H.)
Epidémiologie et physiopathologie de la maladie ulcéreuse duodénale
Revue Médicale de Tours - 1983 - 17 - N° 7 - 994 - 996
13. MICHEL (J.L.) et Al
Sémiologie radiologique élémentaire de l'abdomen sans préparation au cours d'un syndrome douloureux de l'abdomen chez l'adulte.
C.C.M. 3 - 11 - 1979 - 101 - 40.
14. MONDOR (H.)
Diagnostic urgent Abdomen - Paris , Masson , 1974 - 1119.
15. NAHMANOVICI et GELAS (M.)
Les salpingites : une nouvelle attitude diagnostique et thérapeutique :
M.M. 194 , 1979 , 7 - 11.
16. SAMUEL (K. J. Snyder), Herbert Hahn (H.)
Diagnosis and treatment of intra abdominal abscess in critically ill patients
Surg - clin - North America vol 62, N° 2 - 1982 - 229 - 239.

17. SARINWU (I.J.)
Abdominal pain of unknown etiology Amj surg 131 (2) : 219 - 23; 1976.
18. Syndromes douloureux abdominaux pelviens. Vie médicale 36, 1971 - 3
4323 - 4442.
19. TIMBO (S.K.)
Nouvelle contribution à l'étude du cancer primitif du foie.
Thèse, Médecine Bamako, 1982 - N° 9.
20. VEIT (R.) , HUGUIER (M.)
Les pancréatites aiguës : étude clinique C.M. - 1982 - 104 - N° 35 -
4945 - 4952.
21. VEIT (R.) , HUGUIER (M.)
Traitement des pancréatites aiguës. C.M. 1982 - 104 - 36 - 5165 - 5179.
22. VINCENTELLI (J.M.)
Epidémiologie des cancers primitifs du foie; M.M ; 296, 1981 - 7 -10.
23. VITAUZ
Douleurs épigastriques aiguës C.M. 1982 - 104 - 20.- 3253 - 3255.
24. WILSON (D.H.) , WILSON (P.D.) , WALLSEYRG , HORROCKS (J.C.),
DE DOMBAL(F.T.)
Diagnosis of Acute abdominal pain in the accident and emergency
departement. Br. J. Surg 1977 , 64 , 250 - 254.

3.5.6.	Les groupes étiologiques en fonction des troubles associés - - - - -	36
3.5.7.	Cas particuliers - - - - -	42
3.6.	Confrontation entre le diagnostic étiologique et la symptomatologie - - - - -	46
4.	C O M M E N T A I R E S E T D I S C U S S I O N S - -	61
5.	C O N C L U S I O N - - - - -	82
6.	B I B L I O G R A P H I E - - - - -	85

./.

S E R M E N T D' H I P P O C R A T E



En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de La médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

