

JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012



Douleurs abdominales atypiques

Pr. Benoit Coffin et Pr. Franck Carbonnel
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Hôpital Louis Mourier/Université Denis Diderot Paris 7
Hôpital de Bicêtre Université Paris Sud

JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012

Conflits d'intérêts

- AUCUN



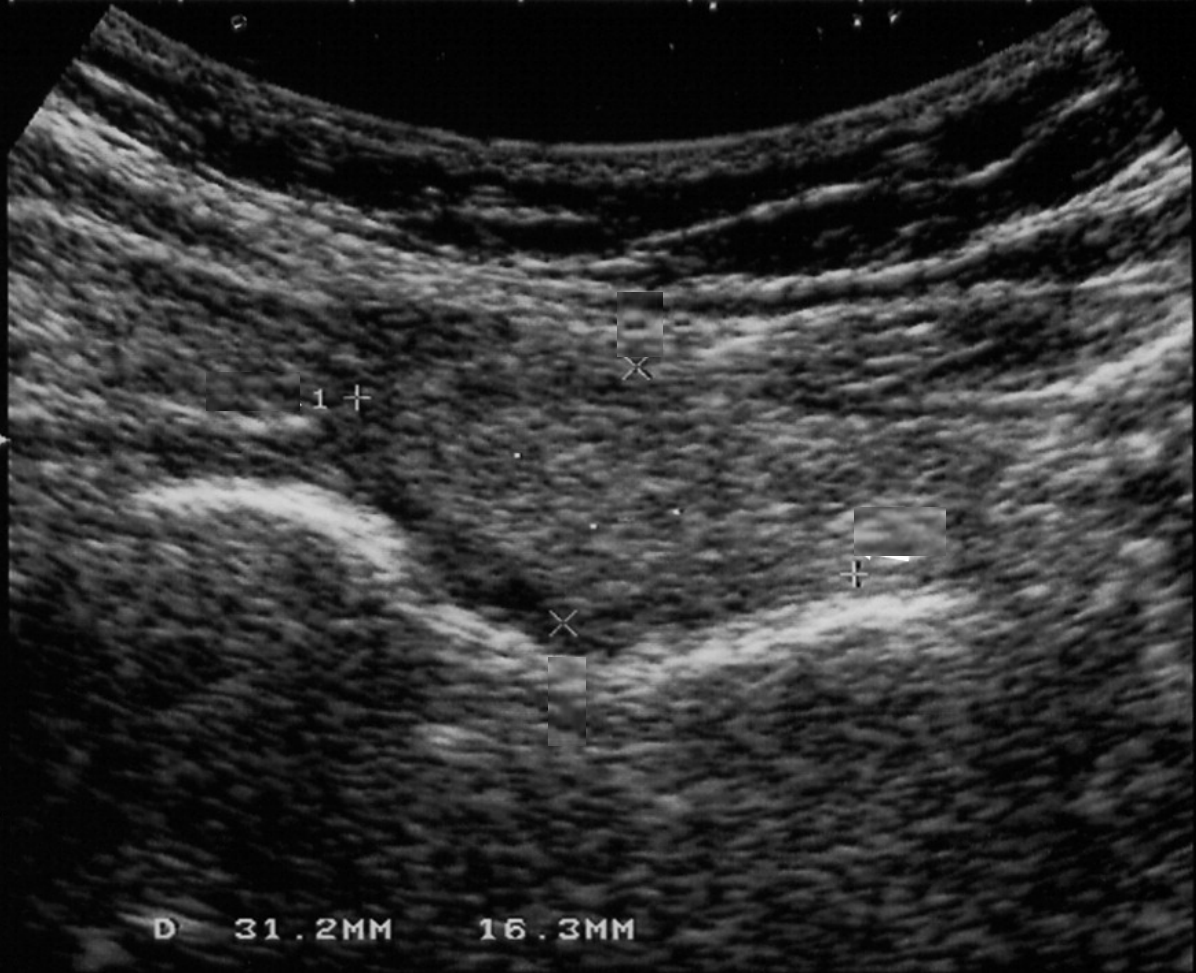
- LES FORMES ATYPIQUES DES PATHOLOGIES FREQUENTES SONT PLUS FREQUENTES QUE LES FORMES TYPIQUES DES PATHOLOGIES RARES

Cas N°1

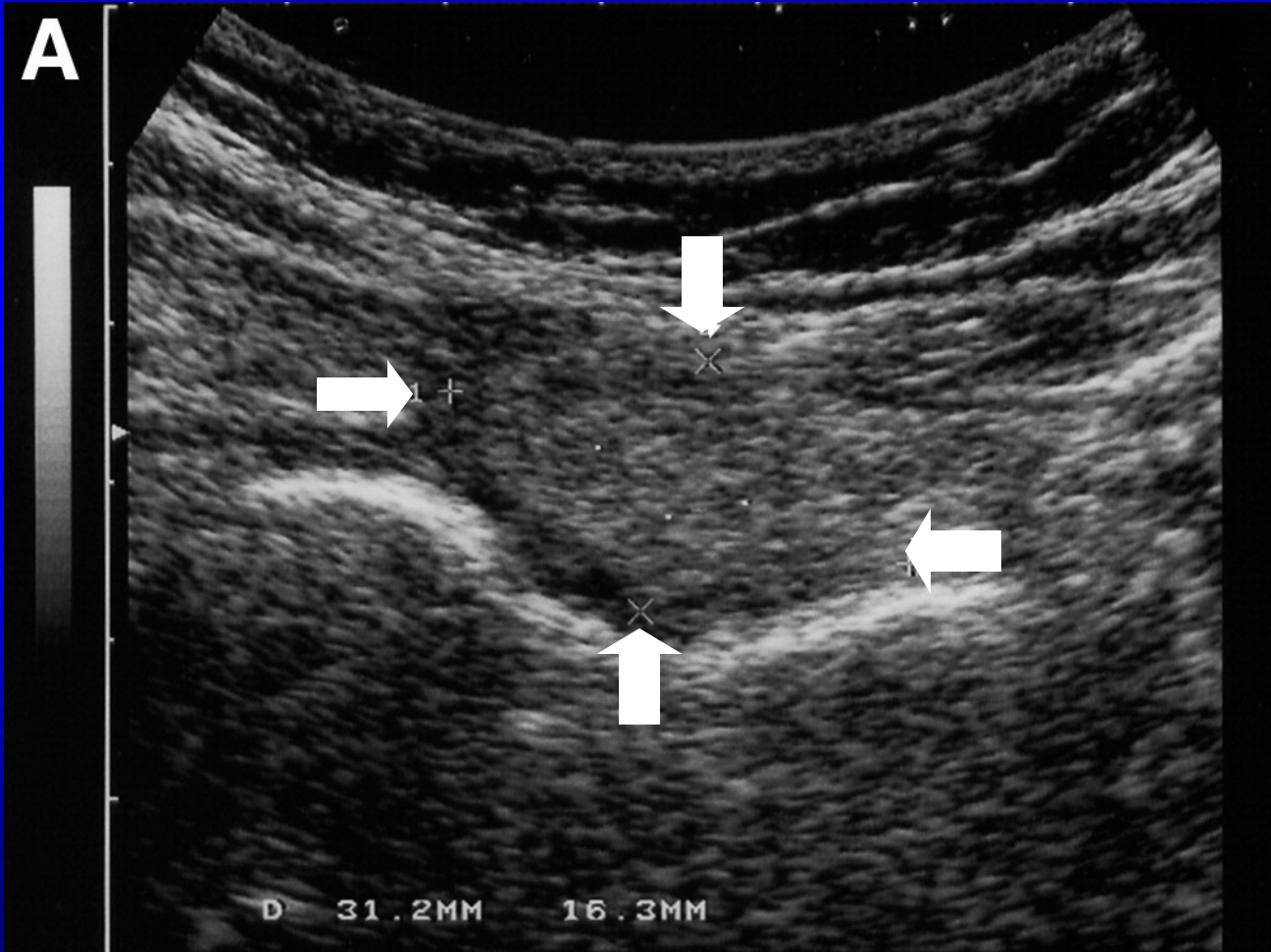
Douleur abdominale aiguë après un déménagement

- Homme 29 ans
- Pas d'antécédent notable sauf une obésité (IMC 30,9 kg/m² ; 1m78, 98 kg)
- Consultation aux urgences pour une douleur abdominale aiguë évoluant depuis 12 heures
- Siège FID, douleur intense sans irradiations, apyrexie, pas de nausées pas de vomissements, transit normal, pas de symptômes uro-génitaux
- Douleur en FID, pas de défense, TR N
- Biologie : NFS, CRP, Iono sang urée creat N

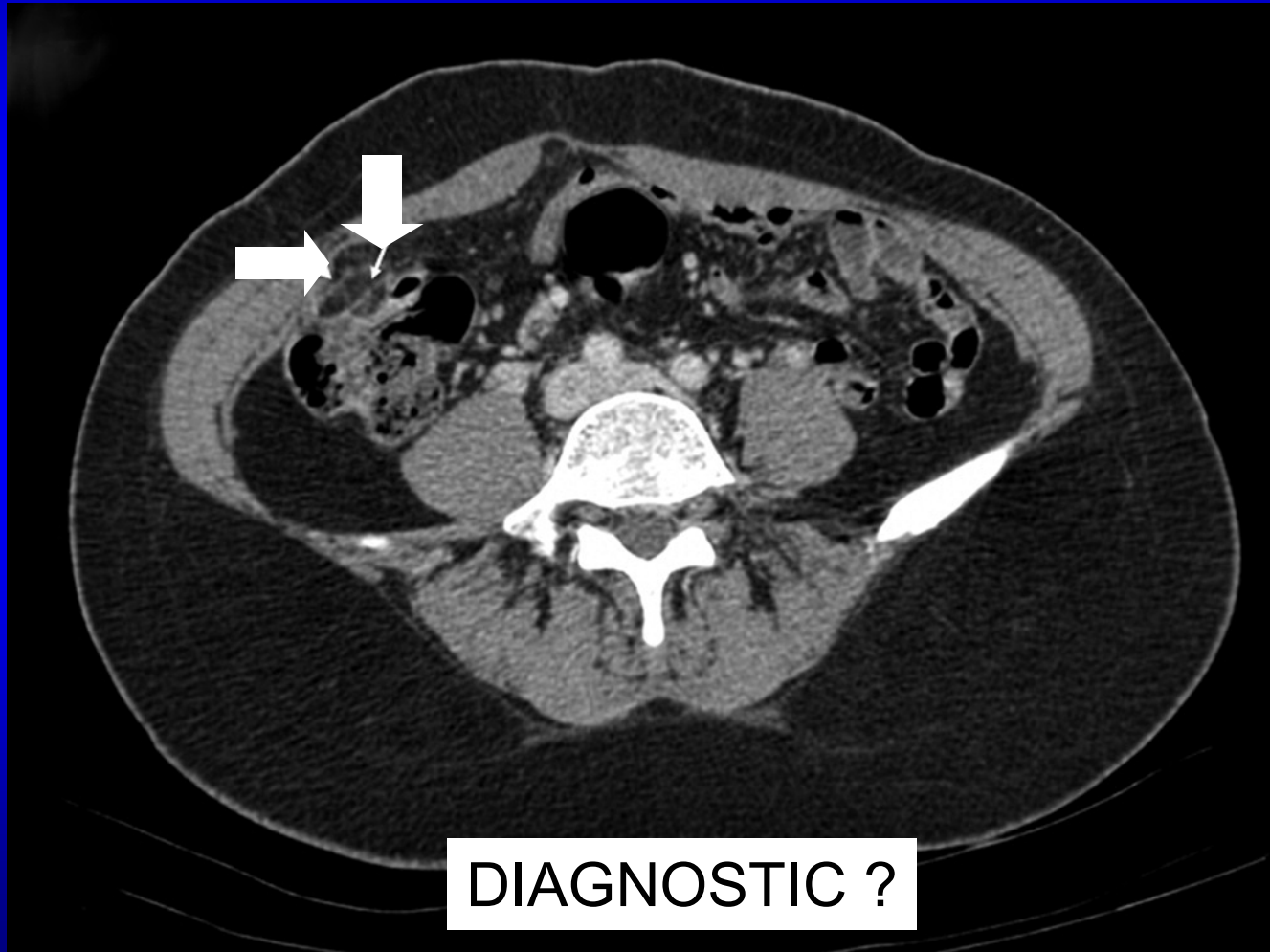
A



D 31.2MM 16.3MM



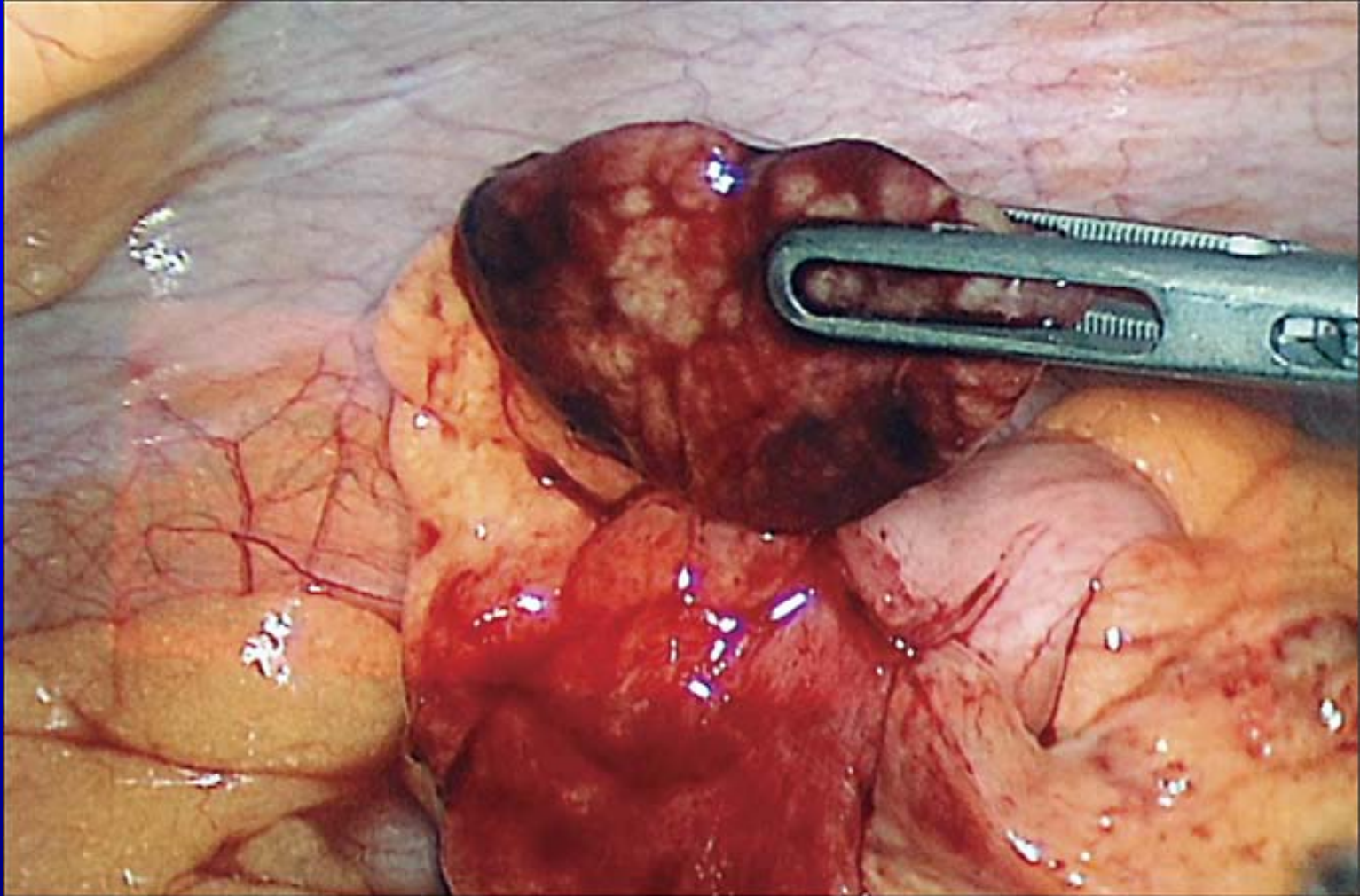




Diagnostic : appendagite aiguë

- Cause rare de douleur abdominale aiguë
- Torsion d'une frange graisseuse épiploïque → ischémie → thrombose
- Diagnostic différentiel : appendicite, diverticulite aiguë selon la topographie
- Mais : apyrexie, absence d'hyperleucocytose et de syndrome inflammatoire
- Echographie : masse échogène avec pourtour hypoéchogène au point douloureux
- Scanner : masse graisseuse, hyper-densité périphérique, en dehors du colon
- Peut être plus fréquent chez obèse
- Traitement : conservateur, antalgique
- Évolution favorable en quelques jours

Appendagite aiguë



Recommandations HAS

ASP et urgences abdominales

- Suspicion de colique néphrétique
- Ingestion de corps étranger

Cas clinique N°2

Douleur abdominale chez une femme jeune

- Femme 24 ans, consulte aux urgences
 - Douleurs abdominales intenses (9/10), évoluant depuis 36 heures
 - Diffuses, sans localisations précises
 - Douleurs lombaires associées précédant la douleur abdominale, non soulagée par la prise de paracétamol (3 g/j)
 - Constipation
 - Myalgies, fourmillement des extrémités
- ATCD : migraines, prise occasionnelle d'AINS
- Tabac, Alcool : 0
- Pas d'ATCD familiaux notables
- Contraception orale EP débutée il y a 1 mois (partenaire stable)

Examen clinique

- Patiente irritable, anxieuse
- TA : 185-120 mmHg, Pouls : 102/min, FR : 32min, 37°2 C
- Abdomen météorisé, sensible, souple
- Examen normal par ailleurs
- Biologie :
 - Valeurs normales : NFS, CRP, Creat, K, Cl, RA, Glycémie, Amylase, Ca
 - Na : 129 mMol/l
- Morphologie : ASP, stase stercorale, TDM abdomino-pelvien : NI sauf stase stercorale
- ECG : normal

Question 1

- Une hyponatrémie peut elle expliquer la douleur abdominale ?

Douleurs métaboliques

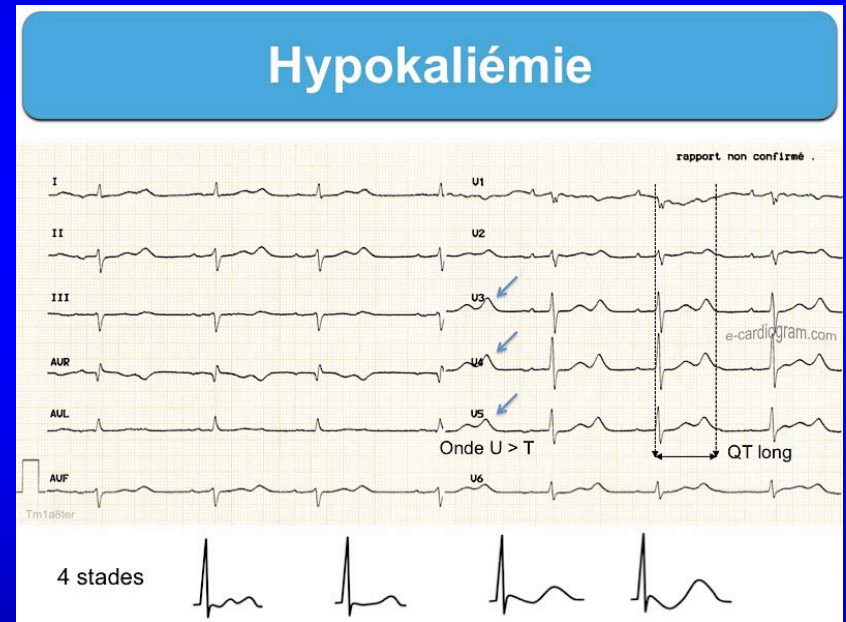
- Hyponatrémie :
 - Pas de douleurs abdominales
 - Troubles de la conscience selon rapidité d'installation

Hypercalcémie

- Asthénie, irritabilité, trouble de la conscience, HTA, douleurs abdominales, anorexie, nausées, vomissements.
- ECG : diminution QT
- Calcémie :
 - NI 2.10-2.53 mMol/L,
 - modifiée selon équilibre acido-basique et Albuminémie
 - Ca Corrigé : $Ca - 0,025 (Alb\ g/l - 40)$

Hypokaliémie

- Ralentissement transit, iléus, douleurs abdominales
- Paralysies flasques
- Polyurie
- ECG
 - aplatissement puis négativation onde T, onde u
 - Tachycardie supra ventriculaire, ESV...
- Alcalose métabolique



Acido-cétose diabétique

- Douleurs abdominales diffuses, nausées vomissements
- Insulinopénie
 - Amaigrissement, amyotrophie, asthénie
- Hyperglycémie
 - Polyuro-polydipsie, troubles visuels
- Déshydratation
- Acidose métabolique
 - Anorexie, crampes, dyspnée de Kussmaul
- Hyperglycémie, cétonémie, cétonurie et acidose
- Diabétique connu, 10-15 % révélateur

Insuffisance surrénale aiguë

- Douleur épigastrique en barre ou abdominale diffuse, installation rapide
- Nausées, vomissements, diarrhées
- Hypotension, mélanodermie
- Hyponatrémie, hyperkaliémie, acidose
 - Hémococoncentration et insuffisance rénale fonctionnelle
- Contexte : arrêt brutal corticothérapie
 - Test Synacthène anormal : 65 %, chez patients avec MICI

Douleur abdominale aiguë

- Penser à doser
 - Ionogramme sanguin, urée, créatinine
 - Glycémie
 - Calcémie
- Penser à faire ECG

Cas clinique (suite)

- Patiente hospitalisée
- Recherche toxique : négatif
- Alcoolémie : nulle
- Apports sérum physiologique
- Majoration de la douleur → paracétamol sans effet
- Majoration des troubles de la conscience,
- Paralysie membres inférieurs,
- Crise comitiale généralisée → diazepam
- Scanner cérébral : normal
- PL : normale

Synthèse

- Femme jeune
 - Douleurs abdominales sans cause évidente
 - Troubles de la conscience et crise convulsive
 - Paralysie des extrémités.
 - Prise : paracétamol, diazepam...
- ➔ Hypothèse ?

Évolution

- Patiente stable USC
- Avis interniste... en attente
- Surveillance :
 - Clinique
 - Biologie standard
 - Diurèse des 24 h

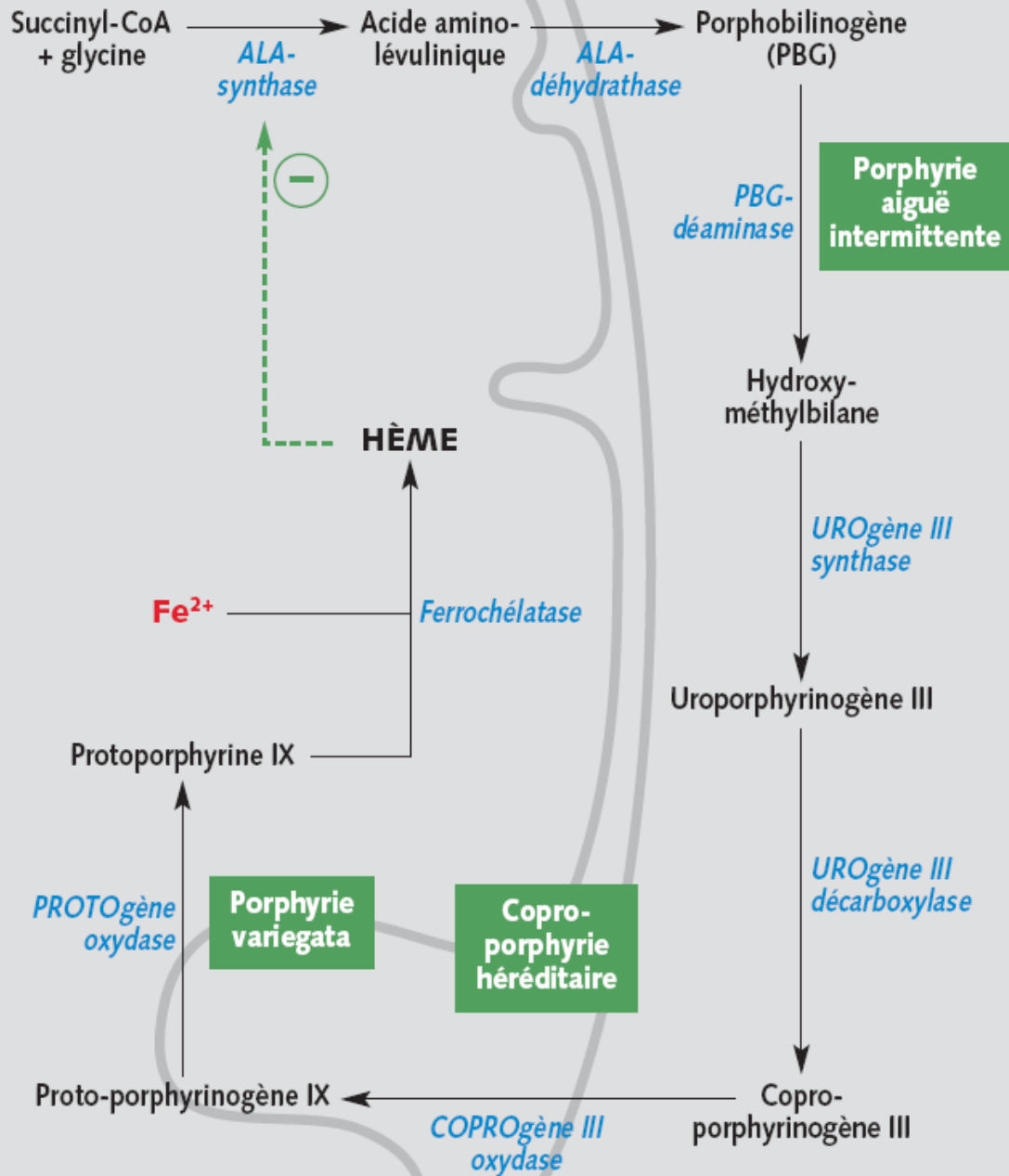


T30 min

Diagnostic

Porphyrie aiguë intermittente

- Porphyrie hépatique aiguë
 - Porphyrie aiguë intermittente :
 - déficit en porphobilinogène déaminase
 - Coproporphyrine héréditaire
 - Déficit en coproporphyrinogène oxydase
 - Porphyrie variegata
 - Déficit en protoporphyrinogène oxydase



Porphyrie aiguë intermittente

- Maladie monogénique
- Mutation de la PBG déaminase
- Transmission autosomique dominante
- Prévalence du gène muté : 1/1000
- Pénétrance faible
- 75 000 patients symptomatiques en Europe (sauf Nord de la Suède)
- Incidence en France : 0,13/10⁶ habitants
- Majorité des patients symptomatiques :
 - 1 crise
 - Crises récurrentes < 10 % des patients symptomatiques

Diagnostic

- Crises douloureuses abdominales intenses, diffuses, non localisées
- Vomissements, constipation
- Manifestations psychiatriques
 - Irritabilité, angoisse, désorientation, état confusionnel.
- Manifestations neurologiques
 - Paresthésies extrémités, parésie, paralysie des extrémités
- Survenue
 - Femme (80 %) jeune (25-40 ans)
 - Crises rares avant puberté et après la ménopause

Diagnostic (2)

- Biologie
 - Normale sauf hyponatrémie par SIADH
- Morphologie
 - Normale, sauf stase stercorale en rapport avec constipation
- Diagnostic :
 - Coloration des urines rouge porto après exposition à la lumière (30 min)
 - Élévation dans les urines des précurseurs
 - ALA : acide delta amino lévulinique
 - PBG : porphobilinogène
 - > 50 N

Facteurs déclenchant

- Hormonaux
 - Cycles menstruels
 - Contraceptifs oraux (EP)
- Infections, stress
- Prises médicamenteuses
 - Paracétamol
 - AINS.... (Vidal, centre français des porphyries)
- Alcool

Traitement

- Hospitalisation
- Glucosé
- Antalgique : acide acétylsalicylique, morphiniques
- Arginate d'hémine (Normosang) après avis du CFP
- Centre Français des Porphyries
 - Hôpital Louis Mourier, 178 rue des Renouillers, 01 47 60 61 62
 - www.porphyrie.net

Porphyrie aiguë intermittente

- Douleur abdominale aiguë
- Hyponatrémie
- Signes psychiatriques
- Signes neurologiques

Cas Clinique N°3

Douleurs abdominales et lombalgies chroniques

- Homme 47 ans, portugais, maçon
- Lombalgies chroniques post-traumatiques (accident travail, chantier)
- Echec des antalgiques de niveau I, II
- Antidépresseurs, prégabaline (Lyrica : 450 mg/j), morphiniques (oxycodone et oxycontin) depuis 9 mois
- Constipation : 1 selle/3 jour, dure ± gérée par prise de macrogols

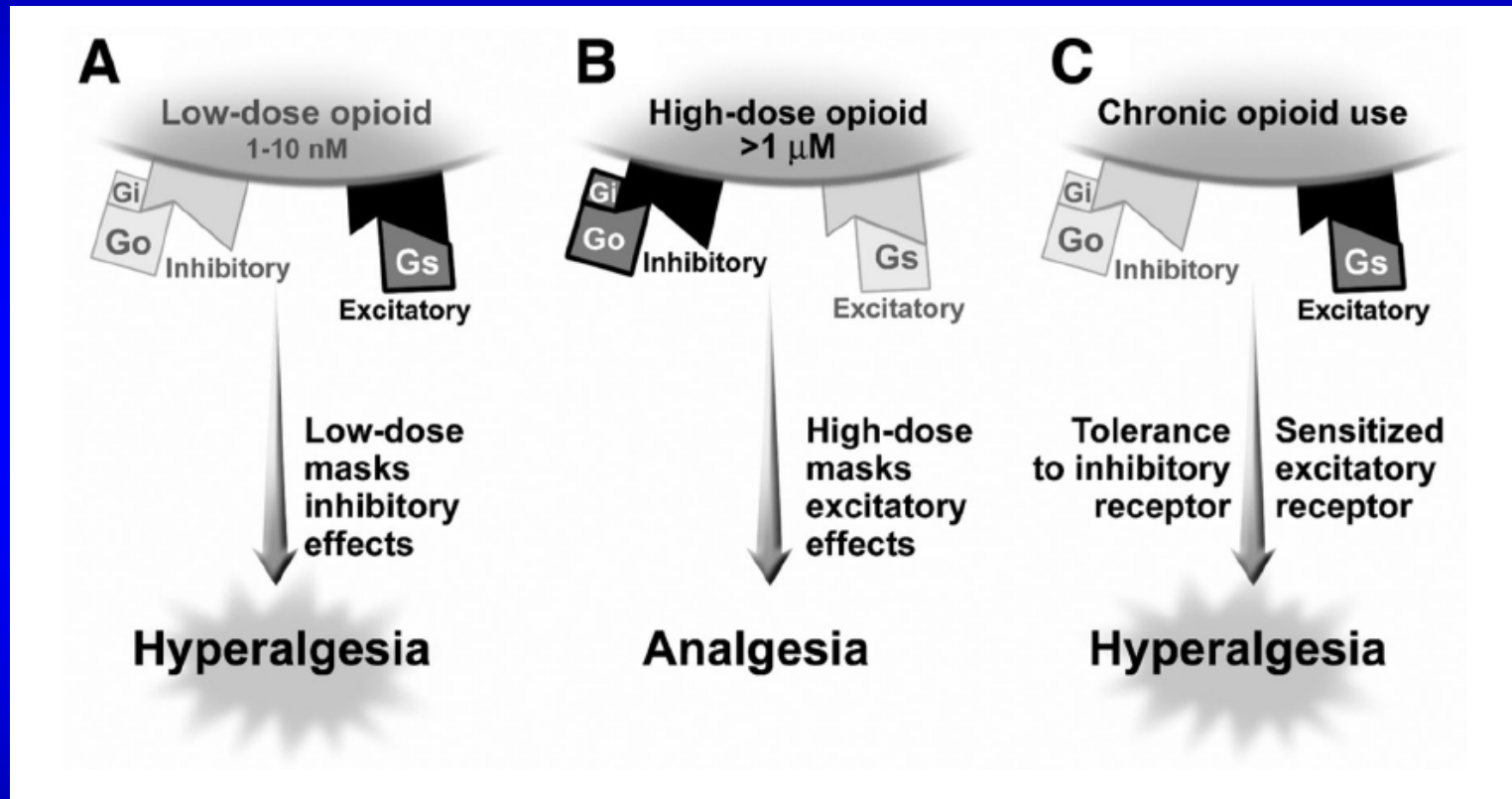
- Consulte à plusieurs reprises aux urgences pour
- Douleurs abdominales, diffuses, survenant par pic \pm fond continu
- Pas de signes locaux
- Biologie : normale
- ASP et scanner : Nx hormis stase stercorale sans distension colique
- Coloscopie : normale
- Augmentation de l'oxycontin et majoration des interdoses
- Sans effets sur la douleur, plus fréquente et plus intense

DIAGNOSTIC ?

Narcotic Bowel Syndrome

- Définition :
 - Patients traités par opiacés
 - Douleurs abdominales chroniques et récurrentes
 - Quotidiennes
 - Nécessitant une augmentation des doses de morphiniques,
 - Sans efficacité sur la douleur
- Fréquence : 4-6 % des patients traités par opiacés
- Sans doute plus fréquent chez les patients dont le motif de traitement est une douleur abdominale

Mécanisme

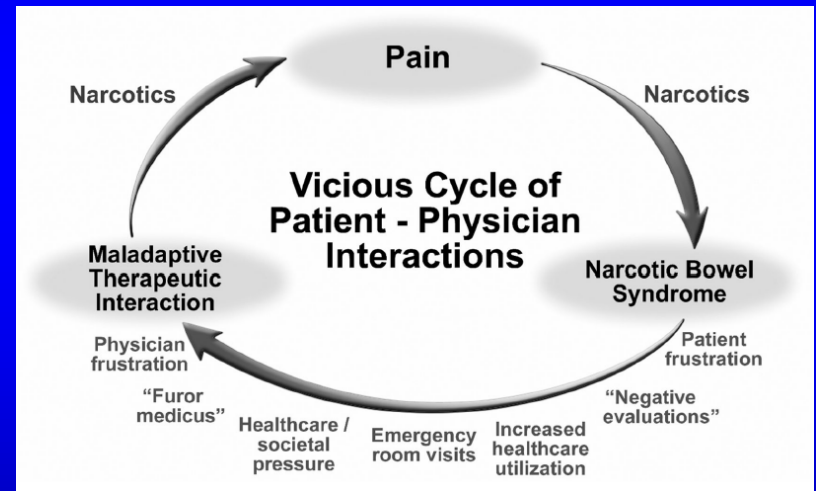


Activation de la microglie médullaire + réaction neuro-inflammatoire

Grunkemeier D et al, Clin Gastroenterol Hepatol 2007
Agostini S et al, Gastroenterology 2010

Prise en charge

- Difficile
- Reconnaissance précoce des symptômes pour éviter l'installation d'un cercle vicieux
- Rotation morphinique
- Sevrage en milieu spécialisé
- Traitement de la douleur non morphinique



Cas clinique N°4

Observation

- Femme de 45 ans
- Motif de consultation :
 - brûlure de l'hypochondre gauche depuis 4 ans,
 - évoluant par accès
 - irradiant parfois vers le dos,
 - aggravation lors du décubitus latéral droit, lors des efforts de soulèvement et parfois lors de l'exonération (transit normal).
 - sans altération de l'état général
- Antécédents
 - Nombreux ATCD familiaux d'insuffisance coronarienne
 - RGO
 - Accident de la voie publique 6 ans auparavant
 - Cholécystectomie pour lithiase 5 ans auparavant

Observation (suite)

- Examen abdominal normal
- Echographie abdominale normale
- Gastroskopie normale
- Coloscopie normale
- ECG normal
- Epreuve d'effort normale
- Troponinémie normale
- Traitement anti-coronarien d'épreuve sans effet

DIAGNOSTIC ?

Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

- Ensemble de symptômes liés à une hypermotilité de l'extrémité des cartilages des dernières cotes (10, 9, 8)

- Traumatisme direct

Coup de poing, choc contre le volant ou le tableau de bord, pression de la ceinture de sécurité, écarteurs lors d'une laparotomie, microtraumatismes Professionnels répétés (cordonnier, déménageurs, secrétaires...)

- Traumatisme indirect

Efforts musculaires violents (soulèvement), quintes de toux à répétition, extension brutale (smash au tennis, golf...)

Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

- Femmes > Hommes
- Pic : 5eme décade
- **La douleur :**
 - Début :
 - ❖ Vive, d'installation brutale, de courte durée, par accès
 - Ensuite :
 - ❖ brûlure plus ou moins permanente
- **Irradiations** : dos, omoplate, totalité de l'abdomen
- **Sémiologie évocatrice** :
 - Apparition lors de la mobilisation de la paroi thoraco-abdominale (flexion, extension, rotation, toux, soulèvement)
 - Repos bénéfique (décubitus homolatéral)

Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

▪ DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Douleur élective à la palpation du rebord costal
- Mobilité anormale du rebord costal lors d'une traction antérieure (décubitus dorsal, musculature abdominale relâchée, doigts en crochet sous le rebord costal)
- Traction sur les dernières côtes vers l'extérieur : douleur, craquement, claquement

Syndrome de Cyriax « Painful rib syndrome »

▪ TRAITEMENT

- RASSURER + + +
- Hémi-bandage élastique + antalgiques per os
- Injections locales de lidocaine à 1 %

Scott EM Gut 1993; Barki J et al Presse Médicale 1996

Cas Clinique N°5

Femme 55 ans

Antécédents

- Phobies dans l'enfance (hospitalisation)
- Dépression chronique traitée, majorée depuis 2 ans (décès de sa mère)
- Fractures du coccyx et du sacrum après AVP
- Hystérectomie pour fibrome

Motif de consultation :

Douleur chronique flanc gauche depuis > 10 ans

Caractères de la douleur

- Fond douloureux iliaque gauche
 - plutôt à type de brûlure,
 - avec une zone précise plus douloureuse, fixe
 - topographie douloureuse qui ne s'est pas modifiée depuis son installation
 - plus intense lors de l'exonération,
 - sans modification du transit lors des poussées
- Association à une constipation avec coloscopie normale en 2004

Caractères de la douleur

- Majoration de la douleur depuis 1.5 an
- Nouveau bilan 6 mois auparavant :
 - coloscopie longue : normale
 - TDM : normal
- Antispasmodiques, laxatifs, antalgiques : inefficaces.
- Traitement antidépresseur : sans effet sur la douleur.

Intestin irritable ?

Critères de Rome III	Malade
Douleur > 6 mois	OUI
> 3 jours / mois pendant 3 derniers mois	OUI
Calmée par exonération	NON
Avec modification de la consistance des selles	NON
Avec modification du nombre de selles	NON

Caractères de la douleur

- Fond douloureux iliaque gauche
 - plutôt à type de brûlure,
 - avec une **zone précise** plus douloureuse, fixe
 - **topographie douloureuse qui ne s'est pas modifiée depuis son installation**
 - plus intense lors de l'exonération,
 - Sans modification du transit lors des poussées
- Association à une constipation avec coloscopie normale en 2004

La sémiologie douloureuse a une valeur d'orientation

**Douleur
viscérale**

**Douleur
somatique**

Mal localisée

Localisée

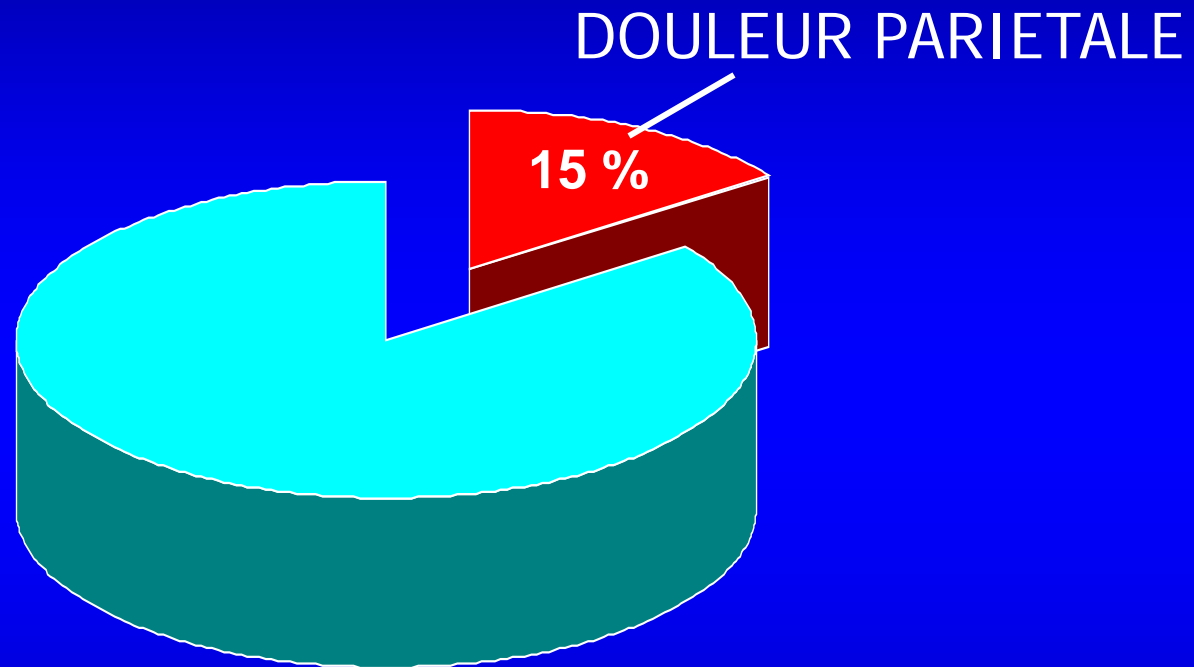
Extensive

Non extensive

Sourde

Vive

Origine pariétale d'une douleur abdominale chronique



- Délai moyen avant le diagnostic: 25 mois
- Efficacité d'un traitement symptomatique : 50 - 80 %

Manœuvre de Carnett

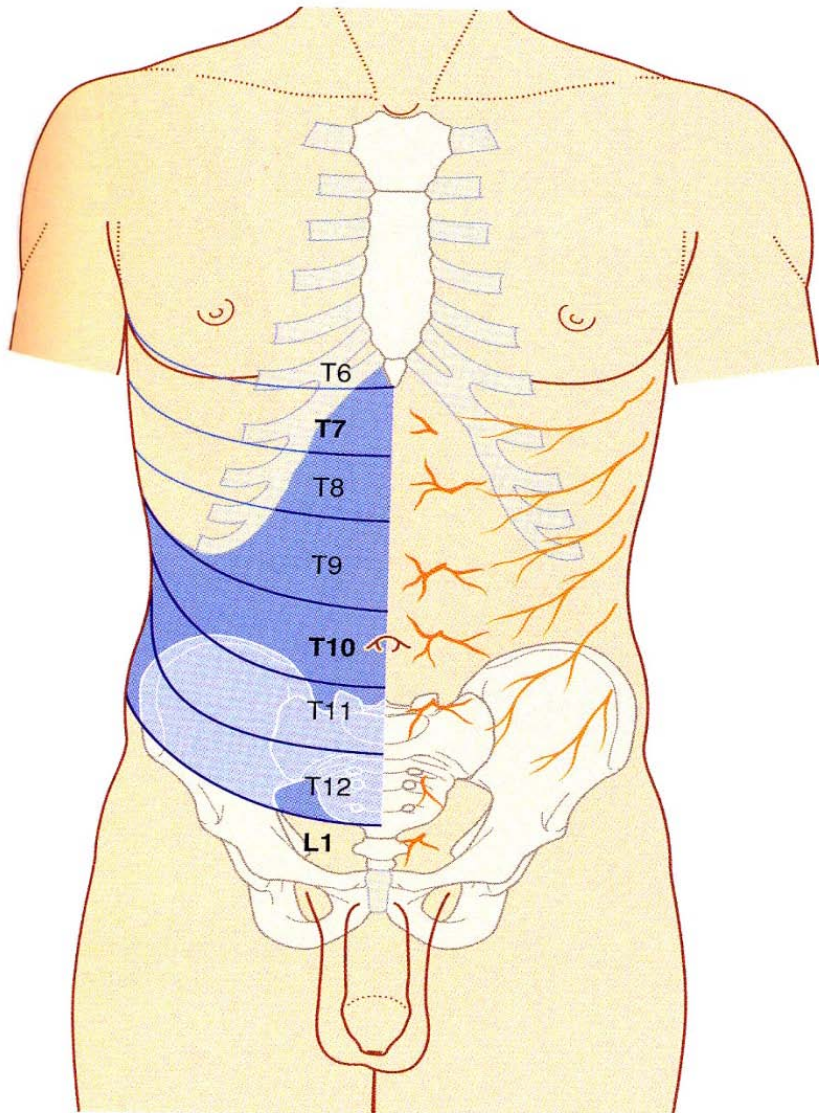


La douleur augmente : argument pour une douleur pariétale

Douleur pariétale

- Douleur projetée d'origine vertébrale ?
- « Nerve entrapment » ?
- Syndrome myofascial ?

Douleur projetée d'origine vertébrale

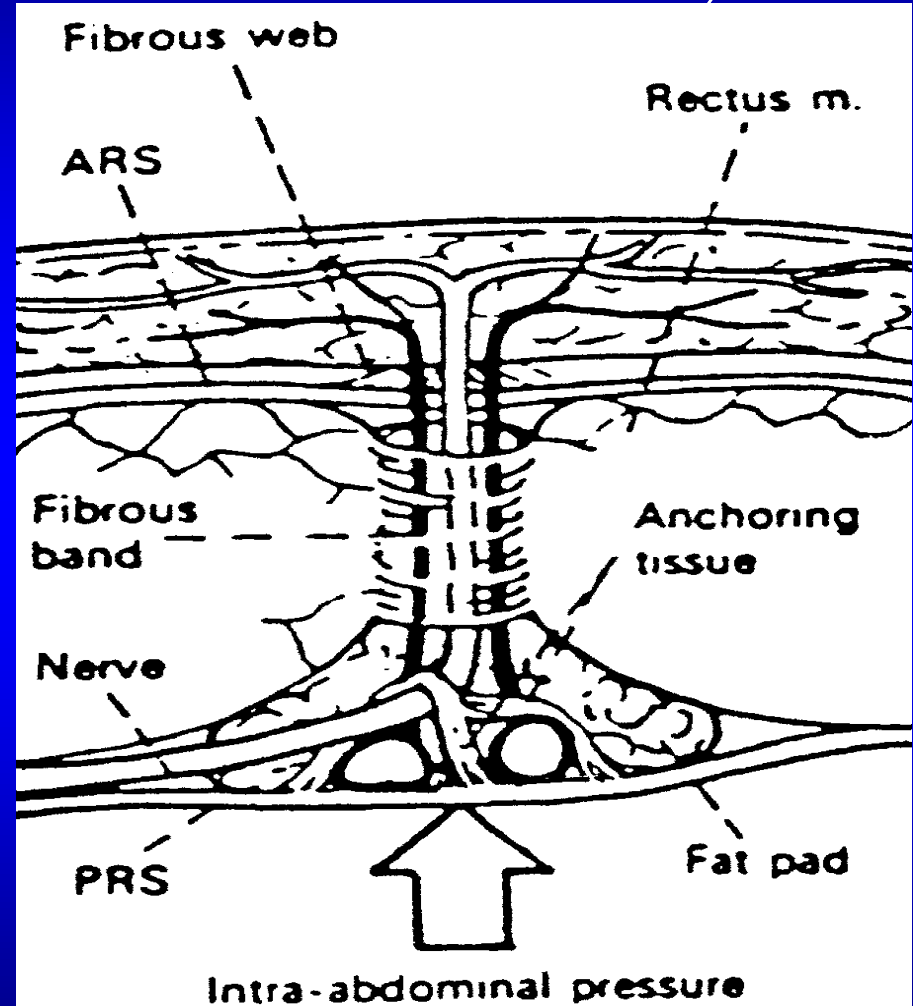
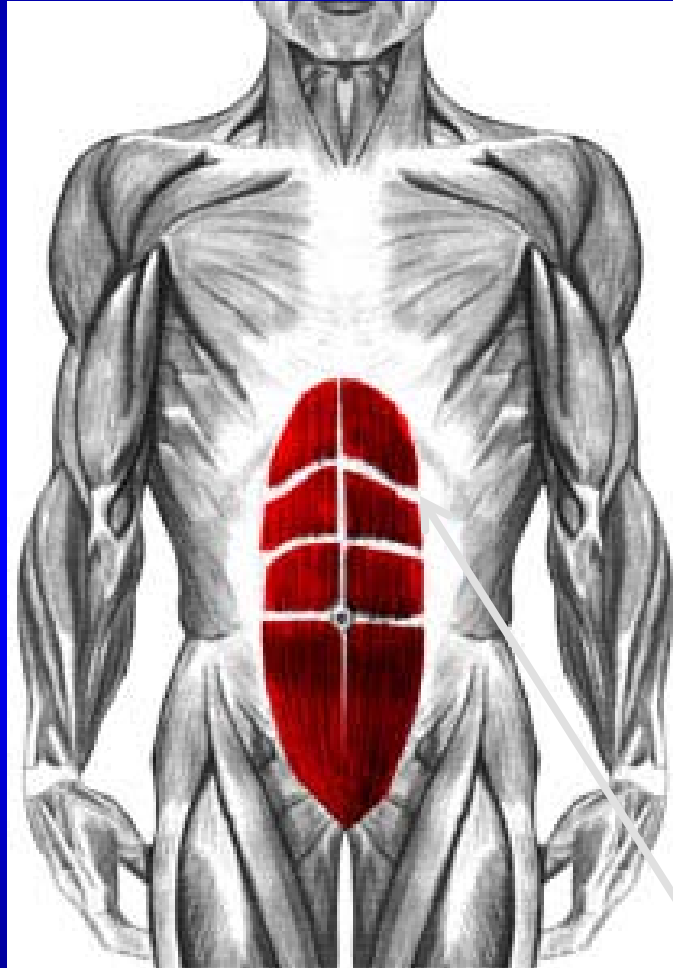


- Territoire métamérique
- Influence éventuelle des changements de position
- Bande d'hyperesthésie à la manœuvre du palper-rouler



Conflit au niveau d'un nerf cutané abdominal

Srinivasan R Am J Gastroenterol 2002;97:824-30

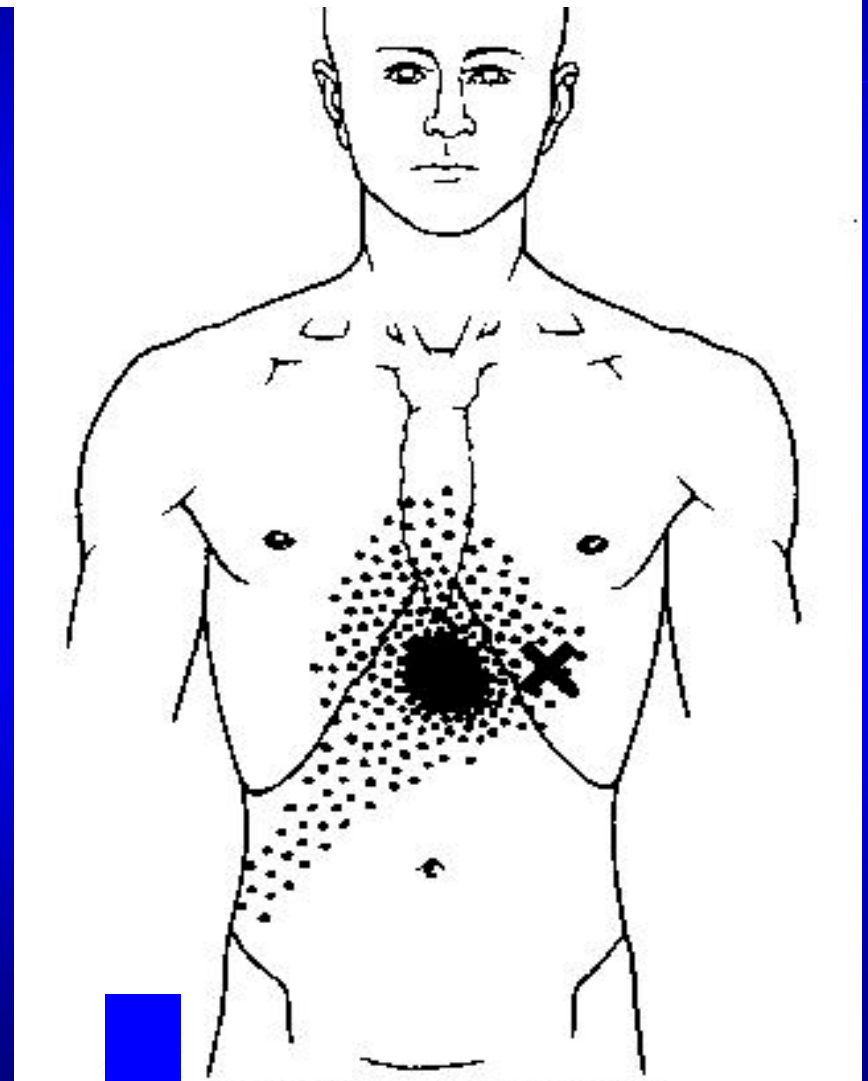
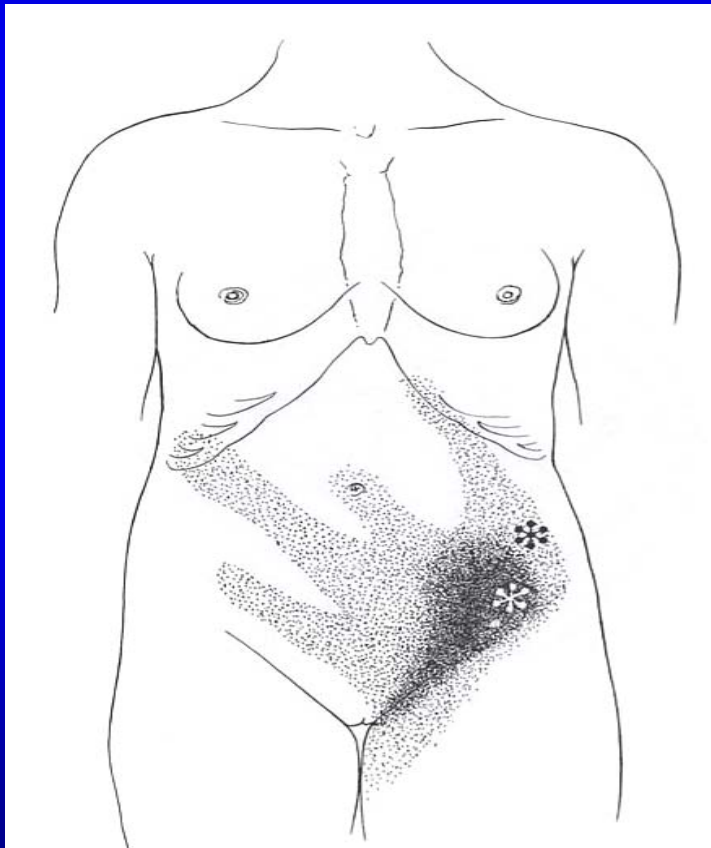


Point douloureux précis au bord externe des grands droits

Syndrome myofascial : Critères diagnostiques

- Contraction localisée d'un muscle
- Palpation musculaire
 - Reproduction de la douleur spontanée lors de la palpation musculaire
 - Identification de zones «gachettes»
- Déficit musculaire

Syndrome myofascial du muscle oblique externe



Cas Clinique N°7

Douleur abdominale chez un homme jeune à 18h

- Homme 19 ans, origine arménienne né en France
- Douleurs abdominales intenses (8/10) évoluant depuis 24 heures, localisée en péri-ombilicale puis diffuse.
- Selles liquides (3 émissions/j), non sanglante
- Température : 38.5°C depuis 36 h
- Douleurs genou droit avec aspect inflammatoire
- Abdomen sensible à la palpation, défense en sous ombilicale

Examens complémentaires

- NFS : 14.800 leucocytes/mL dont 75 % polynucléaires neutrophiles, CRP 18 mg/l, plaquettes normales
- Ionosang, urée, créatininémie, ASAT, ALAT, lipasémie : normaux
- Scanner abdominal : ascite minime
- Avis chirurgical : observation, antalgiques, bilan infectieux...

...On verra demain !

J1

- Apyrexie
- Disparition de la douleur abdominale
- Échographie : pas d'ascite
- Persistance d'un état satisfaisant à J2
- Sortie du service de chirurgie sans diagnostic

8 semaines plus tard....10 h

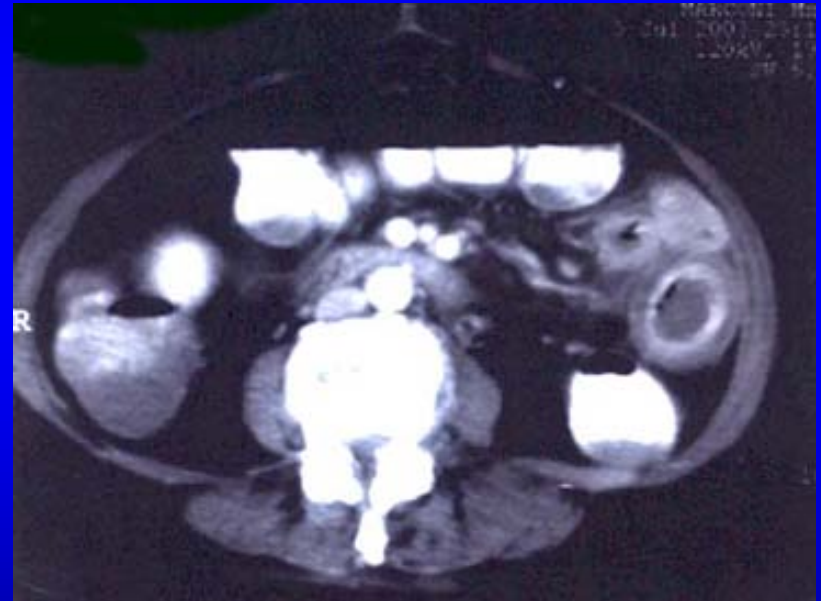
- Récidive symptomatique, identique
- Douleurs abdominales intenses (8/10) évoluant depuis 24 heures, localisée en péri-ombilicale puis diffuse.
- Selles liquides (3 émissions/j), non sanglante
- Température : 38.5°C depuis 36 h
- Mono-arthrite genou droit, rash cutané type érysipèle

Hypothèses

- Douleurs abdominales → PAI :
 - Mais fièvre, homme, épanchement liquidien, syndrome inflammatoire
- Urgence chirurgicale
 - Aucune anomalie franche au scanner

Douleur abdominale + arthrite + lésion cutanée

- Purpura rhumatoïde
- Vascularite systémique
dépôt d'IgA
- Douleur abdominale
 - 50 %, diffuse
- Arthrite (65 %)
- Purpura MI (96 %)
- Syndrome néphrotique
 - HTA
 - Protéinurie



???

CAUSES INFECTIEUSES

Bactéries : *Streptococcus, Helicobacter Pylori, Mycoplasma, Yersinia, Campylobacter...*

Virus : parvovirus B19, cytomégalovirus, virus d'Epstein-Barr, VIH, virus des hépatites A, B et C, adénovirus...

Parasites : *Amibiiasis, Toxocara canis...*

CAUSES MÉDICAMENTEUSES

CAUSES NÉOPLASIQUES

Cancer bronchique non à petites cellules (++) , prostate, œsophage, ORL, lymphome malin non-hodgkinien, maladie de Hodgkin, autres...

AUTRES

Aliments

Vaccins

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES SOCIÉTÉS EUROPÉENNES DE RHUMATOLOGIE (EULAR/PRES) 2006

La présence d'un purpura infiltré (critère obligatoire) associé à au moins 1 des critères suivants :

- douleur abdominale diffuse
- mise en évidence d'une glomérulonéphrite à dépôts d'IgA
- arthralgie et/ou arthrite
- atteinte rénale : hématurie et/ou protéinurie

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 1990

La présence de 2 des 4 critères suivants (sensibilité : 87,1 % ; spécificité : 87,7 %) :

- âge inférieur à 20 ans
- purpura infiltré
- douleurs abdominales aiguës
- présence sur une biopsie de polynucléaires dans la paroi de petits vaisseaux

Suite observation

- Douleurs abdominales fébriles
- Ascite inflammatoire
- Coelioscopie exploratrice : négative

- Avis du gastro-entérologue
 - Douleur abdominale fébrile + arthrite + syndrome inflammatoire chez un patient d'origine arménienne ?

Maladie périodique

- Fièvre méditerranéenne familiale
- Maladie auto-inflammatoire =
 - épisode d'inflammations sans cause déterminée
 - en absence d'auto-anticorps
- Pourtour méditerranéen
 - Maghreb, turc, arménien, juif
- Mutations sur le gène MEFV
 - marenostriane
 - active IL1 et NFkB

Clinique : fièvre, douleurs abdominales, polysérite, éruption érysipéloïde

- Épisodes récurrents de fièvre
- Durée 1-4 jours
- Douleurs abdominales, parfois pseudo-chirurgicales
- Troubles du transit : constipation, diarrhée
- Abdomen sensible, défense, douleur à la décompression
- Mono-arthrite
- Formes sévères : rash cutané
- Biologie : syndrome inflammatoire
- Scanner abdominal : ascite, liquide inflammatoire
- Scanner thoracique : épanchement pleural, péricardite (rare)

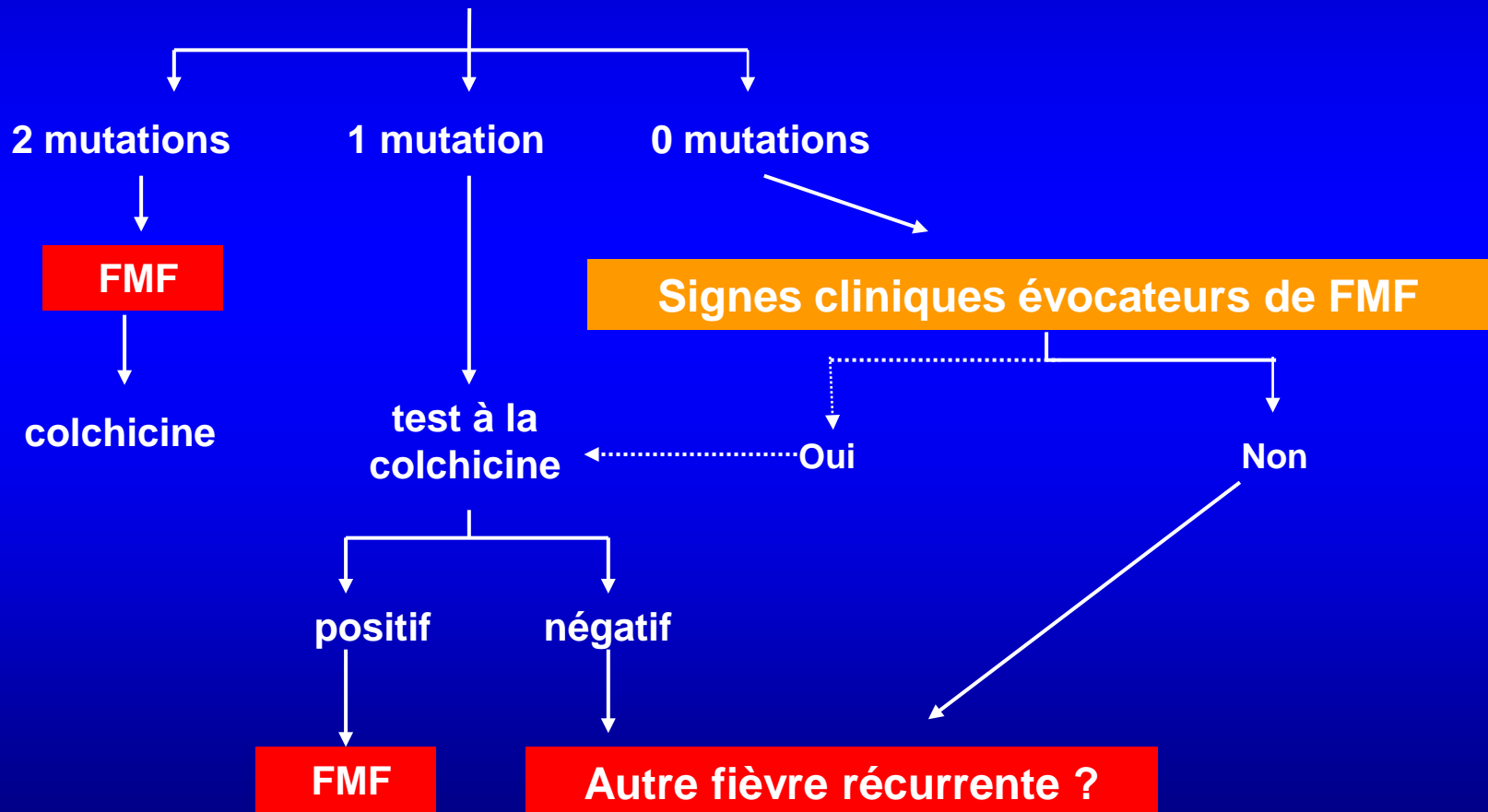
Diagnostic

- Mutation du gène MEFV
 - Chromosome 16
 - Mutations exon 10 M694V, V726A, M694I, M680I, E148Q.
- Risque :
 - amylose et insuffisance rénale
- Traitement : colchicine

Recherche mutation : négative

Enfant d'origine méditerranéenne

Génétique *MEFV*



Quel diagnostic ?

- Fièvre récurrente + douleurs abdominales + syndrome inflammatoire
- Origine ethnique
 - Maladie périodique
- 59 mutations identifiées, ne recherche que les 5 plus fréquentes soit 75 %
- Traitement d'épreuve : colchicine au long cours

- Fièvre périodique et douleurs abdominales
- Quelles sont les autres causes ?

TRAPS syndrome

- TNFR associated periodic syndrome
- Présence d'un gène TNFR1
 - Autosomique dominant
 - Code pour le récepteur 1 du TNF
- Épisodes de fièvre avec frissons (2-3 semaines)
- Douleurs abdominales, nausées vomissements, syndromes pseudo-appendiculaire
- Mutations gène TNFRSF1A

Recherche de la mutation : absente

TABLE 2. The major differentiating features

	FMF	TRAPS	HIDS	FCAS/MWS/NOMID/CINCA
Age at onset	<20yr	<20yr	Child (median 6 months old)	Infancy-1 st 6 months
Fever	1–3 days	>7 days	3–7 days	1–2 days
Serositis	++	++	+	+
Musculoskeletal	Monarthritis	Monarthritis, localized Myalgia	Polyarthralgia	Deforming arthritis
Cutaneous	Erysipeloid	Erysipeloid	Macules, papules, urticaria	Urticaria
Adenopathy	Rare	Rare	Yes	Rare
Hearing loss	No	No	No	Yes
Amyloidosis	+++	++	+	+
Mode of inheritance	Recessive	Dominant	Recessive	Dominant
Mutated gene	<i>MEFV</i>	<i>TNFRSF1A</i>	<i>MVK</i>	<i>CIAS1</i>
Gene product	Pyrin/marenostrin	TNFR1A	<i>MVK</i>	Cryopyrin
Therapy				
Colchicine ^a	++	–	–	–
Glucocorticoids	–	+	–	–
TNF- α blocker ^b	±	±	±	–
IL-1antagonist ^c	–	±	±	++

^a1–2mg p.o. daily; ^bEtanercept 25mg s.c. twice weekly; ^cAnakinra 1–2mg/kg/day, s.c.

TABLE 2. The major differentiating features

	FMF	TRAPS	HIDS	FCAS/MWS/NOMID/CINCA
Age at onset	<20yr	<20yr	Child (median 6 months old)	Infancy-1 st 6 months
Fever	1–3 days	>7 days	3–7 days	1–2 days
Serositis	++	++	+	+
Musculoskeletal	Monarthritis	Monarthritis, localized Myalgia	Polyarthralgia	Deforming arthritis
Cutaneous	Erysipeloid	Erysipeloid	Macules, papules, urticaria	Urticaria
Adenopathy	Rare	Rare	Yes	Rare
Hearing loss	No	No	No	Yes
Amyloidosis	+++	++	+	+
Mode of inheritance	Recessive	Dominant	Recessive	Dominant
Mutated gene	<i>MEFV</i>	<i>TNFRSF1A</i>	<i>MVK</i>	<i>CIAS1</i>
Gene product	Pyrin/marenostrin	TNFR1A	<i>MVK</i>	Cryopyrin
Therapy				
Colchicine ^a	++	–	–	–
Glucocorticoids	–	+	–	–
TNF- α blocker ^b	±	±	±	–
IL-1antagonist ^c	–	±	±	++

^a1–2mg p.o. daily; ^bEtanercept 25mg s.c. twice weekly; ^cAnakinra 1–2mg/kg/day, s.c.

Quel diagnostic ?

- Fièvre récurrente + douleurs abdominales + syndrome inflammatoire
- Origine ethnique
 - Maladie périodique
- 59 mutations identifiées, ne recherche que les 5 plus fréquentes soit 75 %
- Traitement d'épreuve : colchicine au long cours

Cas clinique 8

Observation

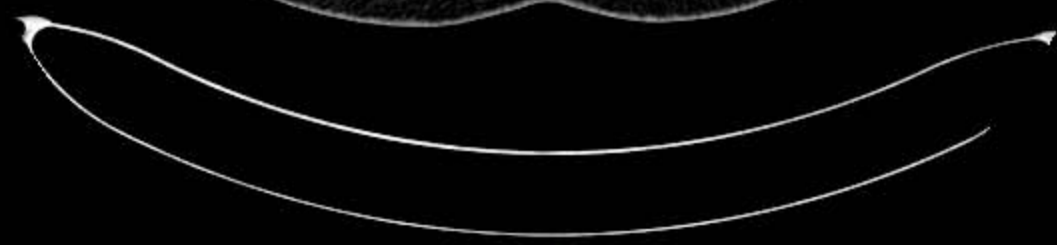
- Douleurs abdominales et vomissements pendant la deuxième grossesse.
Traitement symptomatique.
- Récidive 10 jours après la mise en route d'un traitement oestroprogestatif.
- Pas de fièvre, pas de syndrome inflammatoire, biologie normale.

BOULLIL AMAL
270 1M,F,3010016103
Pos :-943,70 mm
SI:216
Desc. série : AP:portal cps fines 1.5 B30f
APPLIED
< 2-216 (TOUT) >

CHU BICETRE
[28/03/2010 ,09:40:14]
SIEMENS Definition AS
SC:500,00 mm
100% Pixel
SW:1,50 mm



R



P

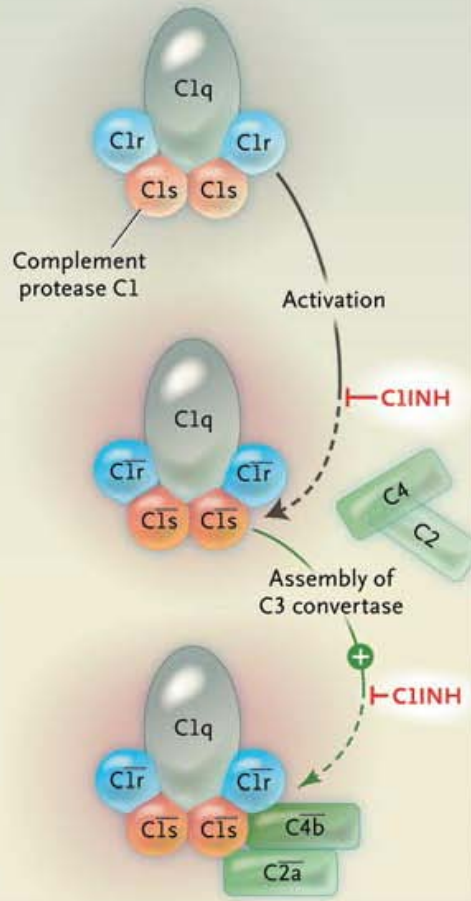
C 50
L 350

Observation

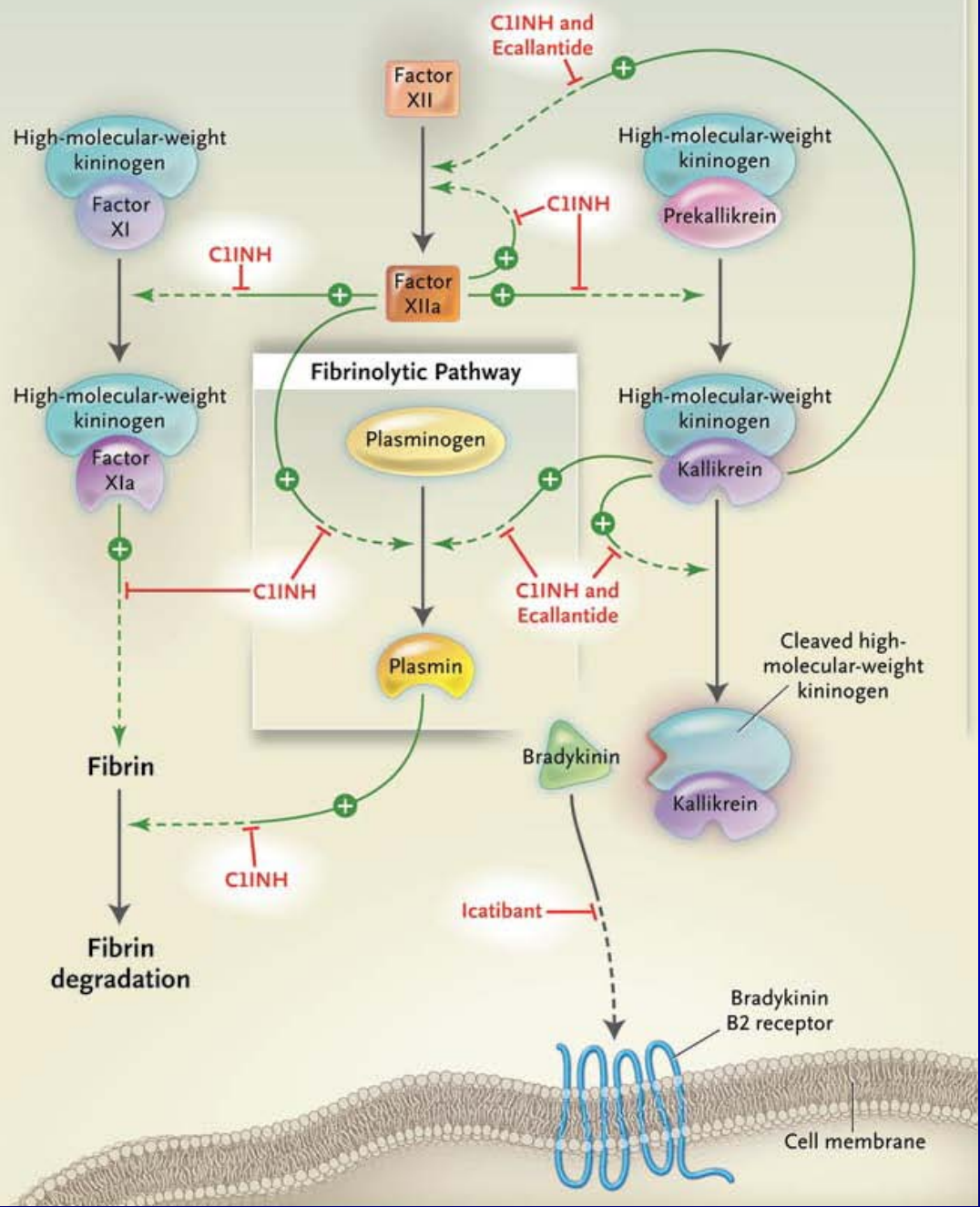
- Diminution du C4, du C1 antigène et du C1 fonctionnel.
- À distance de l'arrêt de la pilule, le C4 Ag est revenu à la normale. Le C1 inhibiteur est à 147 (N>170) et le C1 inhibiteur fonctionnel est 62% (normale>70%).

	C4	C1 inh Ag	C1 fonctionnel	C1q	C3
Angio œdème héréditaire	↓	↓ ou NI	↓	NI	NI
Angio œdème acquis	↓	↓ ou NI	↓	↓	↓ ou NI
Angio œdème héréditaire avec C1 inh normal	NI	NI	NI	NI	NI
Angio œdème aux IEC et aux AINS	NI	NI	NI	NI	NI
Angio œdème allergique et idiopathique	NI	NI	NI	NI	NI

Complement Pathway



Contact Activation Pathway



Clinique *(Zuraw BL, NEJM 2008 et Bork K, Am J Gastro 2006)*

- Angio œdème du visage, du larynx, des membres sups et infs, des organes génitaux.
- Douleurs abdominales, vomissements (73%), diarrhée (41%),
- Evoluant en 5 phases : prodromes (irritabilité), inconfort-plénitude abdominale, crescendo, douleur maximale, decrescendo.
- Durée totale : 72 h.
- 28% des malades ont des signes digestifs inauguraux.

Observation

- Douleurs abdominales et vomissements pendant la deuxième grossesse.
Traitement symptomatique.
- Récidive 10 jours après la mise en route d'un traitement oestroprogestatif.
- Rémission sans traitement à l'arrêt de la pilule.
- Récidive à la troisième grossesse.

Observation

- Douleurs abdominales et vomissements pendant la deuxième grossesse.
Traitement symptomatique.

Perfusions de C1 inhibiteur deux fois par pendant toute la grossesse.

- Remission sans traitement à l'arrêt de la pilule.
- Récidive à la troisième grossesse.



Points clés

- Douleur abdominale aiguë
 - Douleurs métaboliques
- Douleur abdominale chez un patients sous opiacés :
 - Narcotic Bowel Syndrome
- Douleurs abdominales aiguës + fièvre
 - Maladie périodique, hyper Ig D, TRAPS syndrome
- Douleur abdominale + épanchement résolutif
 - Œdème angioneurotique, GE éosinophiles
- Douleurs abdominales chroniques
 - SII = cause la plus fréquente
 - Douleurs pariétales

- LES FORMES ATYPIQUES DES PATHOLOGIES FREQUENTES SONT PLUS FREQUENTES QUE LES FORMES TYPIQUES DES PATHOLOGIES RARES