

## CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DOULEUR ABDOMINALE CHEZ UN MALADE ATTEINT DE CIRRHOSE

**A.Hadengue**

*Division de Gastroentérologie et d'Hépatologie, Hôpital Cantonal Universitaire, 24, rue  
Micheli-du-Crest, CH 1211 Genève.*

**Coordonnateur : D. Pateron (Bondy)  
Urgences 2000 - Congrès de Lille Mai 2000**

Il s'agit ici de mettre en évidence les particularités de la prise en charge d'une douleur abdominale, lorsqu'elle survient chez un patient atteint de cirrhose, et non de la traditionnelle question " conduite à tenir devant une douleur abdominale aiguë ". Le clinicien garde à l'esprit les principes généraux du diagnostic et de la prise en charge d'une douleur abdominale (pour une revue sur ce thème [24]). Cependant, trois " grilles de lecture " parallèles viennent compléter cette démarche. Premièrement, l'interprétation d'une douleur abdominale et de ses signes d'accompagnement est particulière quand elle survient chez un patient atteint de cirrhose ([Tabl. I](#)) ; deuxièmement, certaines douleurs abdominales sont liées aux complications de la maladie chronique du foie quelle que soit son étiologie ([Tabl. II](#)) ; troisièmement, certaines étiologies de maladies chroniques du foie sont la cause de douleurs spécifiques ([Tabl. III](#)).

Enfin, la prise en charge pratique d'une douleur abdominale chez un patient atteint de cirrhose est largement conditionnée par l'existence ou non d'une ascite. Nous tenterons donc de conclure en proposant un arbre décisionnel fondé sur l'analyse du liquide d'ascite, lorsqu'elle est possible, et la prise en compte des étiologies fréquentes de douleurs abdominales chez les malades atteints de cirrhose.

**Tableau 1 - Interprétation d'une douleur abdominale et des signes d'accompagnement lorsqu'elle survient chez un patient atteint de cirrhose**

|  |
|--|
| <b>Clinique</b>  |
| Défense, contracture : rares   |
| Fièvre : généralement absente ou remplacée par une hypothermie (voir chapitre III)   |
| Hyperleucocytose : souvent absente ; lorsqu'elle est présente, elle peut être liée à l'existence d'une hépatite alcoolique   |
| <b>Imagerie</b>  |
| <i>Échographie</i>   |
| Épaississement des parois vésiculaires sans valeur dans les situations suivantes :   |
| - hépatite aiguë   |
| - hépatite alcoolique  |
| - épanchement péritonéal   |
| <i>Tomodensitométrie</i>   |
| Épaississement d'une paroi digestive (côlon, grêle...) sans grande valeur en présence d'un épanchement péritonéal  |
| Collatérales portosystémiques aberrantes ou complexes : leur identification requiert la comparaison de séquences effectuées avant et après injection du produit de contraste |

**Tableau II - Étiologies de douleurs abdominales liées aux complications de la cirrhose quelle que soit son étiologie (liste non exhaustive, par ordre de fréquence décroissante)**

|  |
|--|
| <b>Infection spontanée du liquide d'ascite</b> |
|  |
| <b>Carcinome hépatocellulaire :</b>            |
| - envahissant la capsule                       |
| - cause de thrombose portale ou sus-hépatique  |
| - cause de rupture péritonéale                 |
|  |
| <b>Thrombose des veines splanchniques :</b>    |
| - thrombose portale                            |
| - thrombose mésentérique                       |
| - thrombose sus-hépatique                      |

|  |
|--|
| <b>Anévrisme artériel splanchnique :</b> |
| - anévrisme de l'artère splénique        |
| - anévrisme de l'artère hépatique        |
|  |
| <b>Infarctus splénique</b>               |
| Rupture de varices mésentériques         |

NB. Cause iatrogène : au cours des hémorragies digestives, ischémie mésentérique liée à l'utilisation de certains vasopresseurs (terlipressine)

### **Tableau III - Causes de maladie chronique du foie responsable de douleurs abdominales spécifiques**

|   |
|---|
| Hépatite alcoolique   |
| Angiocholite compliquant une maladie chronique des voies biliaires intra ou extrahépatiques |
| Abcès hépatique à Yersinia au cours de l'hémochromatose                                     |
| Hépatite C et cryoglobulinémie  |
| Cirrhose biliaire primitive   |

NB. Cause iatrogène : hémobilie après biopsie hépatique

### **Particularités d'une douleur abdominale quand il existe une cirrhose**

On sait depuis longtemps que la prévalence de l'ulcère gastroduodéal, de la cholécystite lithiasique, des pancréatites aiguë et chronique, pour ne citer que ces exemples, est augmentée chez les patients atteints de cirrhose [1]. On sait aussi que, dans ces trois exemples, la douleur peut manquer ou perdre ses caractéristiques. La fièvre est un signe peu fréquent lorsqu'il existe une insuffisance hépatocellulaire. Elle est souvent remplacée par une hypothermie. L'hyperleucocytose est rare ou peut, comme la fièvre, être secondaire à une hépatite alcoolique. L'épidémiologie moderne a suscité peu d'études pour préciser l'histoire naturelle et les manifestations cliniques de ces pathologies, fréquentes chez les malades atteints de cirrhose. Je voudrais citer trois de ces études qui confirment les notions cliniques classiques rappelées ci-dessus. La première étude concerne l'incidence, les manifestations cliniques et les complications de l'ulcère gastroduodéal chez les patients atteints de cirrhose [2]. L'incidence annuelle de l'ulcère gastroduodéal était de 4/3 %. Dans 77 % des cas, les ulcères étaient asymptomatiques. L'insuffisance hépatocellulaire était plus marquée chez les patients asymptomatiques que chez les patients symptomatiques. Enfin, dans 29 % des cas, la maladie ulcéreuse était compliquée (hémorragie, perforation...). Dans une autre étude, Mosnier et al.

comparent 22 perforations d'ulcère gastroduodéal survenant chez des patients atteints de cirrhose à 112 perforations en l'absence de cirrhose [3]. La présence d'une cirrhose était associée à l'absence de douleur abdominale aiguë, à l'absence de défense et de douleur à la détente, à l'absence d'hyperleucocytose, et finalement à un délai plus long entre le début des signes cliniques et l'intervention chirurgicale. La mortalité des malades atteints de cirrhose était dans ce groupe de 50 %.

La prévalence de la lithiase vésiculaire est certainement augmentée chez les patients atteints de cirrhose. Il est classique de dire que la lithiase biliaire est rarement la cause de complications chez les malades atteints de cirrhose [1], mais ce point n'avait jamais été étudié de manière prospective. Orozco et al. [4] ont étudié l'évolution à long terme de lithiases vésiculaires asymptomatiques diagnostiquées au cours d'opérations abdominales chez des patients atteints de cirrhose. Après un suivi de six années en moyenne, 18 % des patients qui avaient une lithiase ont développé des symptômes et 9 % de ces patients sont décédés des complications d'une cholécystite aiguë. Cette étude amène à réviser la notion classique que la lithiase biliaire est exceptionnellement compliquée chez les malades atteints de cirrhose. Elle ne suffit pas toutefois à proposer la cholécystectomie chez les malades asymptomatiques car la mortalité des interventions chirurgicales abdominales reste très élevée chez les malades atteints de cirrhose [5]. En revanche la sphinctérotomie endoscopique est une procédure efficace et simple pour l'extraction d'une lithiase cholédocienne chez les malades atteints de cirrhose [6, 7].

La prévalence de la pancréatite chronique alcoolique chez les malades atteints de cirrhose alcoolique est de l'ordre de 20 % [8]. Cependant, l'incidence de poussées pancréatiques aiguës compliquant une pancréatite chronique, qui est de l'ordre de 20 % en l'absence de cirrhose, semble plus faible lorsqu'il existe une maladie chronique du foie [9]. Il est possible que ce résultat soit lié aux difficultés du diagnostic clinique chez les malades atteints de cirrhose.

Compte tenu des difficultés cliniques illustrées par les trois exemples ci-dessus, le recours à l'imagerie intervient très tôt dans la prise en charge d'une douleur abdominale chez un patient atteint de cirrhose. Il existe cependant des difficultés propres à l'imagerie dans cette situation. Ainsi, à l'échographie, l'épaississement de la paroi vésiculaire ou d'autres organes abdominaux est fréquent lorsqu'il existe une hypertension portale. Dans une étude [10], cet épaississement était corrélé à l'élévation du gradient de pression veineux hépatique. En tomodynamométrie, l'identification précise de collatérales portosystémiques parfois ectopiques ou complexes demande la comparaison rigoureuse de séquences obtenues avant et après injection de produit de contraste.

### **Étiologie de douleurs abdominales liées aux complications de la cirrhose quelle que soit son étiologie (Tabl. I)**

Lorsqu'il existe une ascite, l'infection spontanée du liquide d'ascite est la première cause de douleurs abdominales. En outre, l'examen du liquide d'ascite est la manière la plus simple d'accéder au diagnostic de plusieurs autres causes de douleurs abdominales.

L'examen du liquide d'ascite doit être immédiat et systématique lorsque apparaît une douleur abdominale chez un patient atteint de cirrhose [11,12]. Il

doit comporter un examen cytologique, un examen bactériologique et un ensemencement systématique sur des flacons d'hémocultures aérobie et anaérobie, enfin un dosage de l'amylase. Un dosage de la bilirubine, comparée à la bilirubine plasmatique, est utile lorsqu'on suspecte un cholépéritoine. Enfin, un examen anatomopathologique, après centrifugation d'une quantité suffisante de liquide est utile lorsqu'on suspecte une tumeur [11]. La tuberculose péritonéale est une maladie plus fréquente chez la femme que chez l'homme et lorsqu'il existe une cirrhose que dans la population générale. Elle se manifeste par une ascite généralement lymphocytaire et riche en protides associée à des douleurs abdominales dans un tiers des cas [13]. Le carcinome hépatocellulaire est une complication fréquente des cirrhoses (incidence annuelle, lorsqu'il existe une cirrhose constituée, comprise entre 2 et 6 %). Le carcinome hépatocellulaire peut être responsable de douleurs abdominales lorsqu'il envahit la capsule, en cas de rupture péritonéale (associée à un hémopéritoine), ou en cas d'envahissement des vaisseaux. La thrombose de la veine porte est rare chez les malades atteints de cirrhose en l'absence de carcinome hépatocellulaire [14]. La thrombose veineuse mésentérique est une cause rare de douleurs abdominales chez les patients atteints de cirrhose [15]. En l'absence de carcinome hépatocellulaire, une thrombose portale ou mésentérique impose une enquête étiologique à la recherche d'une affection thrombogène systémique [14]. Les anévrismes artériels splanchniques sont des complications de l'hypertension portale. Les anévrismes artériels spléniques sont les plus fréquents [16]. Ils sont rarement douloureux sauf quand ils se fissurent, se thrombosent ou se rompent. L'infarctus splénique est une complication rare de l'hypertension portale [17, 18]. Des douleurs de l'hypocondre gauche en sont le symptôme le plus fréquent. Le diagnostic tomodensitométrique est généralement simple. La rupture de varices mésentériques est une cause d'hémorragie péritonéale chez les malades atteints de cirrhose. Elle est parfois déclenchée par une ponction évacuatrice d'ascite, amenant une diminution rapide de la pression intra-abdominale, souvent associée à des douleurs abdominales diffuses [19, 20]. Des douleurs abdominales iatrogènes chez les patients atteints de cirrhose peuvent être dues à l'utilisation de vasoconstricteurs splanchniques comme la terlipressine, qui peut entraîner une ischémie mésentérique réversible à l'arrêt de l'administration du produit.

### **Douleurs abdominales liées à l'étiologie de la cirrhose (Tabl. III)**

Les pathologies hépatiques suivantes peuvent être la cause de douleurs abdominales (parfois aiguës) :

- 10 à 20 % des hépatites alcooliques sont associées à des douleurs abdominales, tantôt limitées à l'hypocondre droit, tantôt diffuses ;
- en cas d'obstacle biliaire responsable d'une cirrhose biliaire secondaire, la survenue d'une angiocholite est fréquente. Ainsi, la cholangite sclérosante primitive est-elle souvent compliquée de douleurs abdominales, prédominant

généralement dans l'hypocondre droit ou l'épigastre, dont l'irradiation en ceinture ou à l'épaule droite est classique ;

- l'hémochromatose, généralement asymptomatique, est un facteur de risque pour certaines infections systémiques, en particulier à Yersinia. Les abcès hépatiques à Yersinia ont été décrits chez les patients atteints d'hémochromatose génétique [21] ;
- l'hépatite C, avec ou sans cryoglobulinémie, est parfois associée à des douleurs abdominales. Dans une étude, ces douleurs sont trouvées dans 14 % des cas [22]. Il s'agit généralement de douleurs chroniques parfois associées à des manifestations rhumatologiques ;
- de la même manière, la cirrhose biliaire primitive est associée dans 15 à 20 % des cas à l'existence de douleurs abdominales généralement chroniques [23].

Enfin, il existe des causes iatrogènes de douleurs abdominales en relation avec la biopsie hépatique : hématomes intrahépatiques, hémobilie, pancréatite compliquant une hémobilie [24, 25].

### Conduite à tenir pratique (Fig. 1)

Lorsqu'il existe une ascite, celle-ci doit immédiatement être ponctionnée et analysée comme défini ci-dessus. Le diagnostic d'infection d'ascite est posé devant un chiffre absolu de polynucléaires  $\geq 250/\text{mm}^3$ , ou la présence de polynucléaires altérés. Un abdomen sans préparation à la recherche d'un pneumopéritoine doit être fait chaque fois que l'on suspecte une perforation d'organe creux à l'origine de cette infection de liquide d'ascite. Une perforation d'organe creux est suspectée devant une infection d'ascite à plusieurs germes, la présence de polynucléaires altérés en grand nombre, la non-normalisation du liquide après 48 heures d'antibiothérapie. Ce dernier critère impose la pratique systématique d'une nouvelle ponction d'ascite, 48 heures après le diagnostic de péritonite bactérienne spontanée. La ponction d'ascite représente la méthode diagnostique la plus rapide et la plus performante d'un hémopéritoine, d'une pancréatite et de certaines de ses complications, ou d'une tuberculose péritonéale.

| DOULEUR ABDOMINALE CHEZ UN MALADE ATTEINT DE CIRRHOSE  |          |  |
|--|----------|--|
| Ascite = ponction !<br>Infection d'ascite<br>(ASP) « spontanée »<br>Perforation<br>Hémopéritoine<br>Pancréatite<br>Tuberculose<br>Tumeur | ↙      ↘ | Pas d'ascite = images !<br>Complications de la cirrhose CHC,<br>thrombus, anévrisme...<br>Liée à l'étiologie de cirrhose<br>angiocholite/ abcès, hépatite<br>alcoolique<br>Particularités de la douleur (pièges<br>classiques) |

Lorsqu'il n'existe pas d'ascite, une imagerie abdominale est très rapidement nécessaire. L'échographie abdominale est l'examen de référence, à condition d'être faite par un opérateur entraîné et averti des signes qu'il recherche chez un patient atteint de cirrhose. Cet examen échographique comportera l'analyse du parenchyme hépatique et des voies biliaires, de la rate, de l'ensemble des vaisseaux splanchniques et du pancréas. Dans certains centres, il est plus facile

d'obtenir un examen tomодensitométrique en urgence, qui devra comporter des séquences avant et après l'injection de produit de contraste. Lorsque la ponction d'ascite, d'une part, l'imagerie abdominale, d'autre part, ne retrouvent pas les causes de douleurs citées dans les tableaux [II](#) et [III](#), la démarche diagnostique reprend le cours classique de la conduite à tenir devant une douleur abdominale aiguë [26].

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Erlinger S, Benhamou JP. Cirrhosis, clinical aspects. In : Oxford text book of clinical hepatology. 2e éd. 1999.
- [2] Siringo S, Bolondi L, Piscaglia F, Gaetani M, Misitano B, Carbone C et al. Peptic ulcer in patients with liver cirrhosis : a rétrospective endoscopie and clinical study. Ital J Gastroenterol Hepatol 1997 ; 29 : 62-8.
- [3] Mosnier H, Farges O, Vons C, Belghiti J, Fekete F. Gastroduodenal ulcer perforation in the patient with cirrhosis. Surg Gynecol Obstet 1992 ; 174 : 297-301.
- [4] Orozco H, Takahashi T, Mercado MA, Prado E, Borunda D. Long-term évolution of asymptomatic cholelithiasis diagnosed during abdominal opérations for variceal bleeding in patients with cirrhosis. Am J Surg 1994 ; 168 : 232-4.
- [5] Mansour A, Watson W, Shayani V, Pickleman J. Abdominal opérations in patients with cirrhosis : still a major surgical challenge. Surgery 1997 ; 122 : 730-6.
- [6] Carr-Locke D. Endoscopie therapy for cholangitis in cirrhosis. Hepatology 1996 ; 23 : 1276-7. [7] Prat F, Tennenbaum R, Ponsot P, Altman C, Pelletier G, Fritsch J et al. Endoscopie sphincterotomy in patients with liver cirrhosis. Gastrointest Endosc 1996 ; 43 : 127-31.
- [8] Hastier P, Buckley MJ, François E, Peten Ep, Dumas R, Caroli-Bosc FX et al. A prospective study of pancreatic disease in patients with alcoholic cirrhosis : comparative diagnostic value of ERCP and EUS and long-term significance of isolated parenchymal abnormalities. Gastrointest Endosc 1999 ; 49 : 707-9.
- [9] Levy P, Bernades P. Influence of bouts of acute pancreatitis on the course of chronic alcoholic pancreatitis in man. Gastroenterol Clin Biol 1989 ; 13 : 1050-4.
- [10] Wang TF, Hwang SJ, Lee EY, Tsai YT, Lin HC, Li CP et al. Gall-bladder wall thickening in patients with liver cirrhosis. J Gastroenterol Hepatol 1997 ; 12 : 445-9.
- [11] Hoefs JC. Diagnostic parentesis. A potent clinical tool. Gastroenterol 1990 ; 98 : 230-6.
- [12] Runyon BA, Hoefs JC. Ascitic fluid analysis in the differentiation of spontaneous bacterial peritonitis from gastrointestinal tract perforation into ascitic fluid. Hepatology 1984 ; 4 : 447-60.
- [13] Manohar A, Simjee AE, Haffejee JAA, Pettengell KE. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis. Diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. Gut 1990 ; 31 : 1130-2.
- [14] Condat B, Valla D. Conduite à tenir devant une thrombose de la veine porte. Gastroenterol Clin Biol 1999 ; 23 : 1210-4.
- [15] Venturini I, Cioni G, Turrini F, Gandolfo M, Modonesi G, Cosenza R et al. Mesenteric vein thrombosis : a rare cause of abdominal pain in cirrhotic patients : two case reports.



Hepatogastroenterology 1998 ; 45 : 44-7.

[16] Lee PC, Rhee RY, Gordon RY, Fung JJ, Webster MW. Management of splenic artery aneurysms : the significance of portal and essential hypertension. J Am Coll Surg 1999 ; 189 : 483-90.

[17] Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. Am Surg 1998 ; 64 : 182-8.

[18] Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction. Surgery 1986 ; 100 : 743-50.

[19] Arnold C, Haag K, Blum HE, Rossle M. Acute hemoperitoneum after large-volume paracentesis. Gastroenterology 1997 ; 113 : 978-82. -

[20] Akriviadis EA. Hemoperitoneum in patients with ascites. Am J Gastroenterol 1997 ; 92 :

567-75. [21] Vadillo M, Corbella X, Pac V, Fernandez-Viladrich P, Pujol R. Multiple liver abscesses due to *Yersinia enterocolitica* discloses primary hemochromatosis : three cases reports and review. Clin Infect Dis 1994 ; 18 : 938-41.

[22] Lee YH, Ji JD, Yeon JE, Byun KS, Lee CH, Song GG. Cryoglobulinaemia and rheumatic manifestations in patients with hepatitis C virus infection. Ann Rheum Dis 1998 ; 57 : 728-31.

[23] Laurin JM, Desotel CK, Jorgensen RA, Dickson ER, Lindor KD. The natural history of abdominal pain associated with primary biliary cirrhosis. Am J Gastroenterol 1994 ; 89 : 1840-3.

[24] Bloechie C, Izbicki JR, Rashed MY, El-Sefi T, Hosch SB, Knoefel WT et al. Hemobilia : présentation, diagnosis, and management. Am J Gastroenterol 1994 ; 89 : 1537-40.

[25] Jornod P, Wiesel PH, Pescatore P, Gonvers JJ. Hemobilia, a rare cause of acute pancreatitis after percutaneous liver biopsy : diagnosis and treatment by endoscopie rétrograde cholangiopancreatography. Am J Gastroenterol 1999 ; 10 : 3051-4.

[26] Wind P, Cuenod CA. Apport de l'imagerie dans les douleurs abdominales aiguës d'origine digestive chez l'adulte. Gastroenterol Clin Biol 1999 ; 23 : 1167.