

# Douleur inguinale gauche

par le Dr Jimmy FONTAINE\*

\* Médecin généraliste  
1480 Tubize  
[jimmy.fontaine@ssmg.be](mailto:jimmy.fontaine@ssmg.be)

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

**Monsieur R., 54 ans, arrive à ma consultation en boitant car il ressent une vive douleur au pli de l'aîne gauche. C'est la première fois que je le rencontre car son médecin a pris sa pension récemment. Cette douleur est apparue il y a 5 jours spontanément et était très vive à tel point qu'il a dû s'asseoir pendant 5 minutes, à la suite de quoi il a ressenti une douleur au niveau de la face interne de la cuisse ainsi que dans la partie proximale. Depuis lors, la douleur se fait ressentir dès qu'il se met en mouvement.**

Le patient n'a présenté aucun traumatisme et c'est la première fois qu'il ressent cela. Il est apyrétique, n'est pas dyspnéique et n'a pas de douleur thoracique. Il ne présente pas non plus de symptômes digestifs ni urinaires. Il n'y a pas de lombalgie associée.

Ne connaissant pas le patient, je m'enquiers de ses antécédents. Il présente une hypertension pour laquelle il prend de l'amlodipine/perindopril 5 mg/5 mg<sup>a</sup>. Il a présenté dans le passé une crise de colique néphrétique ainsi qu'une pancréatite aiguë sur abus d'alcool. Mais il m'explique être abstinent depuis deux ans. Il fume environ 30 cigarettes par jour depuis environ 35 ans (soit 52,5 UAP<sup>b</sup>).

## Examen clinique

Je décide de l'examiner en espérant y voir un peu plus clair. La tension est mesurée à 160/100 mmHg et la fréquence cardiaque à 90 bpm.

L'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. Lors de l'examen abdominal, je retrouve une douleur vive à la palpation du pli inguinal gauche sans défense et je ne perçois ni adénite ni de hernie. L'ébranlement lombaire est négatif.

À l'examen orthopédique, il n'y a pas de trouble moteur ni sensitif. Les réflexes patellaires sont vifs et symétriques. Les mouvements de la hanche gauche réveillent la douleur au pli inguinal. Le signe de Homans est négatif.

### ABSTRACT

Case report of a 54-year-old patient consulting for a sudden onset left inguinal pain.

**Keywords :** arterial occlusion, arteritis obliterans of the lower limbs.

### RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient de 54 ans qui consulte pour une douleur inguinale gauche d'apparition soudaine.

**Mots-clés :** occlusion artérielle, artérite oblitérante des membres inférieurs.

## Un pied froid

Durant l'examen, le patient m'indique alors que son pied gauche est également plus froid que le droit. Les pouls fémoraux, pédieux et tibiaux sont palpés bilatéralement mais diminués à gauche et le TRC (temps de recoloration capillaire) est majoré à gauche par rapport au côté contro-latéral.

Un autre test diagnostique est de prendre la TA au mollet (manchon adapté avec un appareil automatique) et de la comparer avec la TA prise en brachial (index de pression systolique : pathologique si < 0,9).

- a. Coveram®  
b. UAP = Unité-Année-Paquet (1 UAP = consommation de 20 cigarettes par jour pendant une année).

## Avis cardiovasculaire

Je suspecte donc une occlusion artérielle. J'appelle alors le chirurgien vasculaire avec lequel j'ai l'habitude de travailler : il me conseille de l'envoyer aux urgences pour une écho-doppler des membres inférieurs.

L'écho-doppler permet d'objectiver une thrombose artérielle à hauteur de l'artère fémorale superficielle. L'angioscanner réalisé par la suite montre une occlusion fémorale de l'ensemble de l'axe fémoral superficiel avec réinjection médiocre via l'artère fémorale profonde.

## Hospitalisation

Le patient est alors hospitalisé. Un bilan cardiaque permet d'objectiver une hypokinésie inféro-latérale basale et médiane. Une coronarographie a donc été réalisée et a détecté une occlusion de la coronaire distale et du segment moyen de la première diagonale ainsi qu'une athérosclérose modérée de l'interventriculaire antérieure proximale.

L'écho-doppler carotidienne a décelé une surcharge athéromateuse plus marquée à gauche sans sténose carotidienne bilatéralement.

Le patient est alors opéré d'un pontage fémoro-poplité supracondylien gauche avec la veine saphène interne.

## Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

Le patient a donc présenté une AOMI. Il s'agit d'une atteinte obstructive située essentiellement au niveau des artères des membres inférieurs en lien avec des lésions athéromateuses qui diminuent la lumière artérielle et favorisent la formation de thrombose. Le tabac constitue le facteur de risque principal. Le diabète, l'HTA, la dyslipidémie et la dialyse sont d'autres facteurs de risque importants.

Tableau 1. Prise en charge de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs (IAMI) en fonction de la classification de Leriche et Fontaine<sup>1</sup>.

Classification de Leriche et Fontaine	Situation clinique	Traitement
Stade I: abolition des pouls	Asymptomatique	Traitement médical + bilan cardiologique et des troncs artériels supra-aortiques
Stade IIa: claudication > 200 m	Patient claudicant	Traitement médical en première intention, puis revascularisation en cas d'échec du traitement médical et d'altération de la qualité de vie
Stade IIb: claudication < 200 m		
Stade III: douleurs de décubitus	Ischémie critique	Traitement médical + revascularisation d'emblée
Stade IV: troubles trophiques		

La classification de Leriche et Fontaine ci-avant permet d'évaluer le degré de gravité de l'AOMI.

## Retour à la situation clinique

Suite à son intervention, le patient a mis environ deux semaines pour retrouver une bonne mobilité avec l'aide du kinésithérapeute. Son traitement antihypertenseur a été renforcé. De plus, il a reçu un antiagrégant plaquettaire ainsi qu'une statine en prévention secondaire.

Il a été vivement conseillé au patient d'arrêter de fumer, de manger sainement et de pratiquer une activité physique régulière.

Malheureusement, durant son hospitalisation, une cirrhose Child Pugh A a été décelée (le patient avait abusé de l'alcool dans le passé) et un suivi régulier (dosage alpha-fœto-protéine et échographie abdominale tous les 6 mois) devra avoir lieu pour le dépistage de l'hépatocarcinome.

## Conclusion

Cette situation clinique particulière (patient qui consulte pour la première fois pour un problème aigu) rappelle l'importance d'une anamnèse et d'un examen clinique rigoureux qui constituent les deux outils principaux du médecin généraliste. Il est important d'évoquer les diagnostics différentiels possibles et d'éviter ainsi l'« effet tunnel<sup>c</sup> ». Sauf que pour mon patient, la présentation était différente de celle à laquelle je m'attendais quant à une occlusion artérielle (claudication à la marche): la douleur apparaissait dès la mise en mouvement. S'il ne m'avait pas indiqué que son pied gauche était froid, peut-être serais-je passé à côté du diagnostic.

## Bibliographie

1. Morère PH. Patient claudicant et ischémie critique: du diagnostic à la prise en charge. Rev Med Suisse. 2017; 13: 514-518.

<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-552/Patient-claudicant-et-ischemie-critique-du-diagnostic-a-la-prise-en-charge>

- c. L'« effet tunnel » décrit le fait d'évoquer un diagnostic précis face à des plaintes en occultant les diagnostics différentiels possibles.