

# **Pathologies Abdominales non traumatiques**

- **Douleurs:**
  - **Motif de 5 à 10% des consultations aux urgences**
  - **Source d'angoisse et de manifestations émotionnelles importantes**
  - **Nécessite une hiérarchisation dans la prise en charge**
    - **Abdomen sur-aigu : urgence vitale = 1 % des urgences abdominales vues aux urgences**
    - **Abdomen aigu : urgence relative**
    - **Abdomen sub-aigu : urgence différée**

# Douleur

- **Interrogatoire +++**

- **Type**

- **Aigue, sourde, permanente**
    - **Brutale, progressive**

- **Siège**

- **Valeur d'orientation mais certaines douleurs siègent à distance**

- **Facteurs modifiant**

- **Age, dénutrition, obésité, alcool, toxiques**
    - **Traitements**
      - **Antalgiques**
      - **Corticoides**
      - **Antibiotiques**

- **Antécédents**

- **Chirurgicaux ++**                      **médicaux**                      **voyages**

# Examen clinique

- **Patient dévêtu, vessie vide**
- **Rechercher**
  - Cicatrices abdominales
  - Événtration
  - Tuméfaction
- **Regarder**
  - Distension
  - Absence de respiration abdominale
- **Palper**
  - Contracture : rigidité pariétale
  - Défense : contraction involontaire douloureuse
- **Percuter**
- **Touchers pelviens**

# Signes associés

- **Fièvre, frissons**
- **Troubles du transit**
  - **Vomissements**
  - **Constipation, diarrhée, maelena**
- **Pâleur, ictère**
- **Perte de poids**
- **Signes de déshydratation**
- **Signes de choc: marbrures, hypotension, oligurie, troubles de la conscience : torpeur, agitation.**

# **Etiologies des douleurs abdominales aiguës**

• Cause indéterminée	34 %
• Appendicite	28 %
• Cholécystite	10 %
• Occlusion du grêle	4 %
• Cause gynécologique	4 %
• Pancréatite aiguë	3 %
• Colique néphrétique	3 %
• Perforation d'ulcère	2.5 %
• Sigméïdite diverticulaire	1.5 %

# Prévalence selon age / sexe

	< 50ans	>50 ans	homme	femme
<b>Douleur NS</b>	<b>40 %</b>	<b>16 %</b>	<b>22 %</b>	<b>25 %</b>
<b>Appendicite</b>	<b>32 %</b>	<b>15 %</b>	<b>30 %</b>	<b>23 %</b>
<b>Cholécystite</b>	<b>6 %</b>	<b>21 %</b>	<b>8 %</b>	<b>12.5 %</b>
<b>Occlusion</b>	<b>2 %</b>	<b>12 %</b>	<b>8 %</b>	<b>9 %</b>
<b>Pancréatite</b>	<b>2 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5.2 %</b>	<b>2 %</b>
<b>Patho.gynéco-obst</b>				<b>10 %</b>
<b>Diverticulose</b>	<b>&lt; 0.1 %</b>	<b>6 %</b>	<b>2.1 %</b>	<b>2 %</b>

# Degrés d'urgence

- **Extrême urgence**
  - Urgences hémorragiques
    - Anévrisme de l'aorte
    - Grossesse extra-utérine
    - Rupture splénique ou autre rupture vasculaire intra-abdominale
- **Urgences relatives**
  - Perforation
    - Intestinale
    - Biliaire
  - Occlusion par strangulation
  - Embolie artérielle mésentérique
- **Urgences différées**
  - Appendicites, cholécystites
  - Occlusion par obstruction
  - Certaines perforations hautes

# **Examens complémentaires, hospitalisation, traitement**

- **Au terme de son examen clinique :**
  - **Demande d'examens biologiques ?**
  - **Demande d'examens d'imagerie ?**
  - **Demande de consultations ?**
  - **Hospitalisation ?**
  - **Orientation : dans quel service ?**
  - **Traitement ?**



# Examens biologiques

- **Quels examens seront décisionnels ?**
- **Sont exclus les examens rentrant dans le cadre de l'évaluation du patient en état de choc ou présentant une défaillance d'organe**
- **Examen doit donc répondre à une question précise et être utile pour :**
  - **Étayer ou modifier un diagnostic**
  - **Instaurer un traitement**
  - **Orienter le patient : sortie, hospitalisation simple, chirurgie ou réanimation**

# Tests spécifiques et généraux

- Les tests généraux jugent d'un état et non de l'origine de la pathologie abdominale
  - Infection
  - Syndrome inflammatoire
  - Déshydratation, anémie,
  - Hypoxie tissulaire
- Les tests spécifiques
  - Des pathologies extra-abdominales : infarctus, embolie pulmonaire, pneumopathie
  - Pathologies abdominales
    - Peu voire aucun test spécifique
      - » Lipasémie (3 \*N) Sens. : 100% Sp. : 99 %
    - Cas particulier
      - » Femme en age de procréer : dosage urinaire ou sanguin des béta HCG

# Place de l'imagerie

- **Objectifs**
  - « affiner » ou affirmer un diagnostic nécessitant une sanction chirurgicale
  - Établir un diagnostic précis pour organiser une orientation adaptée
- **Moyens**
  - Abdomen sans préparation
  - Échographie
  - Tomodensitométrie
- **Questions**
  - Quand faire appel à l'imagerie
  - Quand réaliser un ASP
  - Rôles respectifs de l'échographie et de la tomodensitométrie

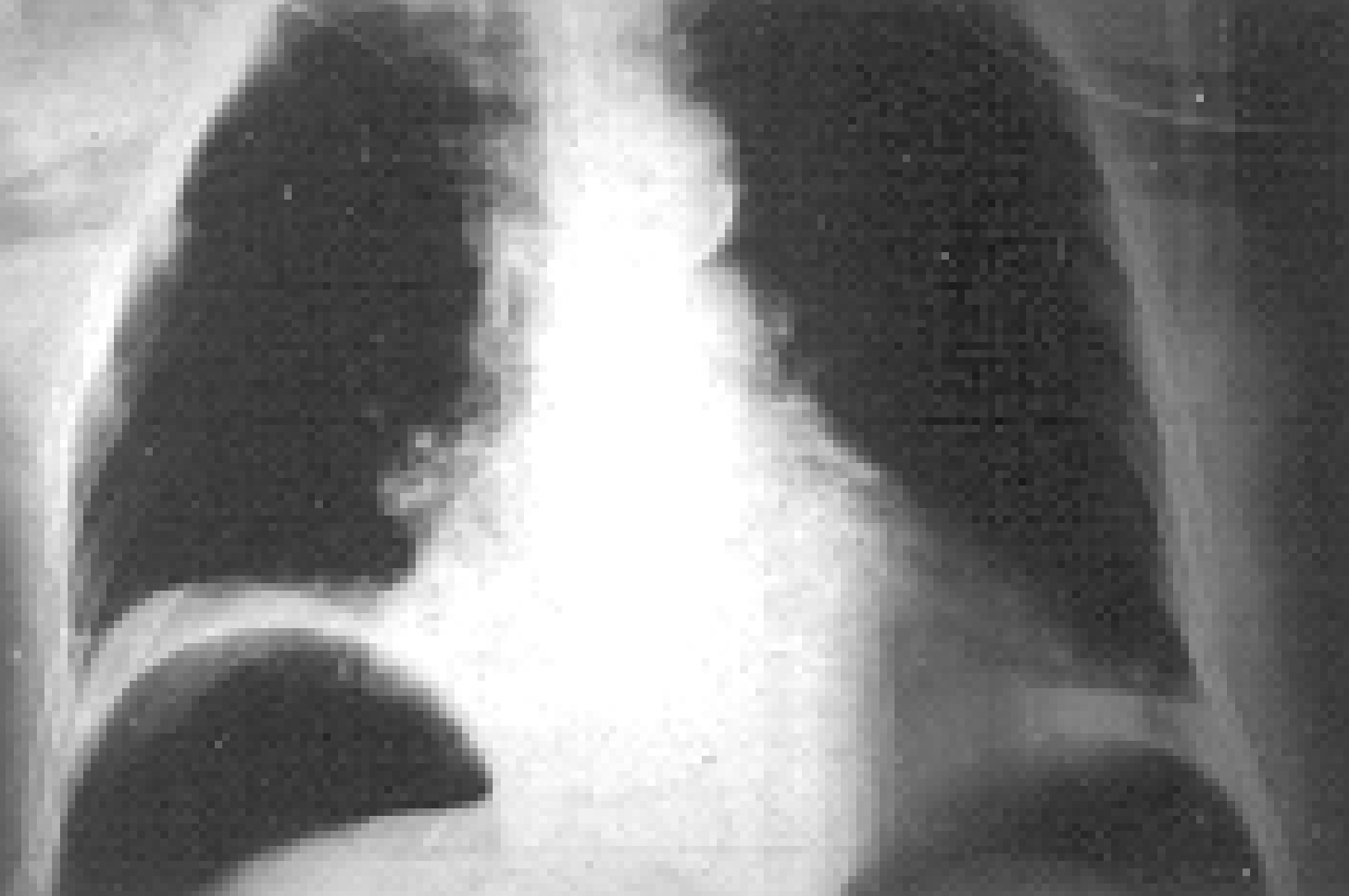
# Pertinence de l'imagerie

- **Arguments positifs**
  - Possibilité d'analyse de plus en plus performante
  - Multiplicité des étiologies : diagnostic très complexe
  - Malades « plus complexes » : age, antécédents, terrain
  - Modalités thérapeutiques très variées nécessitant de préciser le diagnostic
  - Radiologie peut être interventionnelle
- **Arguments négatifs**
  - Causes non déterminées d'évolution simple (de 30 à 40 %)
  - Accessibilité à l'imagerie
  - Coût et multiplication des examens

# ASP

- **Non contributif dans près de 50 % des cas**
  - **Cholécystite, pancréatite, infarctus mésentérique etc...**
- **Ne vient que confirmer un diagnostic cliniquement établi sans apporter de renseignements supplémentaires**
- **Performant si :**
  - **Qualité optimale**
  - **Situation rarement rencontré**
- **Spécificité élevée dans perforations et occlusions et donc justifié dans 3 cas**
  - **Suspicion de perforation du tube digestif**
  - **Occlusions mécaniques**
  - **Suspensions de colique néphrétique**
- **Souvent complété par Tomodensitométrie**
- **Intérêt de la radiographie pulmonaire +++**





# Echographie versus TDM

- **Buts**
  - **Dépister rapidement les malades chirurgicaux**
  - **Éviter les laparotomies inutiles**
    - Appendicectomies inutiles évaluées à 15-30%
  - **Éviter ou raccourcir l'hospitalisation**
    - Diminution du taux d'hospitalisation pour syndrome appendiculaire de 24 %
- **Choix dépend :**
  - **Pathologie suspectée**
  - **Présentation clinique du patient**
    - État de choc, gravité
    - Morphotype, obésité, volume abdominal
    - Tympanisme, douleurs
  - **Accessibilité des appareils**
  - **« Performances » de l'échographiste**



# Critères de choix entre écho et TDM

- **Echographie**

- **Enfant**
- **Femme jeune**
- **Sujet maigre**
- **Abdomen plat et mat**
- **Douleur localisée**
- **Affection unique**
- **Echographeur entraîné**

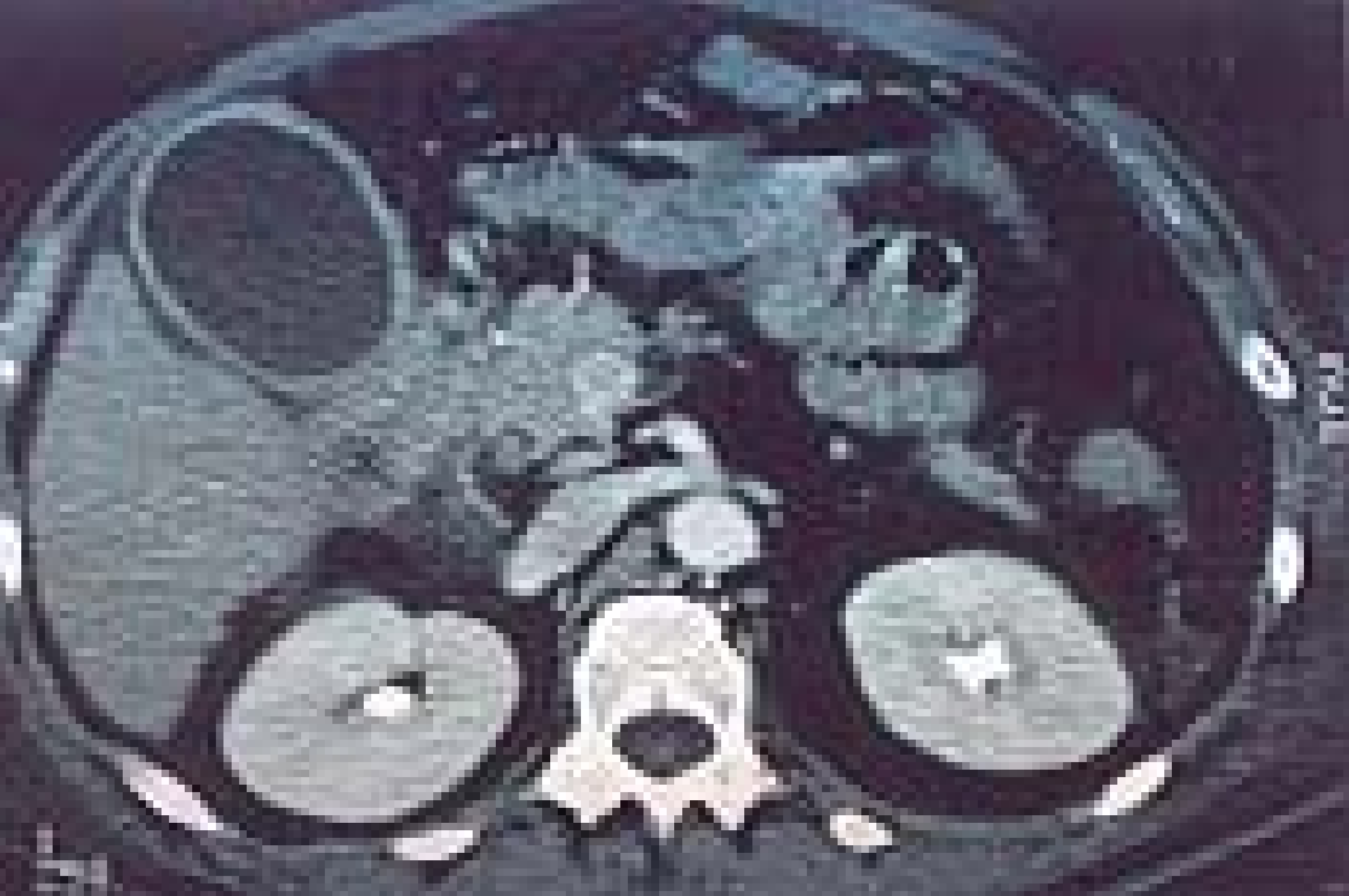
- **Tomodensitométrie**

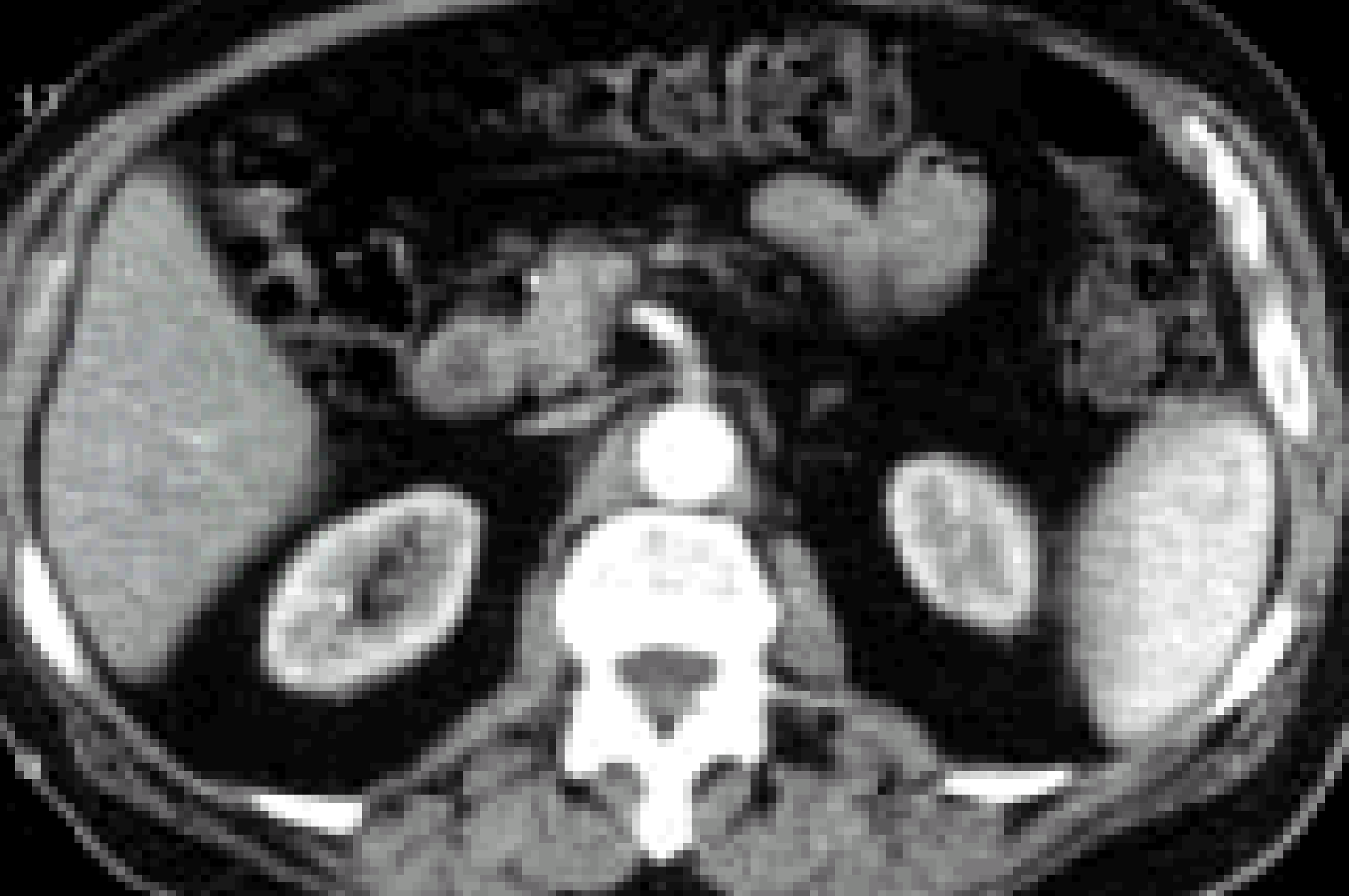
- **Sujet âgé**
- **Malade obèse**
- **Tympanisme**
- **Douleur diffuse**
- **Syndrome occlusif**
- **Malade immuno-déprimé**
- **Affections multiples complexes**
- **Antécédents chirurgie abdominale**

# Place des différentes techniques d'imagerie

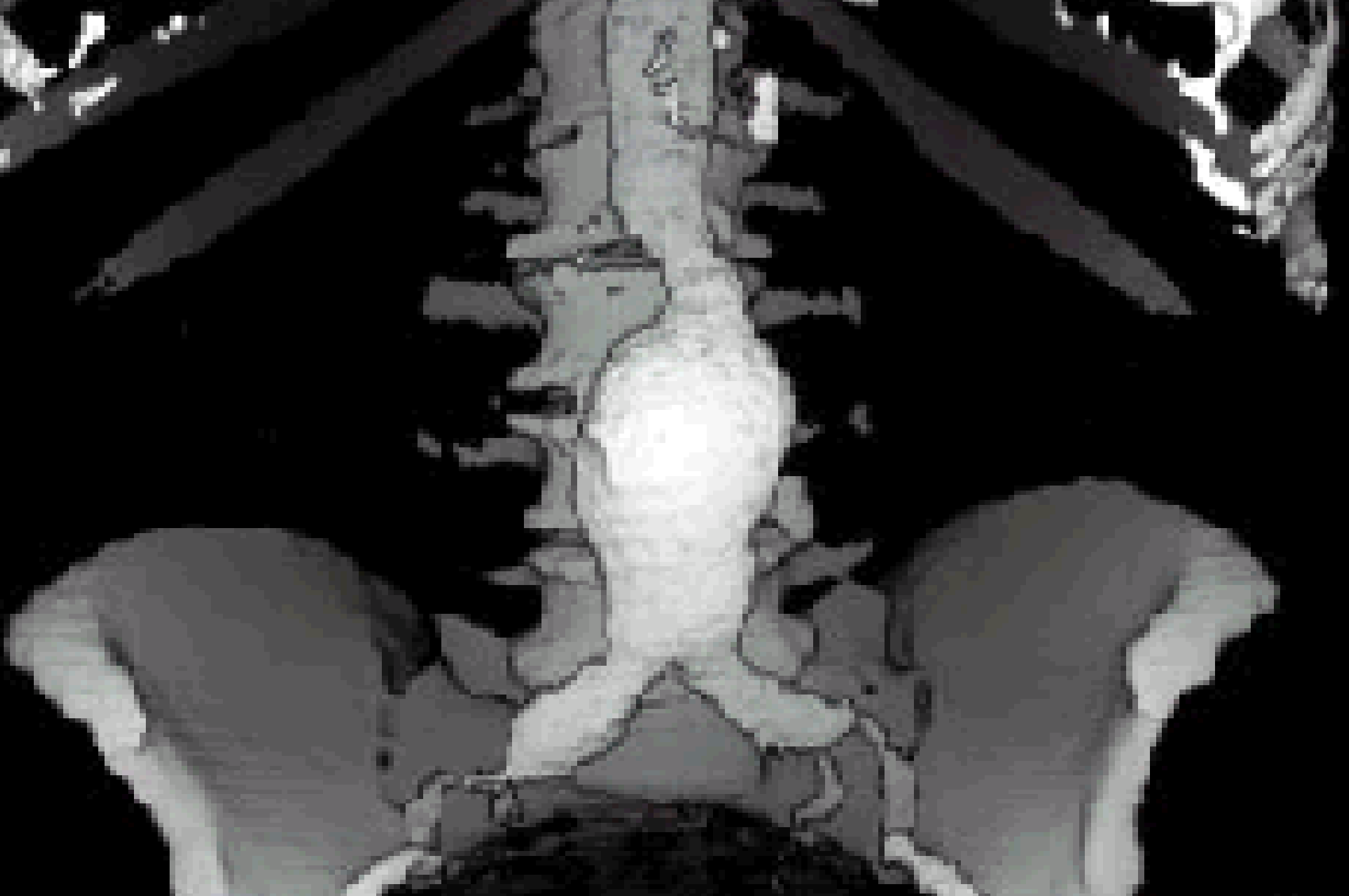
	<b>ASP</b>	<b>Echo</b>	<b>TDM</b>
<b>Pancréatite</b>	-	+	+++
<b>Appendicite</b>	-	++	+++
<b>Sigmoïdite</b>	-	+	+++
<b>Grossesse extra utérine</b>	-	+++	-
<b>Lithiase biliaire compliquée</b>	-	+++	-
<b>Colique néphrétique</b>	++	+	+++
<b>Anévrysme aorte fissuré</b>	-	++	+++
<b>Perforation digestive</b>	+++	-	+++
<b>Syndrome occlusif</b>	++	-	+++











# Appendicites aiguës (1)

- **La plus fréquente des urgences abdominales**
- **Polymorphisme symptomatique**
- **Absence de parallélisme anatomo-clinique**
- **La plus typique : douleur de la fosse iliaque droite de l'adulte jeune**
- **Douleur progressive ou brutale**
- **Vomissements ou état nauséux, constipation (inconstant)**
- **Fièvre modérée**
- **Douleur provoquée au point de Mac Burney**
- **Défense localisée de la FID : atteinte sévère**



# Appendicites aiguës (2)

- **Le diagnostic est clinique**
- **L'hyperleucocytose est modérée : 10000 GB mais manque dans 30 % des cas**
- **ASP : images inconstantes aériques ou hydroaériques dans la FID**
- **Evolution : imprévisible**
  - **Péritonite par diffusion**
  - **Péritonite en 2 temps par perforation (3ème 4 ème j)**
  - **Plastron appendiculaire : agglutination d'anses grêles et d'épiploon autour d'un appendice pathologique**

# Traitement de l'appendicite aiguë

- Douleur aiguë mais absence de réaction pariétale, temp < 38° et GB < 10000 : pas d'intervention, réévaluation à 12 h
- Il est chirurgical
- Intervention :
  - classique
  - coelioscopie
  - pas de critères de choix
  - Enfouissement du moignon ?
- Drainage si décollements importants ou abcès
- Antibiothérapie per-opératoire à l'induction anesthésique (iv : céfoxitine ou cefotetan) à poursuivre selon les constatations opératoires
- Examen anatomo-pathologique systématique
- Complications : abcès, péritonite, occlusion, mortalité: 0,1-0,4 %



# Occlusion intestinale aiguë

- **Interruption du transit intestinal normal : douleurs, vomissements, météorisme, arrêt des matières et des gaz**
- **Causes fonctionnelles : « iléus paralytique », le péristaltisme s'arrête au contact :**
  - **d'un foyer infectieux : appendicite, sigmoïdite ou péritonite**
  - **d'un foyer inflammatoire : pancréatite**
  - **de sang intra ou sous péritonéal : fracture de rate, du bassin**
  - **lors de stimuli douloureux : colique néphrétique**
  - **En post opératoire de chirurgie abdominale**
- **Causes mécaniques : obstacles**
  - **Pariétal : ex : cancer colique**
  - **Intra-luminal : ex : iléus biliaire**
  - **Extra-luminal : ex : bride**

# Occlusion du grêle

- **Occlusion par obstruction**

- **Type : occlusion sur bride**

- **Douleurs, vomissements abondants, arrêt des matières et des gaz retardé**
- **Ventre souvent plat, cicatrice de laparotomie**
- **Signes biologiques de déshydratation si vomissements abondants**
- **ASP : grêle distendu, niveaux, côlon non visible**

- **Occlusion par strangulation**

- **Type : volvulus ou hernie étranglée du grêle**

- **Douleur brutale, fixe, vomissements**
- **Ballonnement localisé, point douloureux : pied de l'anse**
- **Signes biologiques de déshydratation**
- **ASP : anse visible +/- distendue, grêle peu distendu, côlon non visible**

# Occlusion colique

- **Par obstruction** : type **cancer du côlon gauche** (10 à 20 % révélés par une occlusion), ou **sigmoïdite diverticulaire**
  - Douleurs progressives à types de coliques
  - Peu de vomissements, peuvent être fécaloïdes
  - Arrêt des gaz précoces souvent sujet constipé
  - Signes généraux rares
  - Ballonnement en cadre voire généralisé, masse parfois palpable en FIG, bruits de lutte
  - Lavement opaque lors d'une tomodensitométrie
- **Par strangulation** : **volvulus du côlon sigmoïde**
  - Douleur intense, permanente de la FIG
  - Pas de vomissements, arrêt immédiat des matières et des gaz
  - Ballonnement +++ asymétrique,
  - ASP : anse volvulée, dilatée +++,
  - Lavement : rectum se termine en cône

# Traitement des O.I.A.

- **Médical**

- **Aspiration digestive**
- **Correction des troubles hydro-électrolytiques**

- **Chirurgical**

- **En urgence : si menace de nécrose ou de perforation digestive**
- **Strangulation : lever le garrot, traiter l'anse en fonction de sa vitalité**
- **Obstruction : lever l'obstacle**
  - **Résection anastomose**
  - **Dérivation : iléostomie, colostomie**

# Péritonite (1)

- **Inflammation ou infection aiguë du péritoine**
- **Localisée ou généralisée**
- **Primitive :**
  - **Bactérienne spontanée (syndrome néphrotique, cirrhose) germes: pneumocoque**
- **Secondaire :**
  - **Perforation de viscères intra-abdominaux**
  - **Post opératoire**
  - **Post traumatique**
  - **Post dialyse péritonéale**
- **Caractère :**
  - **Communautaire**
  - **nosocomial**

# Péritonite (2)

- **Clinique**

- **Plastron : masse résistante : « blindage »**
- **Défense : contraction involontaire en réaction à la pression de la paroi**
- **Contracture : stade ultime de la défense dépression impossible: ventre de bois**

- **Etiologies**

- **Perforation gastro-duodénale : ulcère, tumeur**
- **Perforation du grêle : strangulation, Crohn, entérite nécrosante, diverticule, infarctus mésentérique**
- **Perforation colique : tumeur, sigmoïdite, volvulus, fécalomes**
- **Perforation biliaire : cholécystite aiguë**



# Péritonite (3)

- **Pronostic**
  - **Mortalité : 30 % environ de 0,1% à 100 %**
  - **Facteurs**
    - **Age, dénutrition, immuno-dépression**
    - **Pathologies associées**
    - **Révélant un cancer**
    - **Ulcère : 5 à 20 %, biliaire : 8 %, K colique : 50%, post opératoire : 40 à 70%**
    - **Retard à l'intervention, qualité du geste**
    - **Antibiothérapie initiale inadaptée**
- **Scores : stratification, prédiction mortalité**
  - **Apache II**
  - **Mannaheim peritonitis index**

# Péritonite (4)

- **Bactériologie**

- **Affection mixte :aéro-anaérobie : synergie des germes en terme de pathogénie et de virulence**
- **Flore différente sus et sous mésocolique**
- **Germes les plus fréquents :**
  - **Aérobies :**
    - *Escherichia coli* : 60 à 70 %
    - *Enterococcus spp* : 10 à 30 %
  - **Anaérobies :**
    - *Bacteroides fragilis* : 20 à 45 %
    - *Clostridium* : 5 à 20 %
  - **Autres bactéries**
    - *Klebsiella* : 10 à 20 %, *Enterobacter et Proteus* : 5 à 10 %
    - *Pseudomonas aeruginosa* : 10 à 20 %
    - *Candida albicans* : 3 à 5 %

# Péritonite (5)

- **Traitement**

- **Général**

- **Préparation pré opératoire**

- **Voies veineuses, oxygénothérapie, sonde gastrique, sonde urinaire**
      - **Correction des désordres hydro-électrolytiques**
      - **Correction des désordres hémodynamiques : remplissage vasculaire, amines pressives**

- **Spécifique**

- **Chirurgie +++**

- **Éliminer la cause**
      - **Diminuer la contamination : toilette**
      - **Limiter le processus infectieux : drainage**

- **Antibiothérapie**

- **Débutée précocement**
      - **Voie Iv, doses adaptées aux contraintes pharmacodynamiques, efficace sur la majorité des germes suspectés**
      - **Pas de consensus sur un protocole**

# Angiocholite

- **Infection du contenu de la voie biliaire principale : infection compliquant un obstacle**
- **Germes : *E Coli*, *Streptococcus faecalis*, *B. fragilis***
- **Lithiase dans 90 % des cas, parasites**
- **Diagnostic : il est clinique : triade :**
  - **douleur : type colique hépatique**
  - **Fièvre : élevée 39°-41°, brutale avec frissons**
  - **Ictère : apparaît 1 à 2 jours après**
- **L'échographie : voie biliaire principale EH et IH souvent dilatée, calcul vu que dans 40 % des cas**
- **Traitement**
  - **Antibiothérapie par voie IV adaptée aux résultats des hémocultures**
  - **Chirurgie différée de quelques heures à quelques jours : cholécystectomie, ablation du ou des calculs, drainage**

# Ischémie intestinale aiguë

- **Causes:**

- **Artérielle : sténose ostiale, embolie artérielle aiguë à partir du cœur gauche**
- **Veineuse : pyléphlébite septique (appendicite, sigmoïdite)**
- **Pédiculaire : strangulation ou volvulus**
- **Capillaire : bas débit (IDM, chocs), hyper pression dans la lumière digestive (S. O'Gilvie)**

- **Signes**

- **Douleur : brutale, intensité croissante, continue, fixe, très violente en cas d'embolie artérielle**
- **Abdomen mat silencieux**
- **Imagerie : ASP : grisaille, anses paroi épaissie, Angio TDM ou angiographie**
- **Traitement : chirurgical : désobstruction, exérèse,**
- **Pronostic : sévère**