

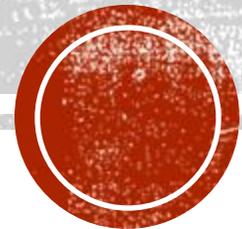


# **LES URGENCES ABDOMINALES**

**Dr. Klein Laure**

**Service de Chirurgie Digestive**

**Clinique saint Elizabeth CHC Heusy**



# INTRODUCTION

- **Majeure** partie des activités **chirurgiens généraux** (...%).

- Définition:

Affections dont les manifestations cliniques de **courte durée (< 10 jours)** pourraient résulter d'une pathologie **intra-abdominale** évolutive susceptible de **mettre la vie en danger ou de provoquer une morbidité importante.**

- Causes et traitements **multiples et variés.**

-> **Opération Urgente Vs Différée**  
**Vs Traitement conservateur.**

Ex:

Mortalité sur perforation augmente >7-8èmh

Nécrose grêle >3-4h d'ischémie.



**Table 1. Prompt Surgical Intervention Required**

Vascular compromise

- Malrotation with volvulus
- Other intestinal torsion (eg, lymphangioma, colon)
- Irreducible incarcerated hernias
- Nonreduced intussusception
- Late adhesive bowel obstruction
- Solid organ torsion (eg, gonad, spleen)

Trauma

Perforated viscus

- Acute appendicitis
- Necrotizing enterocolitis
- Idiopathic or drug-induced lesions (eg, steroids)
- Peptic ulcer disease
- Meckel's diverticulum

Trauma

Foreign bodies

Acute hemorrhage

- Trauma to solid viscus (unstable patient)
- Trauma to major vessels
- Meckel's diverticulum
- Ectopic pregnancy

**Table 2. Relative Surgical Urgency Required**

Intestinal obstruction

- Congenital lesions (eg, atresias, bands, megacolon)
- Adhesive bowel obstruction (early stages)
- Postoperative intussusception
- Inflammatory bowel disease
- Tumor (eg, lymphoma)

Infection/parasitosis

- Early acute appendicitis
- Walled-off abscesses
- Complications owing to intestinal infections or parasites

Trauma

- Pancreatic injury
- Hemobilia
- Bladder rupture
- Non-life-threatening hemorrhage
- Inflammatory bowel disease
- Intratumoral hemorrhage

Tumors

- Intraabdominal lesions (eg, lymphangioma, lymphoma, teratoma)
- Retroperitoneal lesions (eg, Wilms' tumor, neuroblastoma)

Miscellaneous

- Choledocholithiasis with obstruction

+ **Cholécystite aigue lithiasique**  
+ **Lithiase urinaire avec obstruction**



**Table 3. Pathologies Suitable for (Initial) Nonsurgical Management**

Trauma

Hepatic, splenic, renal injury

Duodenal hematoma

Pancreatic pseudocysts

Infection/parasitosis

Pelvic inflammatory disease

Amebiasis, Yersiniosis

Ascariasis

Intraperitoneal/foreign body infections (manageable by removal)

Ventriculo-peritoneal shunts

Peritoneal dialysis catheters

Miscellaneous

Early necrotizing enterocolitis

Pancreatitis (nonhemorrhagic or necrotizing)

Omental torsion

Splenic infarct in sickle cell disease

Urinary tract pathology

**Table 4. Surgical Intervention Not Indicated**

Infection

Gastroenteritis (multiple viral, bacterial, protozoal, or parasitic agents)

“Mesenteric adenitis”

Basal pneumonia

Herpes zoster

Primary peritonitis

Hepatitis

Intestinal luminal abnormalities

Constipation

Aerophagia

Swallowed foreign bodies

Systemic and metabolic diseases

Henoch-Schöenlein purpura

Diabetes

Porphyria

Uremia

Hyperlipidemia

Addisonian crisis

Circulatory diseases

Cardiac failure

Microemboli

Intoxication

Lead

Thallium

Fungi

Certain insect and snake bites

Miscellaneous

Pneumoperitoneum secondary to mediastinal emphysema

Paralytic ileus

Labor (pregnancy)

Muscle strain (exercise, coughing)

Idiopathic conditions



# CLÉS DIAGNOSTIQUES

- **Anamnèse complète:**

ATCD médicaux, chirurgicaux, familiaux

Age

Chronologie des symptômes

Traitement personnel

PAS oublier la grossesse/ plaintes gynécologiques

Questions clés!

	Age < 50 ans	Age > 50 ans
D+ abdominale non spécifique	40 %	16%
Cholécystite	6%	21%
Appendicite	32%	15%
Occlusion intestinale	2%	12%
Pancréatite	2%	7%
Mal Diverticulaire compliquée	< 0.1%	6%
Cancer	< 0.1%	4%
Hernie	< 0.1%	3%
Cause vasculaire	< 0.1%	2%

## ACUTE ABDOMINAL PAIN ASSOCIATIONS IN THE IMMUNOCOMPROMISED PATIENT

### CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Interstitial pneumonitis  
Mononucleosis  
Pancreatitis  
Hepatitis  
Cholecystitis  
Gastrointestinal ulceration

### PANCREATITIS

Steroids  
Azathioprine  
Cytomegalovirus  
Pentamidine

### HEPATITIS

Hepatitis A, B, and C  
Cytomegalovirus  
Epstein-Barr virus

### CHOLECYSTITIS

Cytomegalovirus  
Acalculous cholecystitis  
Campylobacter

### HEPATOSPLENIC ABSCESS

Fungal  
Mycobacterial  
Protozoal  
Splenic rupture

### BOWEL PERFORATION

Lymphoma, leukemia (especially after chemotherapy)  
Cytomegalovirus  
Colon ulcers  
Kaposi sarcoma  
Pseudomembranous colitis  
Mycobacteria  
Iatrogenic

### ACUTE GRAFT-VERSUS-HOST DISEASE

### PSEUDOACUTE ABDOMEN

### FECAL IMPACTION

### STANDARD ABDOMINAL PROCESSES

Appendicitis  
Cholecystitis  
Diverticulitis  
Bowel obstruction  
Ulcer disease  
Pelvic inflammatory disease  
Perirectal abscess  
Urinary tract infection  
Lymphadenitis

### NEUTROPENIC ENTEROCOLITIS

# QUESTIONS CLÉS:

- Quel fut la **première** plainte et **quand** est-elle apparue ?
- Avez-vous mesuré votre **température** ?
- De quand date le dernier **repas** normal **toléré** ?
- Les **vomissements sont-ils** biliaires, alimentaires ou fécaloïdes ?
- A quand remontent les **dernières selles et gaz** ?
- L'abdomen est-il **plus gros** que d'habitude ?
- Y a-t' il eu **hémorragie digestive** haute ou basse ?
- Les douleurs sont-elles **secondaires ou inaugurales** ?
- Les douleurs sont-elles **colicatives ou constantes** ?
- De quand datent les éventuelles **dernières règles** ?
- Quels sont les **médicaments** pris ?
- Indiquez vous-même la **région** la plus douloureuse.
- Exclamez les **notions** d'ulcère, de lithiases connues non traitées, d'arythmie cardiaque, de traumatisme récent ou d'éthylisme.



- **Mode d'installation :**

Aigue/ Chronique

- **Localisation :**

Ombilical/diffuse vs Spécifique

- **Caractérisation:**

Fixe / Irradiante

Continue / Intermittante

Crampoïde /"pression"/"pointe"

- **Intensité :**

D'emblée aigue / Progressive

Chronologie d'apparition

- **Symptomatologie associée :**

N+ / V+ /hématémèse

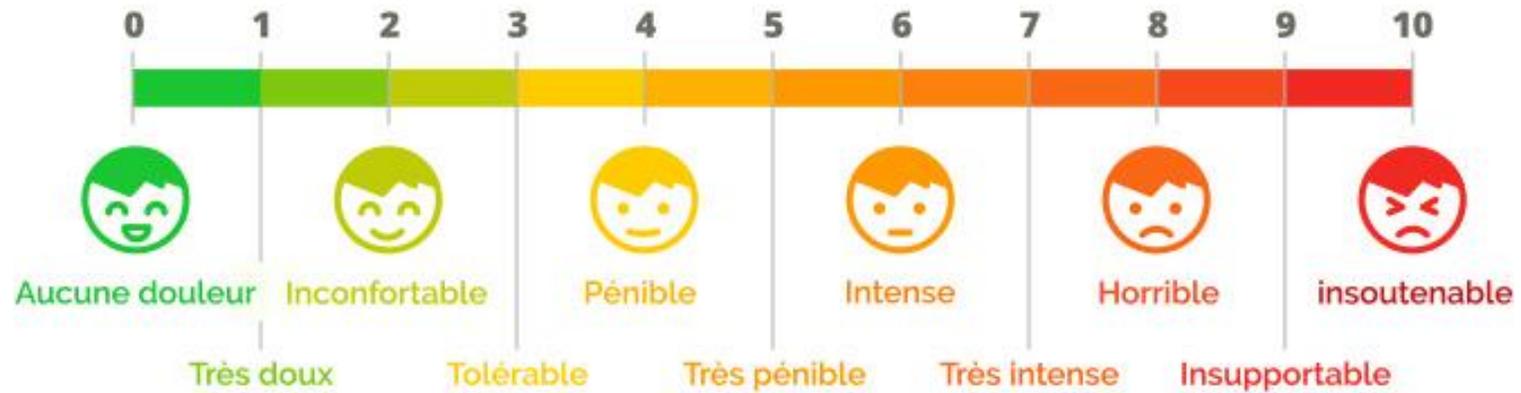
Diarrhées/constipation/rectorragie

- **Facteurs aggravants :**

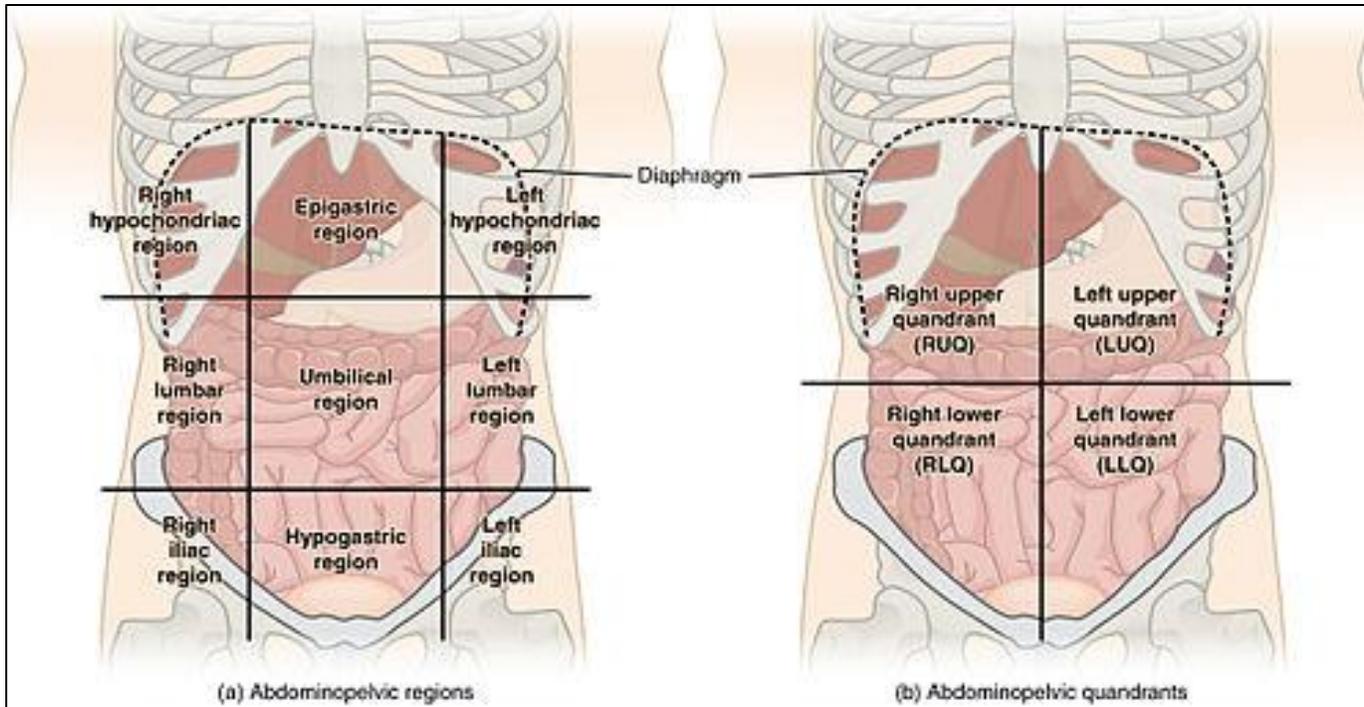
Position / Respiration/Palpitation thx

Fièvre/AEG

# ECHELLE DE LA DOULEUR



# LOCALISATION DE LA DOULEUR



## RIGHT UPPER QUADRANT PAIN (1)

Cholecystitis  
 Choledocholithiasis  
 Retrocecal appendicitis  
 Pancreatitis  
 Subdiaphragmatic abscess  
 Hepatic abscess  
 Hepatitis (A, B, C)  
 Peptic ulcer  
 Hepatic metastasis  
 Choledochocyst  
 Hepatic vein obstruction (Budd-Chiari syndrome)  
 Herpes zoster  
 Pneumonia  
 Hepatomegaly from congestive heart failure  
 Myocardial ischemia  
 Pericarditis  
 Pleuritis  
 Empyema  
 Pulmonary infarction

## LEFT UPPER QUADRANT PAIN (2)

Splenomegaly  
 Splenic infarction  
 Splenic artery aneurysm  
 Splenic rupture (from blunt trauma)  
 Fractured ribs  
 Gastritis  
 Peptic ulcer disease  
 Pancreatitis  
 Herpes zoster  
 Pneumonia  
 Myocardial ischemia  
 Pericarditis  
 Pleuritis  
 Empyema  
 Pulmonary infarction

## EPIGASTRIC PAIN (3)

Pancreatitis  
 Gastritis  
 Peptic ulcer disease  
 Cholecystitis  
 Reflux esophagitis  
 Myocardial ischemia  
 Pericarditis

## RIGHT LOWER QUADRANT PAIN (4)

Appendicitis  
 Ruptured peptic ulcer (Valentino syndrome)  
 Cholecystitis  
 Intestinal obstruction  
 Diverticulitis  
 Crohn's disease  
 Leaking abdominal aortic aneurysm  
 Ectopic pregnancy  
 Ovarian cyst  
 Salpingitis  
 Ovarian torsion  
 Endometriosis  
 Mittelschmerz  
 Renal calculi  
 Psoas abscess  
 Seminal vesiculitis  
 Abdominal wall hematoma

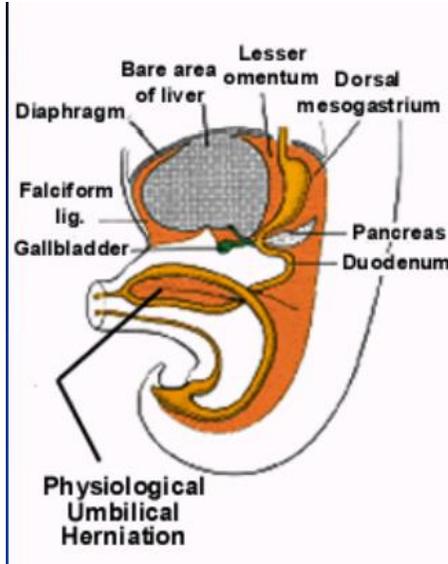
## LEFT LOWER QUADRANT PAIN (5)

Diverticulitis  
 Appendicitis  
 Colon cancer  
 Intestinal obstruction  
 Splenomegaly  
 Gastritis  
 Inflammatory bowel disease  
 Leaking abdominal aortic aneurysm  
 Ectopic pregnancy  
 Ovarian cyst  
 Salpingitis  
 Ovarian torsion  
 Endometriosis  
 Mittelschmerz  
 Renal calculi  
 Psoas abscess  
 Seminal vesiculitis  
 Abdominal wall hematoma

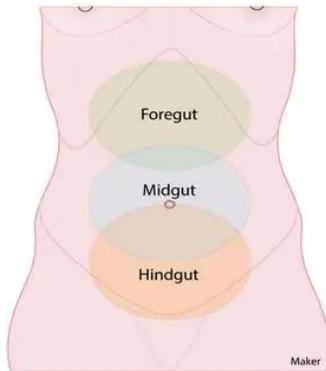
## DIFFUSE PAIN

Early appendicitis  
 Peritonitis  
 Gastroenteritis  
 Pancreatitis  
 Mesenteric thrombosis  
 Abdominal aortic aneurysm  
 Intussusception  
 Colitis  
 Intestinal obstruction  
 Inflammatory bowel disease  
 Leukemia  
 Sickle cell crisis  
 Mesenteric adenitis  
 Metabolic, toxic and bacterial causes

# TYPE DE DOULEUR:

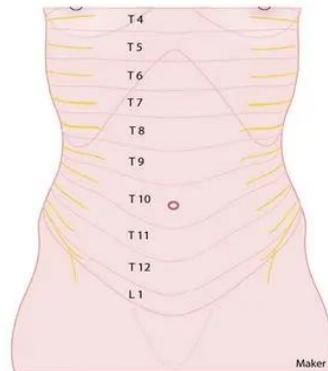


Abdominal Pain  
Embryological and Anatomical Basis



Visceral Pain

The patient describes visceral pain as a vague, dull, aching discomfort. It is typically localized in the midline corresponding with the embryological origin of the alimentary tract.



Somatic Pain

The patient is able to describe, time, and characterize somatic pain more precisely. It is localized to the area of contact of inflamed viscera with the parietal peritoneum which is innervated by the somatic nerve supply of the same respective dermatome.

## ▪ **Viscérale:**

-> Contraction musculaire gastrique/intestinale < SNA D6L2 / S2-S4.

## ▪ **Pariétale:**

-> D+ précise < Afférences D5L2 ou C3C5 (diaphragme).

-*Diffuse* = irritation péritonéale -> Perforation organe creux / rupture abcès .

-*D+ viscérale + irritation localisée caractéristique* -> AA / Cholécystite .

-*D+ profonde + irritation localisée* -> Occlusion + perforation.

## ▪ **Extra abdominale:**

-> pneumonie / infarctus <Th9-L1.

## ▪ **Apparente:**

-> S. Munchausen / toxicomanie.



# CLÉS DIAGNOSTIQUES

## ▪ Examen clinique:

### -Etat de conscience:

Trauma /Déshydratation (langue, test pli de peau) /Hémorragie /Troubles métaboliques.

### -**Evaluation hémodynamique** :

Vasoconstriction périphérique (pâleur)/ Tachycardie/ Hypotension/Tachypnée.

### -**Etat septique** :

Fièvre/ Frissons/ Choc septique (teint grisâtre, cireux).

### -Examen physique "**complet**" :

Tête et cou/Cardio-pulmonaire/Abdominal/Membres (régions inguinales/ TV/TR.





▪ **Examen abdominal:**

!Position "confortable".

**Inspection:**

Respiration abdominale / Masse / Couleur .

**Palpation:**

-*Musculature*: Souplesse / Contracture / Défense / Rebound / Orifices herniaires .

-*Viscérale* :Dilatation / Tumeur / Hépatosplénomégalie .

-*Rétropéritoine*: Loges rénales / Aorte / Psoitisme.

**Auscultation :**

*Péristaltisme*: absent/ augmenté/ diminué.

*Percussion*: matité hépatique ?

**TR – TV: !Pas oublier**

Selles (fécalome)/sang /masse/ D+ évoquée



# CLÉS DIAGNOSTIQUES:

## ■ Bilan biologique

**Labo :**

*Hémato: hb, GB, FHL, plq.*

*Reins: urée/créat/protéine/acide urique.*

*Ionogramme: Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Ca<sup>++</sup>.*

*Enzymes hépatiques / Amylase - Lipase /LDH.*

*B-HCG.*

*Coagulation: quick/INR.*

*CRP ! Sensibilité 40-99%, Spécificité 27-90%, Faux négatif 3%, Faux positif 11%!*

*Enzymes cardiaques: CPK, CPK MB (rapport), troponine T.*

**RUSUCU:** *Gb, Gr, nitrite, protéine, acétone.*

**Hémocultures** (si fièvre >38.2°C ou à froid).

**Bactério:** *frottis/écouvillon.*



# CLES DIAGNOSTIQUES



## ■ Imagerie: !APRES l'examen clinique!

	Sources du rayonnement	Dose en millisievert	Durée d'exposition naturelle nécessaire pour atteindre la même dose
	Rayonnement naturel en Belgique	2,4 mSv	1 an
Activités de la vie quotidienne	4 heures dans un avion pour passager (en raison de l'altitude plus élevée et de l'atmosphère raréfiée)	0,005 mSv	1 jour
	7 jours de ski en montage	0,005 mSv	1 jour
Radiographie	Radiographie de la colonne lombaire (examen complet)	1,9 mSv	9 mois
	Radiographie de l'abdomen	0,5 mSv	3 mois
	Radiographie du bassin	0,5 mSv	4 mois
	Mammographie	0,3 mSv	1,5 mois
	Radiographie pulmonaire (vue latérale)	0,06 mSv	9 jours
	Radiographie pulmonaire (vue de face)	0,04 mSv	6 jours

CT-scan	CT-scan angiographique du coeur	10,5 mSv	4,5 ans
	CT-scan de la colonne lombaire	7 mSv	3 ans
	CT-scan de l'abdomen	7 mSv	4 ans
	CT-scan pulmonaire	3 mSv	15 mois
	CT-scan de la tête	1,5 mSv	8 mois
	CT-scan des sinus	0,1 mSv	15 jours
Médecine nucléaire	Examen de l'irrigation du coeur (effort et repos)	12 mSv	5 ans
	Examen de l'irrigation du cerveau	6 mSv	2,5 ans
	Examen PET	4,5 mSv	2 ans
	Examen du squelette	4 mSv	20 mois
	Examen de l'irrigation des poumons	2 mSv	10 mois
	Examen de la thyroïde	1 à 2 mSv	5 à 10 mois
	Examen des reins	1 à 1,5 mSv	5 à 8 mois
	Examen du reflux gastrique	1 mSv	5 mois



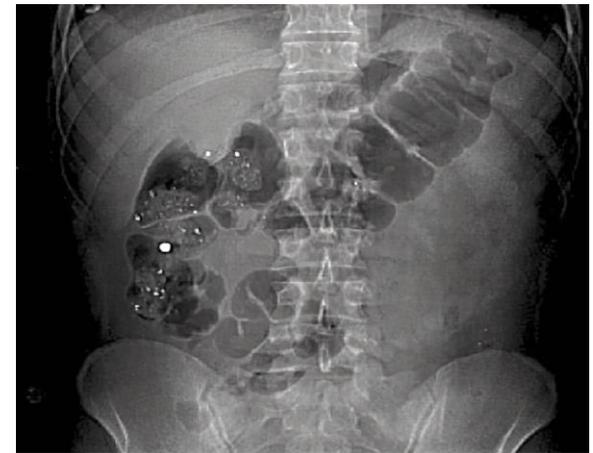
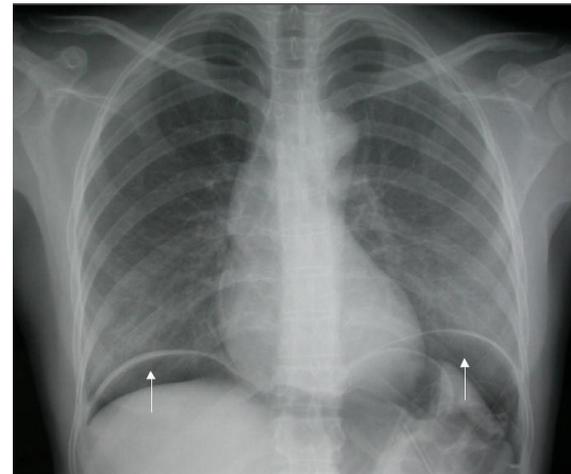
## 1/Abdomen sans préparation (ASP/AAB):

-> Examen de "débrouillage"

-Encombrement stercoral/fécalome.

-Pneumopéritoine: perforation organe creux.

-Occlusion I.





## 2/Echographie abdominale:

*-Avantages:*

Non invasif /Non irradiant/ Peu coûteux (40-80 €) /Disponibilité.

*-Limites:*

**Opérateur-dépendant** /Durée de l'examen/ Limites techniques (obésité)/

PAS de possibilité de relecture.

-Interêts:

**Pathologie vésiculaire**

Hernie (vs adénopathie)

KSC

**Appendice** (mince, pédiatrie)

Abcès



### 3/ CT scan abdominal et pelvien (+/-thoracique):

**->GOLD STANDART EN URGENCE.**

*-Avantages:*

Peu invasif /**Rapide** /disponibilité /re-lisible (->corrélation clinique) .

*-Limites:*

**Irradiation** ++ (!pédiatrie, age de procréation!) /risque allergie PCI/accès /coût (350-500 €) .

-Interêts:

Pathologie pancréas .

Pathologie intestins/côlon.

Pathologie mésentère/péritoine.

Pathologie urinaire.

Pathologie traumatique(foie, rate, mésentère).

Pathologie embolique/ischémique/hémorragique.

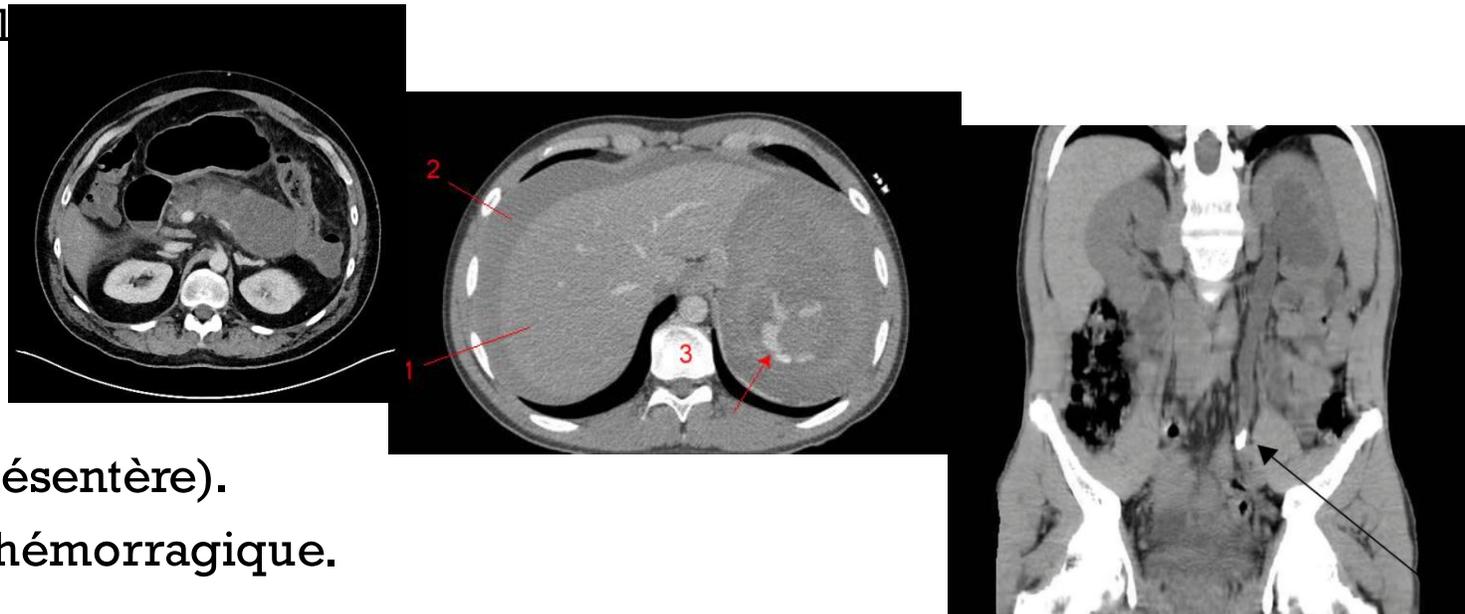
Pathologie vasculaire .

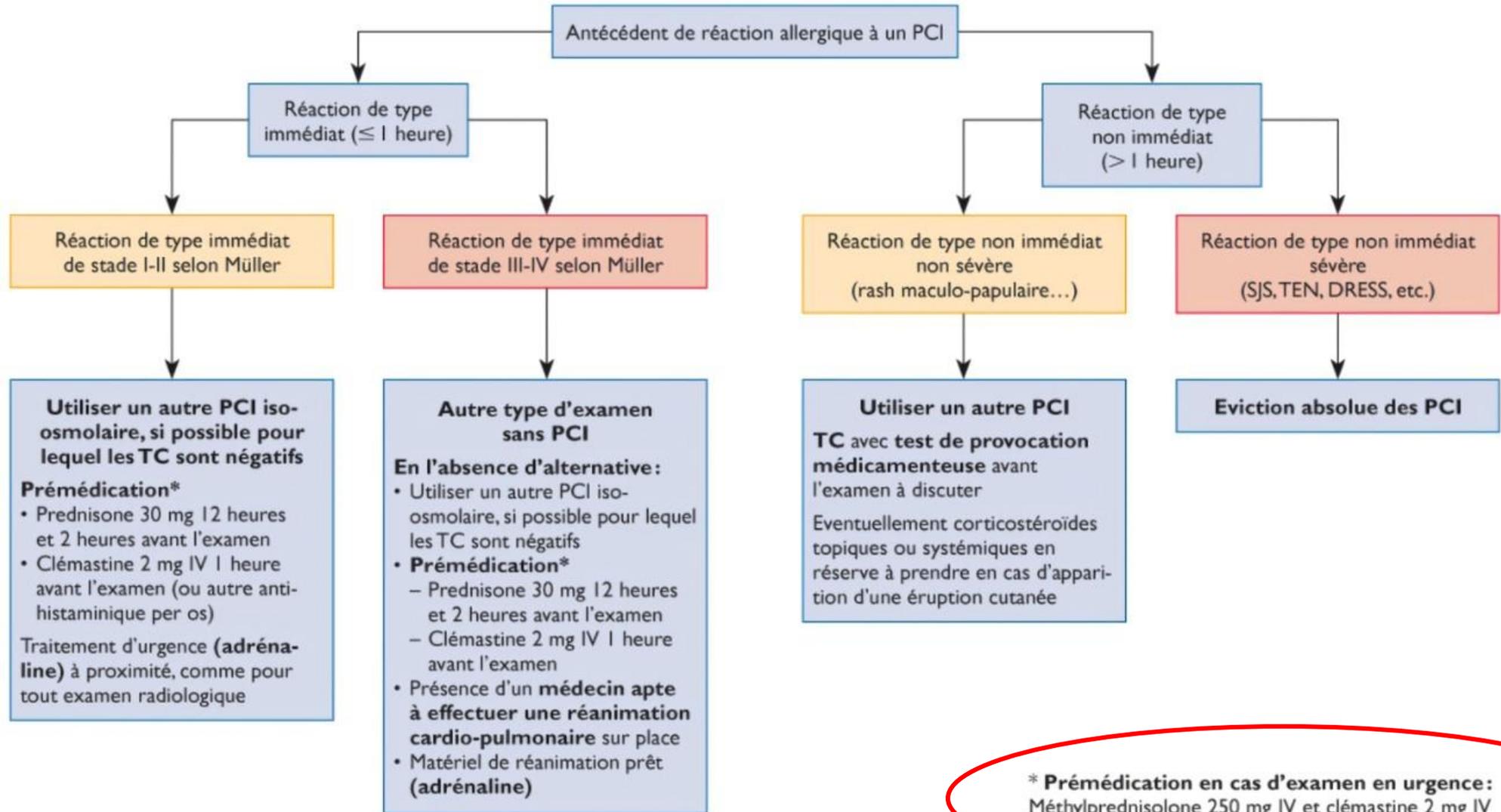
Remarque:

Femme enceinte-> US et RMN

-> CT si urgence vitale!

CI





**Remarque:**  
Allergie PCI ≠ Allergie Iode!

\* Prémédication en cas d'examen en urgence:  
Méthylprednisolone 250 mg IV et clémastine 2 mg IV



Douleur abdominale  
aigue chez l'adulte

Pleurésie/BPN  
IMA/myocardite/péricardite

Trauma

Prise en charge  
conservatrice lère

Prise en charge  
chirurgicale urgente

Fracture  
foie/rate/reins  
Perforation  
gastrique/intestin  
Dilacération  
mésentérique  
Pancreatite  
Eventration  
Rupture vésicale

Gastrite/UGD  
Ulcère anastomotique GI(by  
pass)  
GE/iléite/colite  
(RCUH-Chron)  
Hépatite/abcès foie  
Pancréatite aigue  
Colique hépatique/migration  
lithiasique/angiocholite  
(sub)occlusion I.  
Diverticulite non compliquée  
Colique néphrétique N.O./  
Rétention U.  
Kyste annexiel  
Abcès annexiel

**UGD perforé**  
**Cholécystite aigue**  
**Appendicite aigue**  
Perforation intestinale  
(**diverticulite**, néoplasie)  
**Occlusion intestinale**  
(bride, éventration, hernie  
pariétale, hernie interne,  
néoplasie, sténose  
anastomotique)  
**Ischémie** inestinale  
Eviscération

Colique néphrétique O.  
Torsion annexielle  
GEU  
Abcès tubo ovarien  
(PID)



# APPENDICITE AIGUE

- Fréquente++
- Phlegmoneuse, rétrocaecale, abcédée, péritonite généralisée.
- **Diagnostic CLINIQUE 1er!**

-> Symptômes :

**Douleur** périombilicale-> FID

N+/V+

Iléus

Frissons/fièvre/AEG

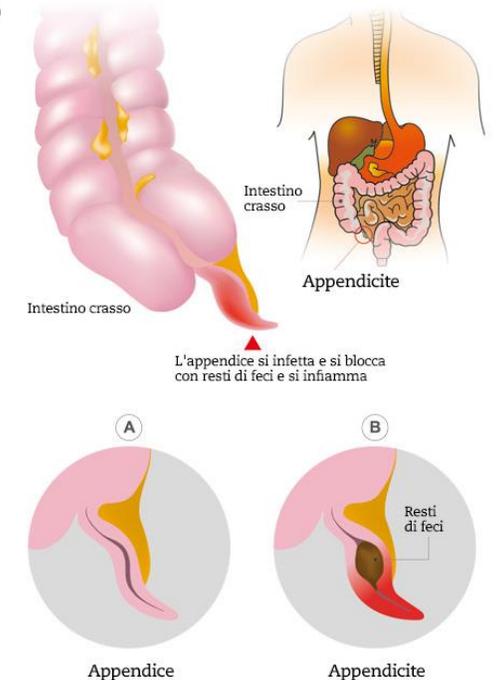
Myctalgie

Tableau GE (cf. pédia)

## Remarques:

PA-> tableau AEG prédominant

(! Sarcopénie et péritonite -> PAS de défense /ventre de bois!).



- **Biologie sanguine:** Hyperleucocytose PNN, CRP majorée (**!PAS toujours: dissociation GB-CRP forme débutante**).

- **Echo/ CT scan abdominal:**

- Gros appendice en doigt de gant > 7 mm
- Douleur provoquée au passage de la sonde (écho)
- Paroi épaissie
- Stercolithe(s)
- Graisse remaniée/infiltration infl.
- Épanchement péri-caecal



- **Fausse appendicite:**

- Faux négatifs: obèses, distension aérique, appendicites rétro-coecales ou perforées, sujets maigres, pas de graisse pour silhouetter l'appendice.
- Faux positifs: structure extra-appendiculaire normale ou pathologique, épaissement réactionnel (Crohn, abcès tubo ovarien).



# TRAITEMENT:

- **Toujours chirurgie :**

Appendicectomie +/- agrafage BF **par laparoscopie.**

**Bactério** perop. utile.

- Complications: Lâchage moignon, **abcès** , saignement.

- **PAS de place pour l'antibiothérapie seule!!**

- **Antibiothérapie post opératoire si :** liquide péritonéale "louche" (= péritonite localisée), abcès, contamination peropératoire.

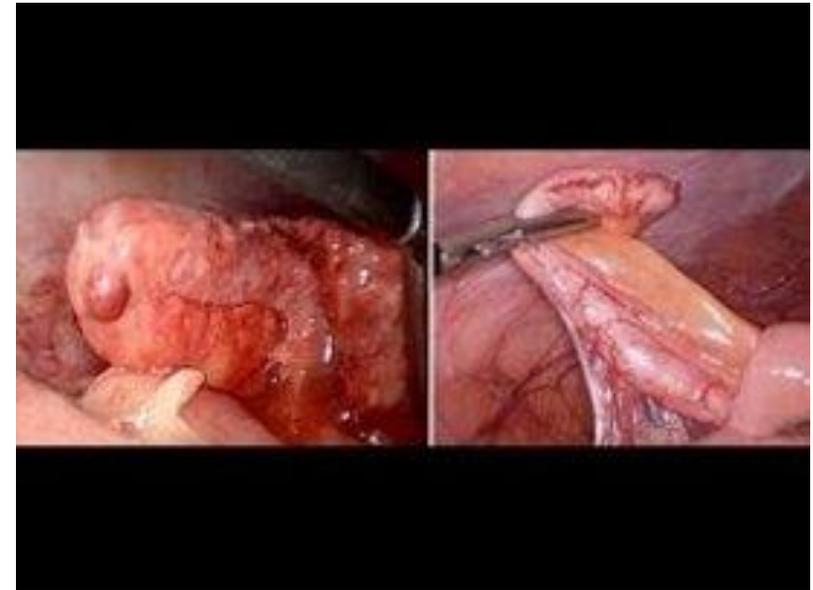
- **Cas particulier:**

- *Abcès "organisé"* < appendicite "chronique"

- > chirurgie différée (>< iléo-colectomie).

- *Mucocèle*

- > agrafage BF / iléocoliectomie d'emblée.



## -> Chirurgie MINIMALE INVASIVE

### Laparoscopic versus conventional appendectomy - a meta-analysis of randomized controlled trials

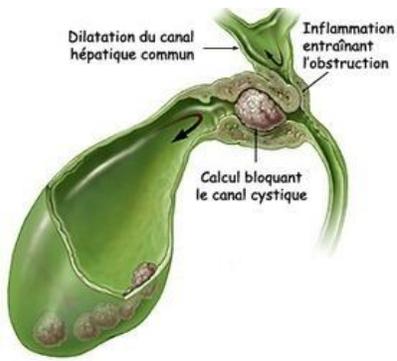
Li et al. *BMC Gastroenterology* 2010, 10:129

Xiaohang Li<sup>1</sup>, Jialin Zhang<sup>1\*</sup>, Lixuan Sang<sup>2</sup>, Wenliang Zhang<sup>2</sup>, Zhiqiang Chu<sup>1</sup>, Xin Li<sup>1</sup>, Yongfeng Liu<sup>1</sup>

->44 essais contrôlés randomisés incluant 5292 patients :

- Séjour hospitalier : 0.6 J + court
- Retour aux activités normales : 4.5 J + tôt
- Retour à une alimentation normale : 0.34 J + tôt
- Douleur 1er jour postop : significativement moindre
- Infection plaie : significativement moins (3.81% vs 8.41%)
- Durée opératoire : 12.35 min + longue (seulement 8.67 minutes après 2000)
- Abscès intra-abdo , hémorragie perop et infection urinaire : +> (controversé!)
- Taux de conversion : 9.51





## CHOLECYSTITES AIGUES LITHIASIQUES

- Fréquence ++.
- **Diagnostic biologique et écho/CT scan abdominal.**

- Symptômes:

**D+ sus mésocolique:** épigastrique, hypochondre D (>G), hémiceinture dans le dos.

Scapulalgie D.

D+ **post prandiale** < repas riche/alcoolisé.

D+ **nocturne** (insomniante).

N+/V+.

Frissons/fièvre/AEG.

Ictère (urine foncée/selles décolorées).

-> cholédocolithiase/Syndrome de Mirrizzi.

Diarrhée .

▪ Echographie abdominale: **GOLD STANDART PATHO. VESICULE**

- Parois épaissies (>4 mm) avec parois feuilletées .
- Murphy échographique.
- Lithiase vésiculaire et/ou sludge .
- Distension vésiculaire (> 4 cm de largeur)=hydrops.
- Valeur diagnostic prédictive +++.

! Opérateur dépendant, stade gangréné!



▪ CT scan abdominal:

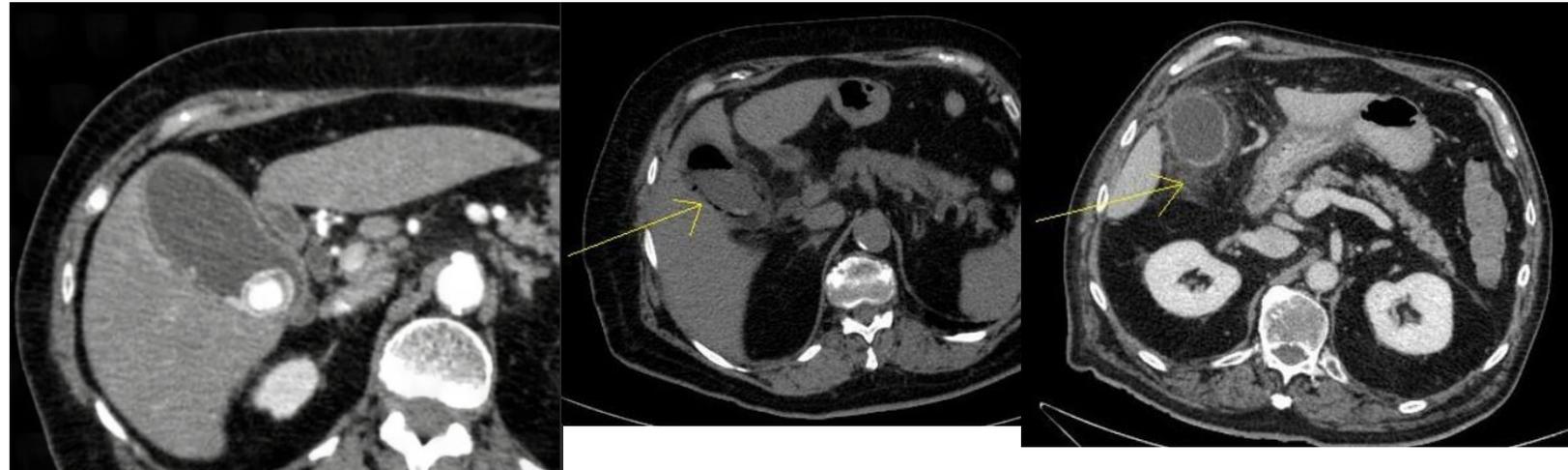
-> Complication associée:

Gangrène/péritonite

Abcès hépatique

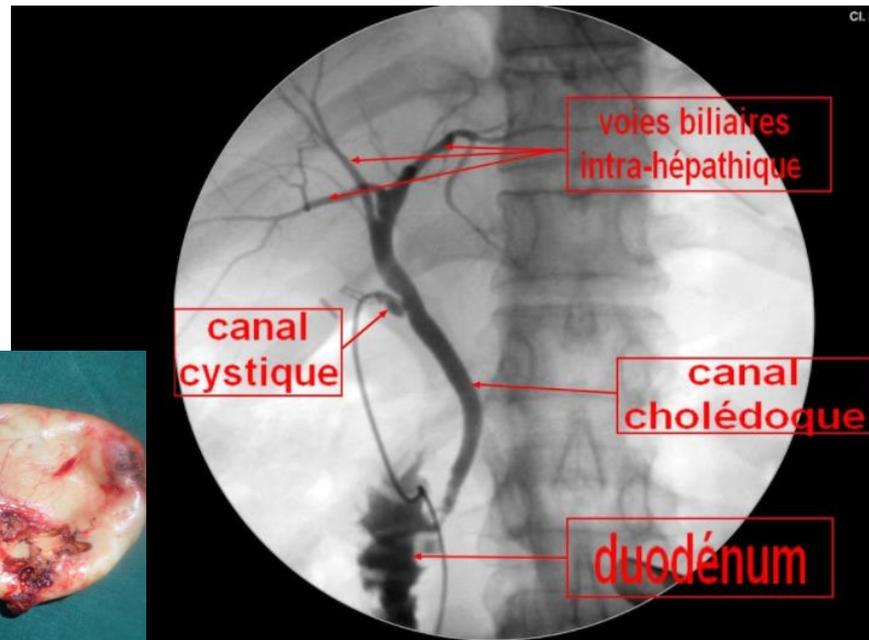
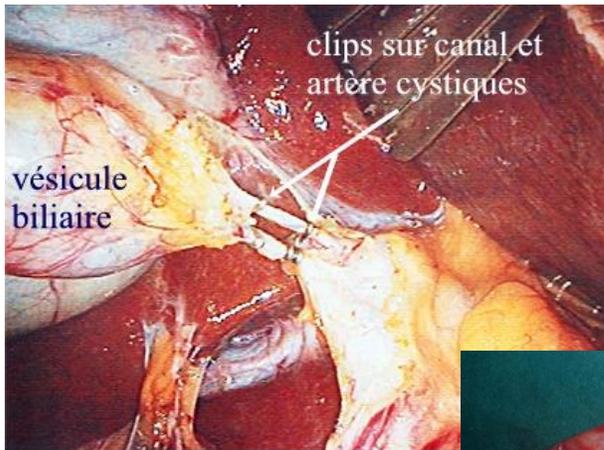
Angiocholite/dilatation VB

Fistule colique



# TRAITEMENT:

- **Chirurgie lère ou différée** -> "refroidie":angiocholite (>CPRE), patient grabataire, sous anticoagulant.
- Cholécystectomie par **laparoscopie** (+/- cholangiographie peropératoire).
- Antibiothérapie post opératoire si sévère-gangrénée/abcès hepaticue associé.
- Complications: saignement, fistule biliaire, abcès, CE(lithiasse "perdue"), migration II.



DD Cholécystite alithiasique:  
Foie de choc/stase  
Hépatite  
Néoplasie

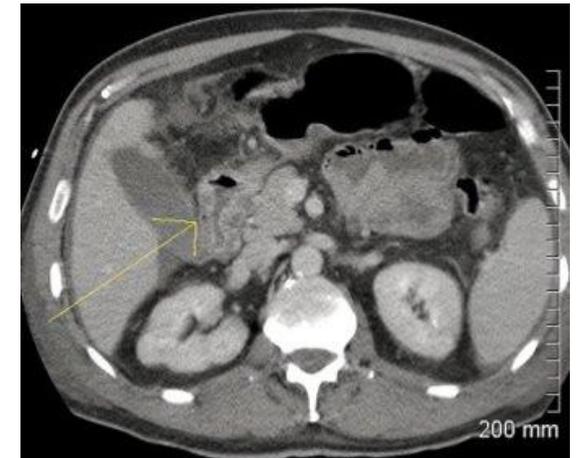


PAS de chirurgie lère!



# ULCÈRE GASTRO DUODÉNAL PERFORÉ

- Jeune patients/anxiété/ AINS/tabac/RGO./ ATCD chirurgie bariatrique/gastrique.
- Moins fréquent <utilisation IPP.
- **Néoplasie gastrique sous jacente !**
- **Diagnostic par Ct scan abdominal**
- Symptômes:  
Douleur maximale d'emblée, épigastrique-> hypochondre/transfixiant, "coup de poignard".



# TRAITEMENT:

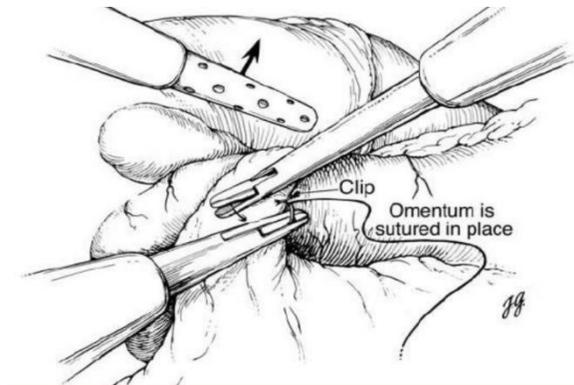
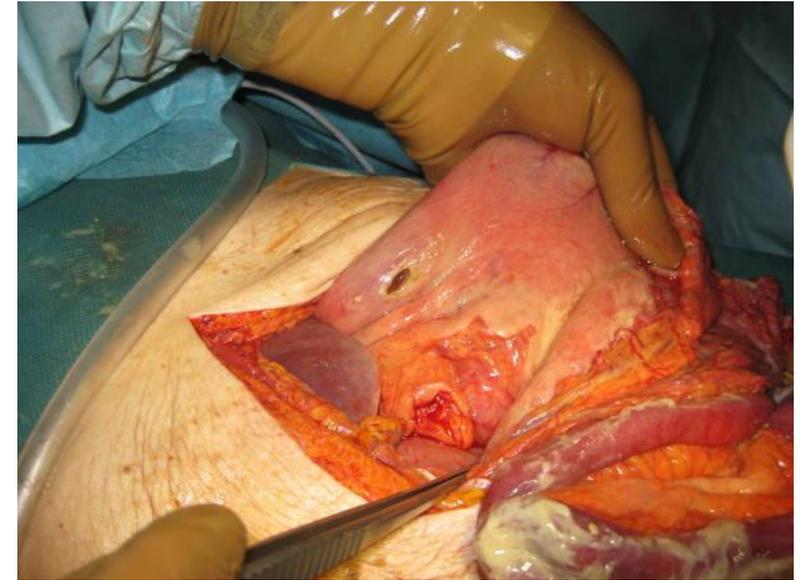
- Toujours **chirurgie en urgence:**
  - Raphie GD.
  - Epiplooplastie.
  - Lavage/drainage.
  - *Rare: gastrectomie partielle +/- roux en Y ou anse Oméga.*

**! Toujours biopsies berges ulcère!**

- Antibiothérapie Iv+ IPP haute dose IV.

- Remarques:

*Très rare cas de traitement conservateur (patients jeunes, très BEG, perforation à minima, trouble coagulation/hépatite toxique aigue).*



## DIVERTICULITE COLIQUE

- Fréquence ++.
- **Diagnostic biologique et CT scan abdominal.**

▪ Symptômes:

-> "**TABLEAU D'APPENDICITE A GAUCHE**"

**D+** FIG, sus pubienne.

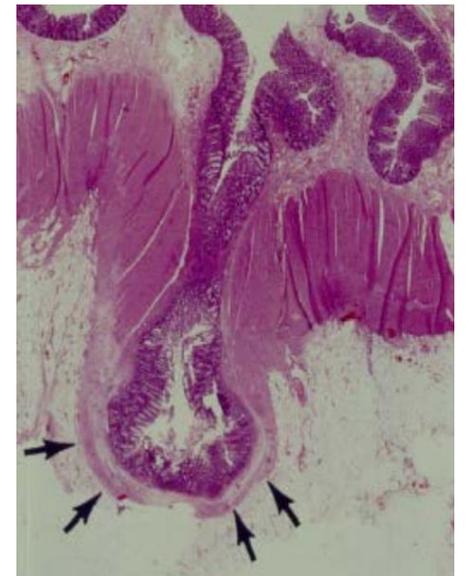
**N+/V+.**

**Frissons/ fièvre/AEG.**

**Myctalgie.**

**Diarrhée .**

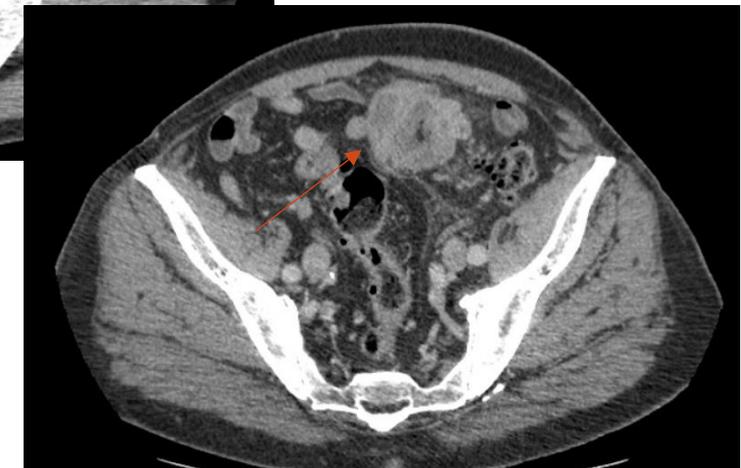
**! Diverticulite du colon droit!**



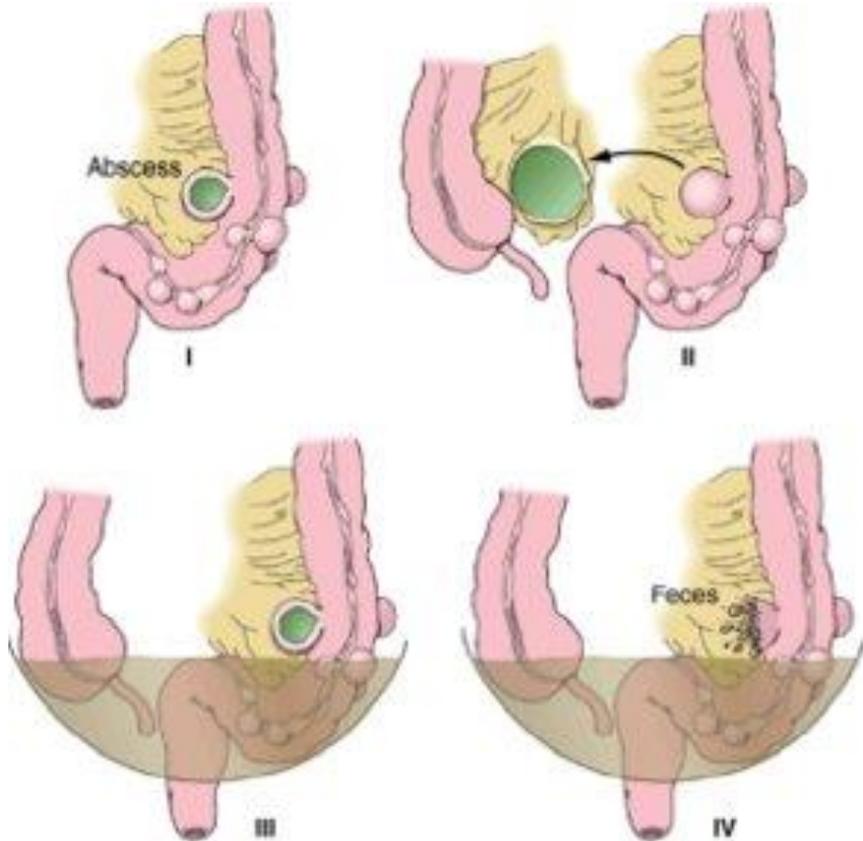
■ CT scan abdominal:

- Diverticule avec graisse péricolique remaniée.
- Abscès.
- Pneumopéritoine .
- Epanchement péritonéal.
- Fistule colo-vésicale/colo-utérine.
- Néoplasie sous jacente!!

Perforation/Péritonite généralisée



->classification Hinchey (0->IV)



### Hinchey classification [3]

### Modified Hinchey classification by Sher et al. [5]

I	Pericolic abscess or phlegmon	I	Pericolic abscess
II	Pelvic, intraabdominal, or retroperitoneal abscess	IIa	Distant abscess amenable to percutaneous drainage
		IIb	Complex abscess associated with fistula
III	Generalized purulent peritonitis	III	Generalized purulent peritonitis
IV	Generalized fecal peritonitis	IV	Fecal peritonitis

-> Prise en charge thérapeutique en fonction !



# TRAITEMENT:

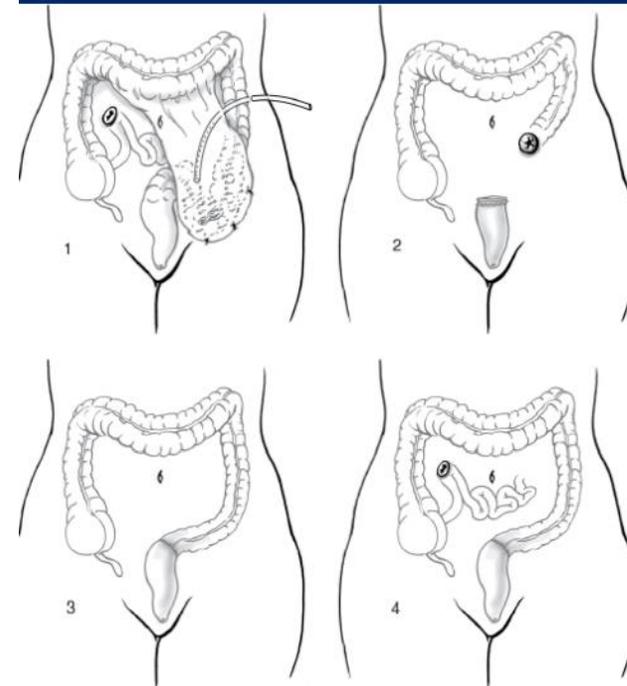
- **Hinchey 0-I:** Antibiothérapie large spectre (Augmentin, Ciproxine ou Zinacef-flagyl) PO ou IV (< clinique, SI).
- **Hinchey II:** + drainage percutané si possible.
- **Hinchey III-IV:** + Laparotomie Hartmann en urgence (> résection-anastomose en 1 temps), drainage.

Complications: Abscès, prob. colostomie, fistule anastomotique.

Remarques:

*Diverticulite sigmoïdienne chronique clinique et/ou scannographique, épisode d'abcès*

*-> sigmoïdectomie prophylactique.*



Source: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition: <http://www.accessmedicine.com> Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.





- Etiologies multiples: **Strangulation VS obstruction.**

- **Tableau inaugural fréquent du cancer!**

-> Causes tumorales fréquentes dans les **occlusions coliques : 70%!**

- Symptômes (4 points cardinaux):

D+ abdominale localisée-> diffuse.

Arrêt du transit (gaz et selles).

N/V+ (bilieux/fecaloïde).

"Ballonnement".

*Détresse respiratoire < BPN d'inhalation! (PA)*

- Occlusion **mécanique** ou **fonctionnelle (iléus)** ?

- Occlusion du **grêle** ou du **colon** ?

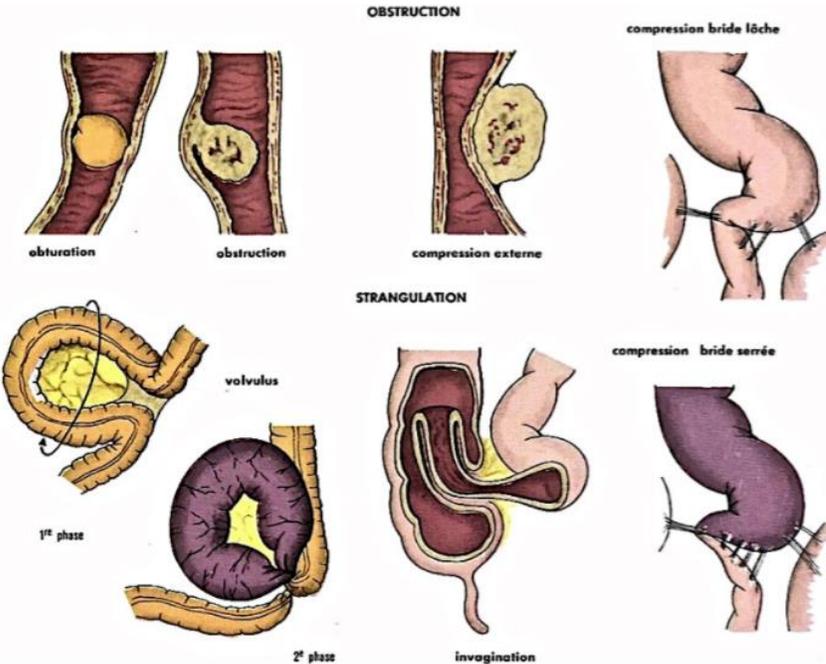
- **Cause** de l'occlusion ?

- Occlusion sévère : **ischémie** ?

## Obstacle mécanique

Intra-luminal	Bézoard (fig. 18.3) (conglomérat d'aliments non digérés qui font obstacle), calcul (fig. 18.4), parasite, fécalome
Pariétal	Cancer, polype Inflammatoire : maladie de Crohn (fig. 18.5), tuberculose, ischémie, radiothérapie Hématome, invagination intestinale (fig. 18.6)
Extra-luminal	Brides post-opératoires, adhérences, volvulus, hernie étranglée Carcinose péritonéale, tumeur ovarienne
<b>Paralysie du péristaltisme</b>	
Iléus réflexe	Colique néphrétique, infection pleuro-pulmonaire, infarctus du myocarde, grossesse extra-utérine, torsion de kyste de l'ovaire Traumatisme : rachis, bassin ; hématome du psoas Pancréatite aiguë, appendicite mésentérique, péritonite, infarctus mésentérique
Pseudo-obstruction intestinale	Métabolique : hypercalcémie, hypokaliémie, acidose Médicaments : opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques Maladie générale : diabète, hypothyroïdie, sclérodémie Syndrome d'Ogilvie

Strangulation	Obstruction
<i>Occlusion haute</i>	
Bride cicatricielle Étranglement herniaire Volvulus du grêle Invagination intestinale	Tumeur du grêle ou de la valvule de Bauhin Carcinose péritonéale Sténose inflammatoire (maladie de Crohn, tuberculose) Bézoard Entérite radique Iléus biliaire Parasitose Compression extrinsèque (tumeur pelvienne, adénopathie) Hématome pariétal (surdosage en anticoagulants)
<i>Occlusion basse</i>	
Volvulus du colon pelvien Volvulus du cæcum	Cancer colorectal Fécalome Sténose inflammatoire Syndrome d'Ogilvie



	Péritonéal	Obstructif
Evolution	Rapide	Lente
Douleur	+++	Modérée
	Constante	Crampoïde
Vomissements	Secondaire	Précoces O haute Tardifs fécaloïdes O basse
Arrêt du transit	Récent	Bien installé
Patient	Figé / transpirant	Agité
Péristaltisme	Diminué	Augmenté / absent
Défense	+++	+
Hyperesthésie cutanée	++	0
Péritonisme	Précoce	Rare
Tympanisme	0	++
Clapotis	O	++
TR	Dououreux	Ampoule vide
Fièvre	++	0



# IMAGERIE:

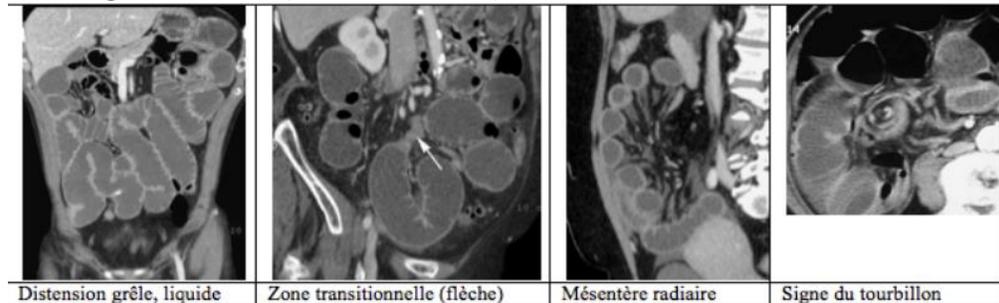


- **ASP debout de face :**

- Disponible partout, à toute heure .
- Utilisable même en absence de radiologiste .
- Peut montrer : **niveaux hydro-aériques / pneumopéritoine .**

- **CT Scan PCI:**

- Technique très sensible pour etiologie, topographie, signe de gravité (ischémie) .
- Moins disponible que l'ASP, relativement coûteuse.



Remarques :

- OED inutile (dilution, qualités d'image, sus mésocolique).
- Lavement aux hydrosolubles: difficulté continence/ risque perforation
- **CI colonoscopie!**



# TRAITEMENT:

## Executive Summary

When To Operate Immediately and When To Observe

1. This decision will be determined after obtaining a careful and thorough history and physical examination.
2. The decision to operate is clinical and rarely based on laboratory findings.
3. Be prepared with a good history and careful physical examination. Do not hurry.
4. Repeated examinations and reevaluations may be necessary.

(complémentaire) examen  
types d'hermies :

1. Brides / adhérences occlusives
2. Hernie étranglée
3. Cancer colo-rectal

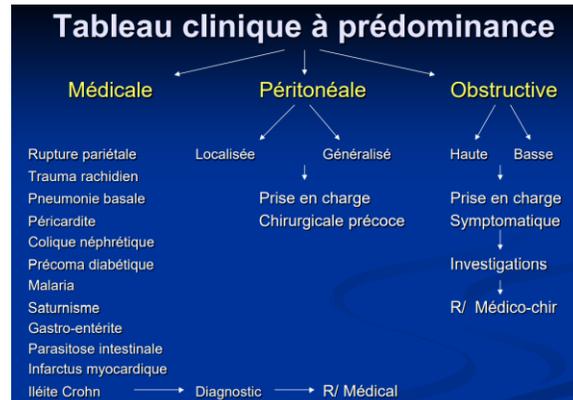
TTT = Opération d'urgences

Définition

- Arrêt de la progression du contenu intestinal dû à :
  - un obstacle mécanique
  - une faillite de l'activité musculaire intestinale
- Arrêt du transit intestinal (matière + gaz)
- URGENCE thérapeutique médico-chirurgicale

Type d'occlusions

- Occlusions ORGANIQUES : cause identifiable, anatomique via examen
  - par strangulation (bride post-op ++, volvulus (torsion de la anse intestinale))
  - par obstruction (tumeur endo-luménale ++ - dilatation des vaisseaux, sténose)
- Occlusions FONCTIONNELLES = ILEUS
  - Paralytiques (médicaments, psychotropes, trauma abdo, colique néphrétique)
  - Irritation péritonéale (sepsis : infection intra-péritonéale - péritonite)



Occlusions intestinales (syndrome occlusif)

Etiologie

- GRÈLE
  - par OBSTRUCTION
    - Hématome intra-mural du grêle (surdosage AVK entraîne une sténose de la lumière intestinale = Hématome)
    - Iléus biliaire (complication lithase biliaire)
    - Tumeur du grêle
  - par STRANGULATION
    - Occlusions par brides (adhérence : POST-OP liée à une intervention antérieure) - volvulus du grêle
    - pas d'occlusions sur brides sans chlr auparavant
    - Étranglement herniaire
- COLON
  - par OBSTRUCTION
    - Cancer colorectal +++
    - Sigmoidite diverticulaire (sténose de la lumière intestinale - hypertrophie musculaire = infection de la paroi colique dû à des diverticules)

Table 6. Factors That Influence the Timing of Operation

The patient  
Hemodynamic, ventilatory, electrolyte status, associated conditions and risk factors, medication, allergies, pain

The surgeon  
Experience, availability of help, stress, other commitments, sleep deprivation

The environment  
The operating room: team, availability, hour of day  
Anesthesia: experience, availability  
Support services: blood banks, pathology, radiology  
Other: intensive care unit and expert postoperative nursing availability, child's family, medico-legal issues

Diagnostic

1. Etape clinique

- 4 signes :
  - Douleur
  - Vomissements
  - Arrêt matières et gaz
  - Météorisme = Ballonnements (disti (abdomen) + tympanisme (bruit de percussion de la paroi))
  - Signe de déshydratation
  - Troubles hémodynamiques

2. Etape radiologique = IMAGERIE

- Abdomen Sans Préparation (ASP) (liquide-air) (siège de l'occlusion) avec
- TDM : topographie de l'occlusion - pri
- Echographie

- confirme diag
- siège occlusion (jonction entre l'intestin dilaté et plat)
- signes de gravité

Obstructions coliques = Stratégie opératoire

- Traitements médicaux : lavements prudents répétés, faible pression ++ = Préparation Colique Pré-Opératoire
- Stomie (voie élective, laparotomie médiane)
- Stent colique
- Résection colique

Patient opéré :

VISCEROLYSE SOUS COELIOSCOPE (section bride pour occlusion du grêle)

SUITE POST-OP

- VVP
- SNG (1-2)
- Pla de drain
- Sonde urinaire (durée horaire)
- Antalgique non morphinique
- Anticoagulant prophylactique, bas de contention
- J2-J2 : Stop SNG, Réalimentation progressive
- J4-J5 : Sortie

COMPLICATIONS

- Hémorragie
- Fistule digestive (péritonite, collection, abcès) perforation ischémique secondaire
- Iléus prolongé (intestin dilaté, atone...) vomissement risque d'inhalation

SURVEILLANCE

- Conscience (sédation retour bloc)
- Risque hémorragique : Pouls, TA, coloration, diurèse, pst
- Fréquence respiratoire, SaO2
- Douleur +++ (EVA)
- Compensation hydro-électrolytique selon débit SNG
- Levée et reprise du transit (gaz)
- Réalimentation selon tolérance

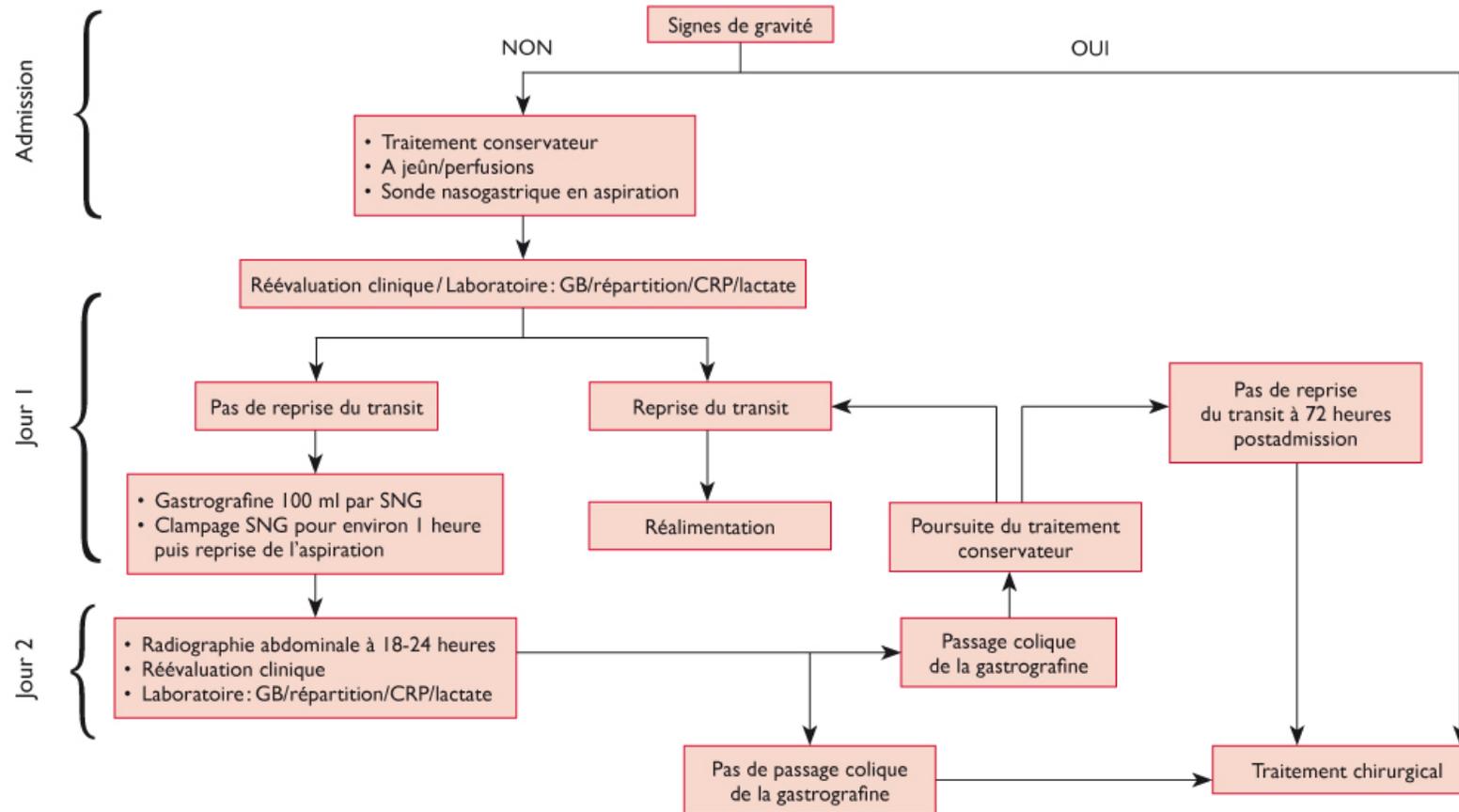
SUITE POST-OP

COLECTOMIE G AVEC ANASTOMOSE COLO-RECTALE PROTEGEE PAR COLOSTOMIE (cancer du colon sigmoïde en occlusion)

SURVEILLANCE

- VVP
- Colostomie
- Drain abdo type redon aspiratif
- SNG 2-3
- Antalgiques
- Surveillance DRAIN
- Surveillance et appareillage colostomie
- Compensation hydroalcoologique
- Risque fistule anastomotique (lévée, liquide de drainage, douleurs...)

# TRAITEMENT CONSERVATEUR 1ER:



**A tout moment, en cas d'aggravation, répéter le CT-scan abdominal injecté.  
L'avis clinique reste primordial**



# SOUFFRANCE INTESTINALE:



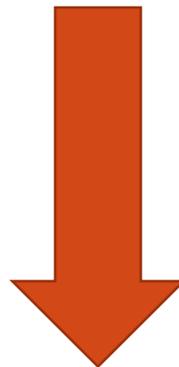
- Cf. signes directes (parois amincies, défaut de réhaussement de parois au CT scan PCI, thrombose) et indirectes ( liquide peritonéale, IRA <3ème secteur, LDH majoré).

- **Chirurgie en URGENCE:**

Laparotomie/scopie exploratrice

Adhésiolyse/viscerolyse

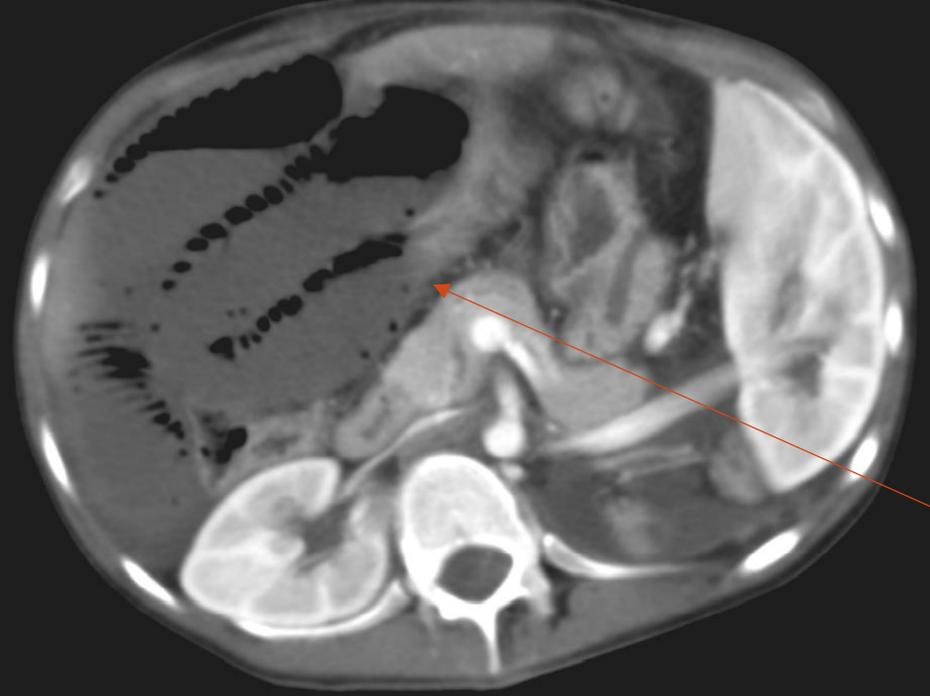
Réséction intestinale+/- anastomose





ISCHEMIE  
INTESTINO-  
MÉSENTÉRIQUE

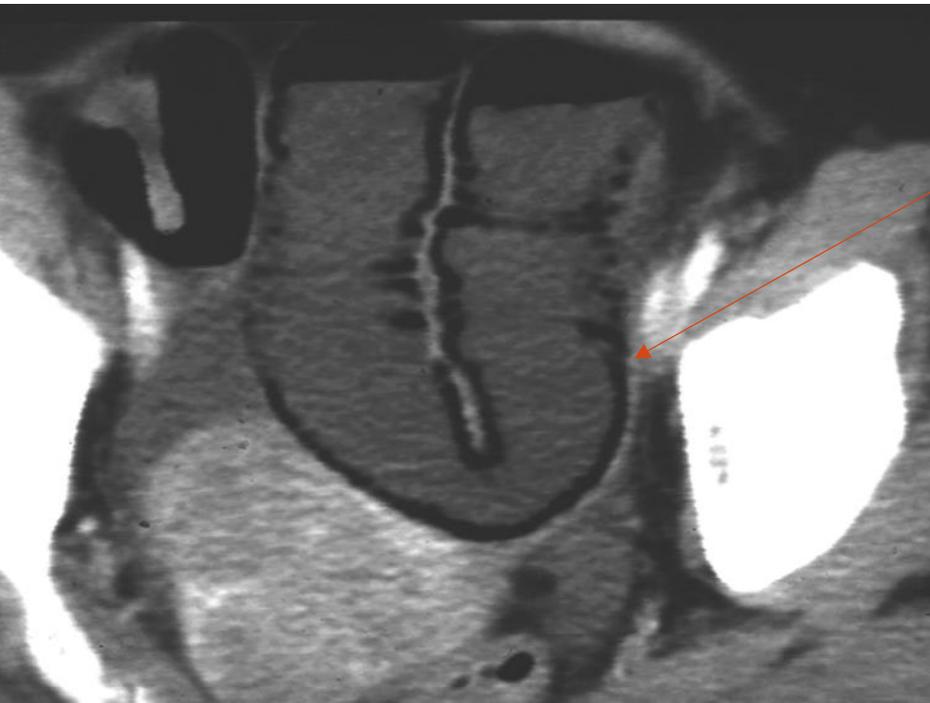
- Cf. Patients **polyvasculaires/grabataires/USI!**
- Diagnostic par Ct scan abdominal **PCI.**  
+/-rectosigmoidoscopie .
- Symptômes:
  - D+ abdominale constante,d'emblée aigue,  
**peu ciblée.**
  - Claudication** digestive (post prandiale).
  - AEG/perte d'appétit.
  - Diarrhée /rectorragie.

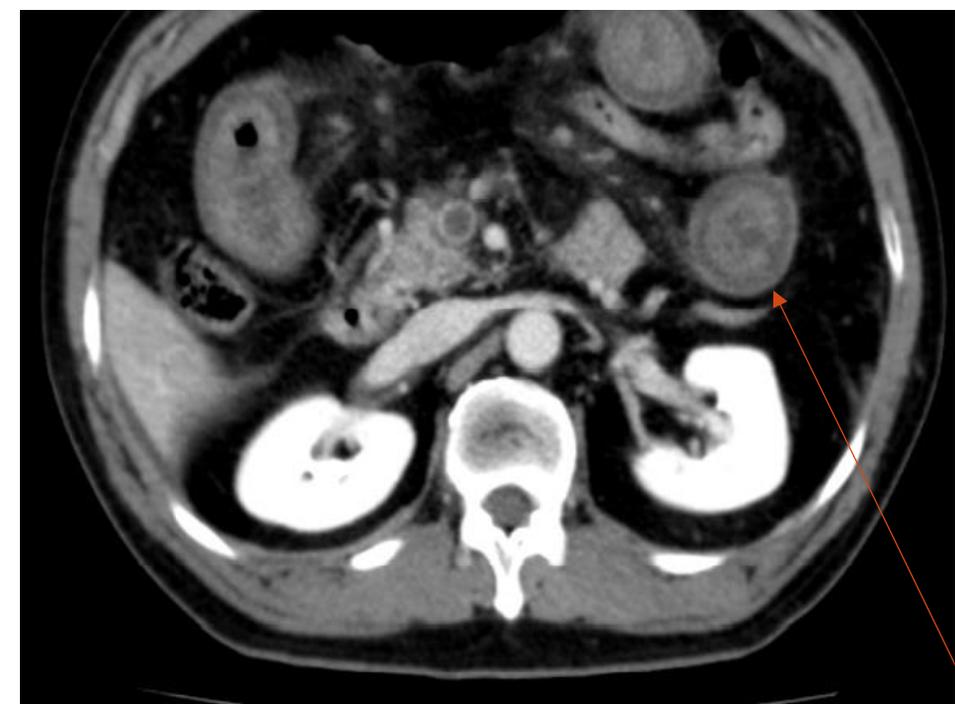


## ■ Ct scan abdominal :

### Ischémies artérielles aiguës :

- Parois intestinales minces, virtuelles, **sans rehaussement** après PdC en IV .
- Anses dilatées, à contenu liquidien hétérogène, infiltration hydrique du mésentère.
- **Pneumatose** pariétale.
- Recherche d'un **thrombus** endovasculaire .

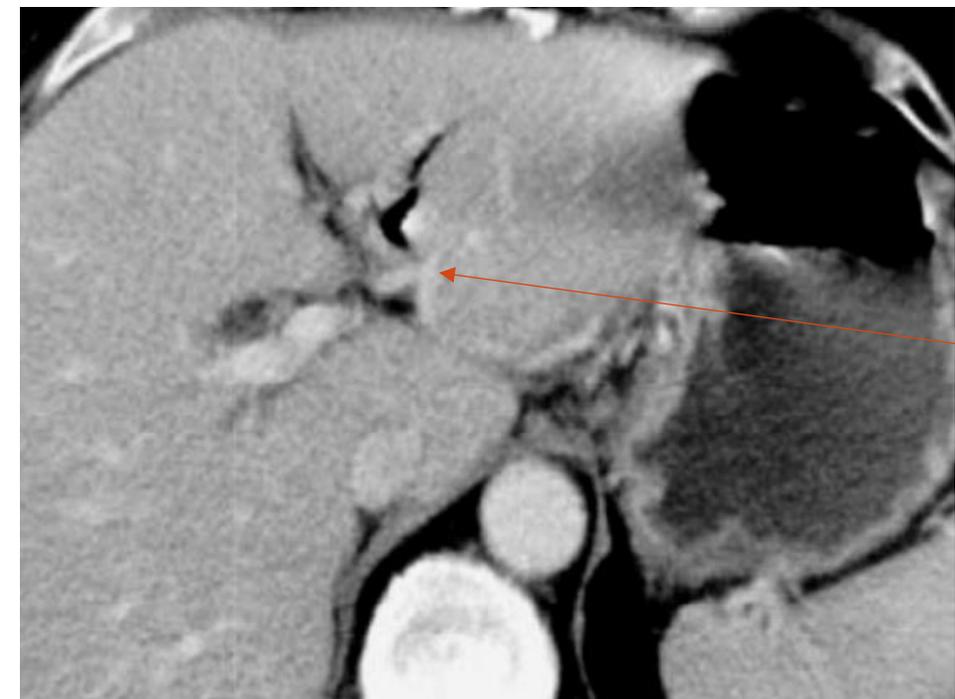




▪ Ischémies veineuses aiguës :

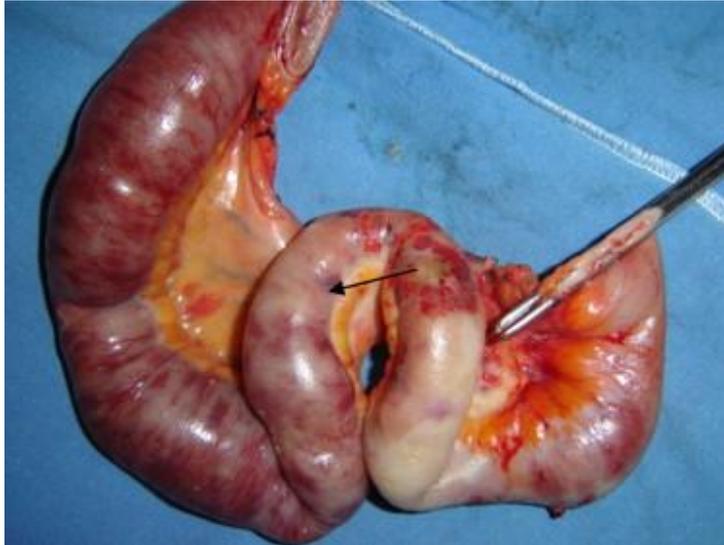
- **Thrombose tronculaire étendue de VMS** avec congestion hémorragique des territoires intestino-mésentériques d'amont .
- Thrombus dans VMS .
- Epaissement pariétal massif et étendu de l'intestin avec disparition de la lumière.
- **Aspect en cible** des anses.
- Epanchement péritonéal.

**!Aéroportie= Facteur de gravité!**



# TRAITEMENT:

- Urgence viscérale++: nécrose >3-4h ischemie, translocation/perforation
  - **Toujours chirurgie** si pas projet thérapeutique :
- >Laparoscopie/tomie exploratrice: "ouvrir/fermé", résection grêle segmentaire +/- anastomose VS iléostomie.



# CONCLUSION:

- Problème fréquent .
- Anamnèse et examen clinique très importants .
- Examens complémentaires .
- Traitement spécifique .
- Préparation à intervention .
- Formulaire / Analyse informatique.



*Fim*

