



Les urgences abdominales

Dr. Jean Lubrano MCU-PH

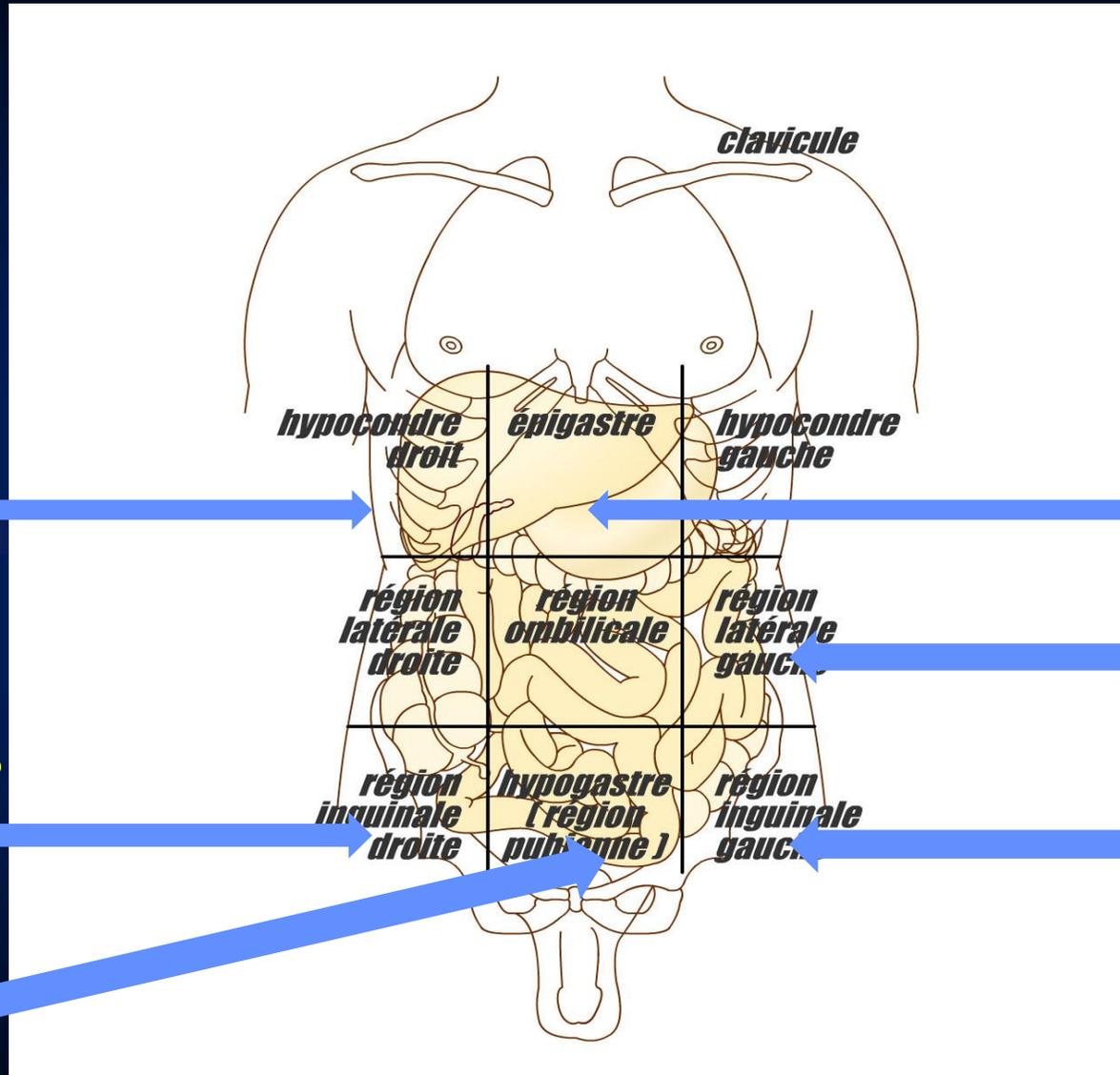


Généralités



- **2 questions à vous poser:**
 - Urgent / Non urgent
 - A opérer / A garder

- **2 questions avant d'appeler l'anesthésiste:**
 - Heure du dernier repas
 - Y-a-t'il un lit d'aval



Biliaire

Estomac
Pancréas

Appendicite

Colique
néphrétique

Gynéco, RAU

Diverticulite



- **Terrain, ATCD**

- **Age: Jeune (DANS, appendicite) sujet agés (tumeurs)**
- **Sexe: Homme (ulcère, pancréatite alcoolique), Femme (vésicule, gynéco)**
- **Alcoolisme: Pancréatite**
- **Tabac: Ulcère**
- **AINS: Ulcère**
- **Anticoagulants (surdosage): Hématome pariétaux ou digestifs**



Examens complémentaires

- Biologie:
 - NFS (leucocytose, anémie microcytaire), CRP, Hémocs
 - IONO: liées aux vomissements ou cause (hypercalcémie, acidocétose, Insuf-surr)
 - TP/TCA, Grpe-Rh-RAI: Si hémorragie ou préop
 - Lipase: 3N = Pancréatite
 - BH: Pathologie lithiasique
 - BU, BHCG !
 - Et toujours ECG !!!



Les diagnostics

6 causes
56%

- Appendicite aiguë (26%*)
- Cholécystite aiguë (10%*)
- Occlusion intestinale (9%*)
- Pancréatite aiguë (5%*)
- Colique néphrétique (4%*)
- Sigmoidite aiguë diverticulaire (2%*)
- Pyélonéphrite aiguë
- MICI et Colites aiguës
- SIAM
- Rupture d'AAA
- Appendagite et Infarctus omental
- Torsion ovaire kystique
- Pyosalpinx
- Traumatismes abdominaux

* Enquête ARC et AURC



Les diagnostics

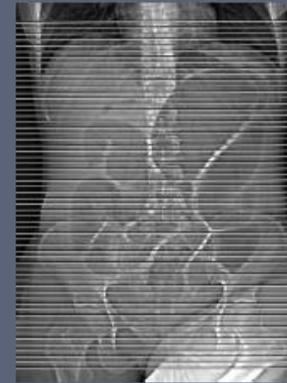
Tableau 1 – Étiologies des douleurs abdominales aiguës aux urgences (4)

Douleur abdominale avec un diagnostic de certitude	Douleur abdominale aiguë chez des patients de < 50 ans (n = 6 317)	Douleur abdominale aiguë chez des patients de > 50 ans (n = 2 406)
Cholécystite	6 %	21 %
Douleurs abdominales non spécifiques (DNS)	40 %	16 %
Appendicite	32 %	15 %
Iléus mécanique	2 %	12 %
Pancréatite	2 %	7 %
Maladie diverticulaire	< 0,1 %	6 %
Cancer	< 0,1 %	4 %
Hernie inguinale	< 0,1 %	3 %
Problèmes vasculaires	< 0,1 %	2 %



Technique

- **DOIT** couvrir abdomen et pelvis



- **DOIT** être sensibilisée par injection de PDC





Technique

- Respect et/ou prise en compte des CI
- CI liées aux RX et aux PDC
 - Grossesse < 3 mois
 - Insuffisance rénale (clairance créatinine)
 - Allergie « vraie »
 - M.O.M.
 - β -bloquants
 - Biguanides



Technique

1. Acquisition SANS injection de PDC

- NON systématique
- Intérêt pour
 - Sang frais (d = 70 UH)
 - Lithiases urinaires
 - Lithiases biliaires (pas toujours denses)
 - Calcifications vasculaires
 - Calcifications pancréatiques

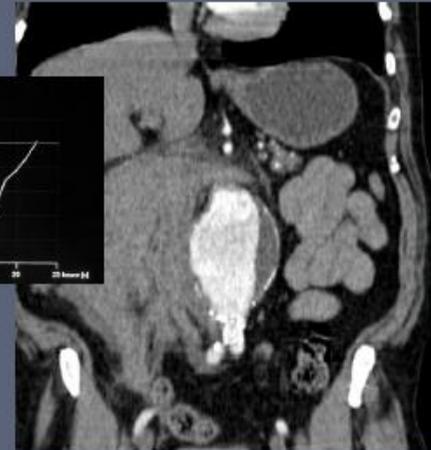
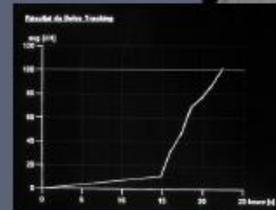




Technique

2. Acquisition au temps artériel

- NON systématique
- Délai = 30-35 sec
- Obtenu au mieux grâce au bolus tracking
- Nécessaire dans
 - Pathologies aiguës ischémiques
 - Pathologies aiguës hémorragiques
 - Polytraumatisme

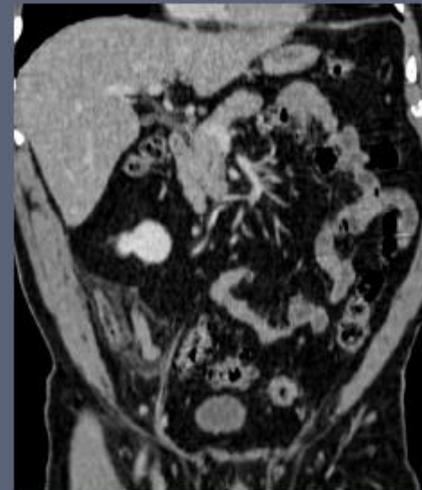




Technique

3. Acquisition au temps parenchymateux

- **FONDAMENTALE** +++
- Délai = 90 sec
- Suffit dans une grande majorité de cas
- Opacification à l'état d'équilibre des parenchymes, des parois digestives et des structures vasculaires





Technique

4. Acquisition au temps tardif

- NON systématique
- Délai = 10-12 minutes
- Intérêt dans
 - Pathologies urinaires
 - Polytraumatisme
 - Pathologies à contingent fibreux important

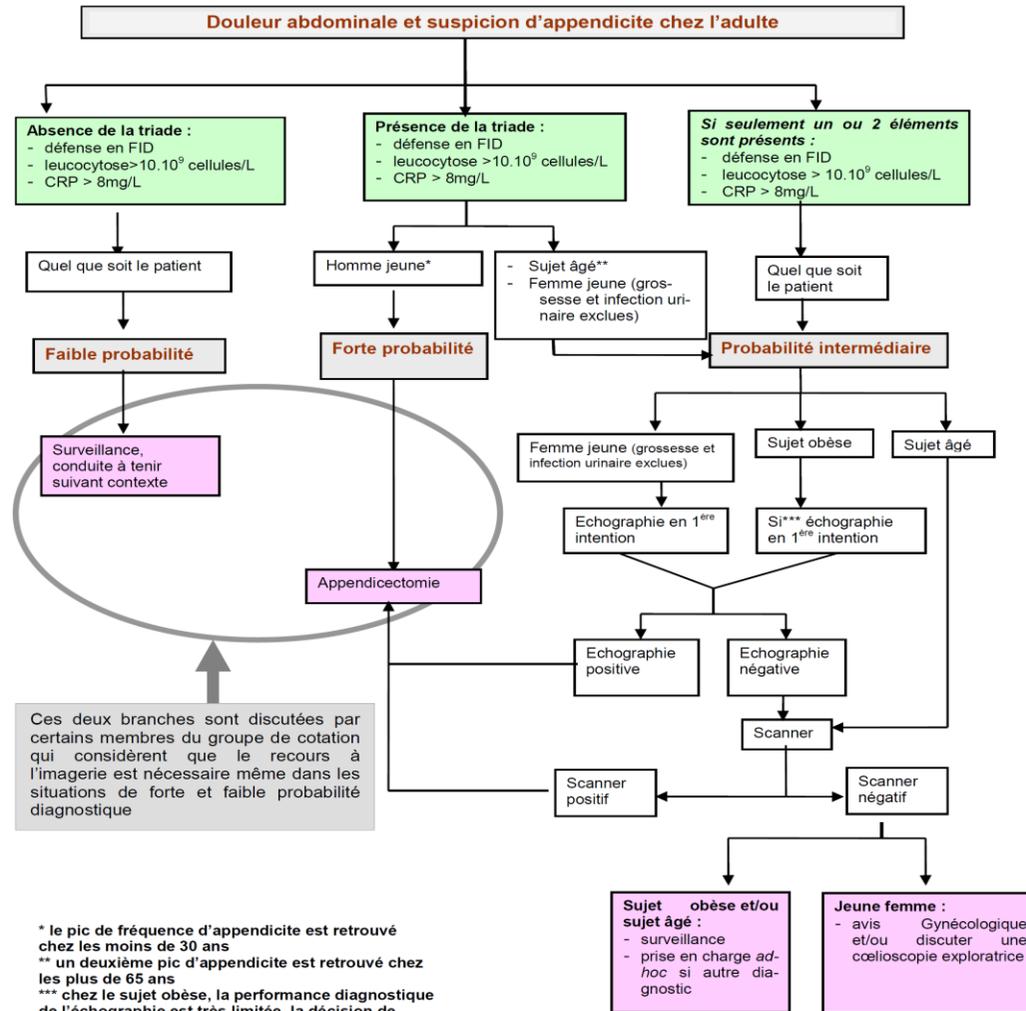




Technique

- **Balisage digestif**
 - Largement utilisé par Anglo-Saxons
 - **Peu pratiqué en France**
 - Perturbe l'état des structures digestives
 - **Masque** le rehaussement (ou l'absence de rehaussement) muqueux des parois digestives +++
 - **Utile** si recherche de fistule ou de lâchage d'anastomose

Annexe 1. Arbre décisionnel devant une suspicion d'appendicite : proposition du groupe d'orientation





Appendicite aigue

○ Appendicite aiguë non compliquée



- . Structure tubulaire borgne
- . $\varnothing > 10$ mm (6 mm compression echo)
- . Paroi épaissie
- . Rehaussement paroi avec PDC
- . Disproportionate fat stranding
- . Epaissement fascia
- . Lame liquidienne au Douglas

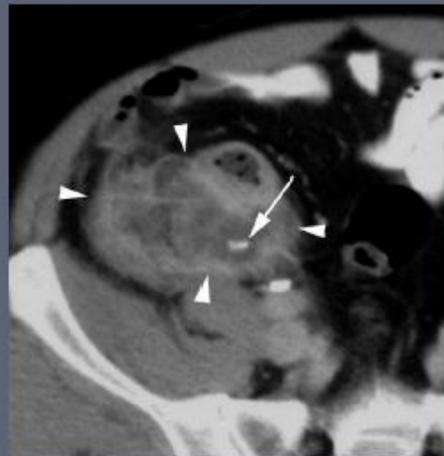
ATB +Chirurgie



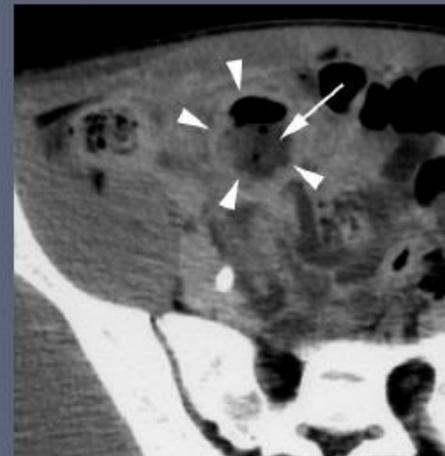
Appendicite aigue

○ Formes compliquées

Phlegmon



Abcès



ATB ←



ATB +
Chirurgie



Appendicite aigue

- Antibiotique probabiliste dès le diagnostic
- Femme: Coelio
- Homme: Mc Burney ou coelio
- Phlegmon: Antibiotique sans chirurgie

Lithiase biliaire

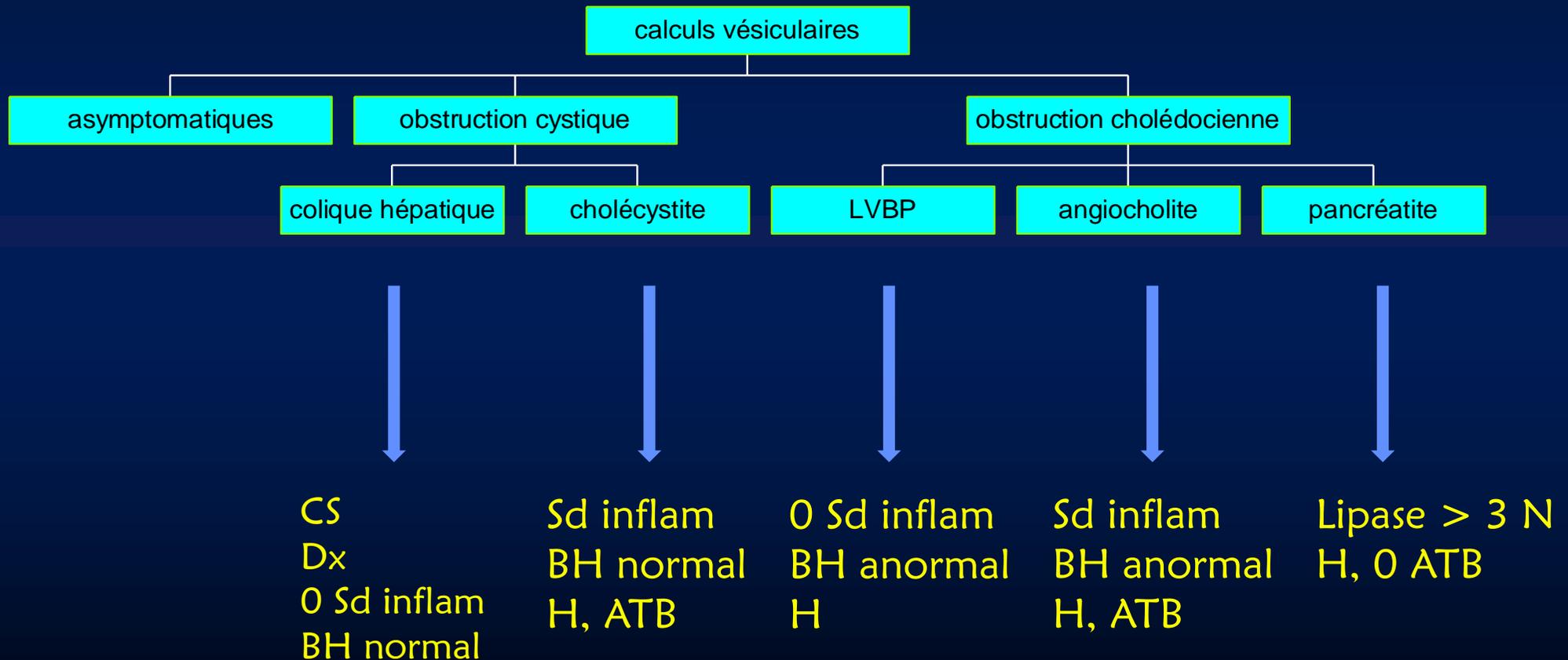




Table 4 TG13 severity assessment criteria for acute cholangitis

Grade III (Severe) acute cholangitis

“Grade III” acute cholangitis is defined as acute cholangitis that is associated with the onset of dysfunction in at least one of any of the following organs/systems:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Cardiovascular dysfunction | Hypotension requiring dopamine ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ per min, or any dose of norepinephrine |
| 2. Neurological dysfunction | Disturbance of consciousness |
| 3. Respiratory dysfunction | $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio < 300 |
| 4. Renal dysfunction | Oliguria, serum creatinine > 2.0 mg/dl |
| 5. Hepatic dysfunction | PT-INR > 1.5 |
| 6. Hematological dysfunction | Platelet count $< 100,000/\text{mm}^3$ |

Grade II (moderate) acute cholangitis

“Grade II” acute cholangitis is associated with any two of the following conditions:

1. Abnormal WBC count ($> 12,000/\text{mm}^3$, $< 4,000/\text{mm}^3$)
2. High fever (≥ 39 °C)
3. Age (≥ 75 years old)
4. Hyperbilirubinemia (total bilirubin ≥ 5 mg/dL)
5. Hypoalbuminemia ($< \text{STD} \times 0.7$)

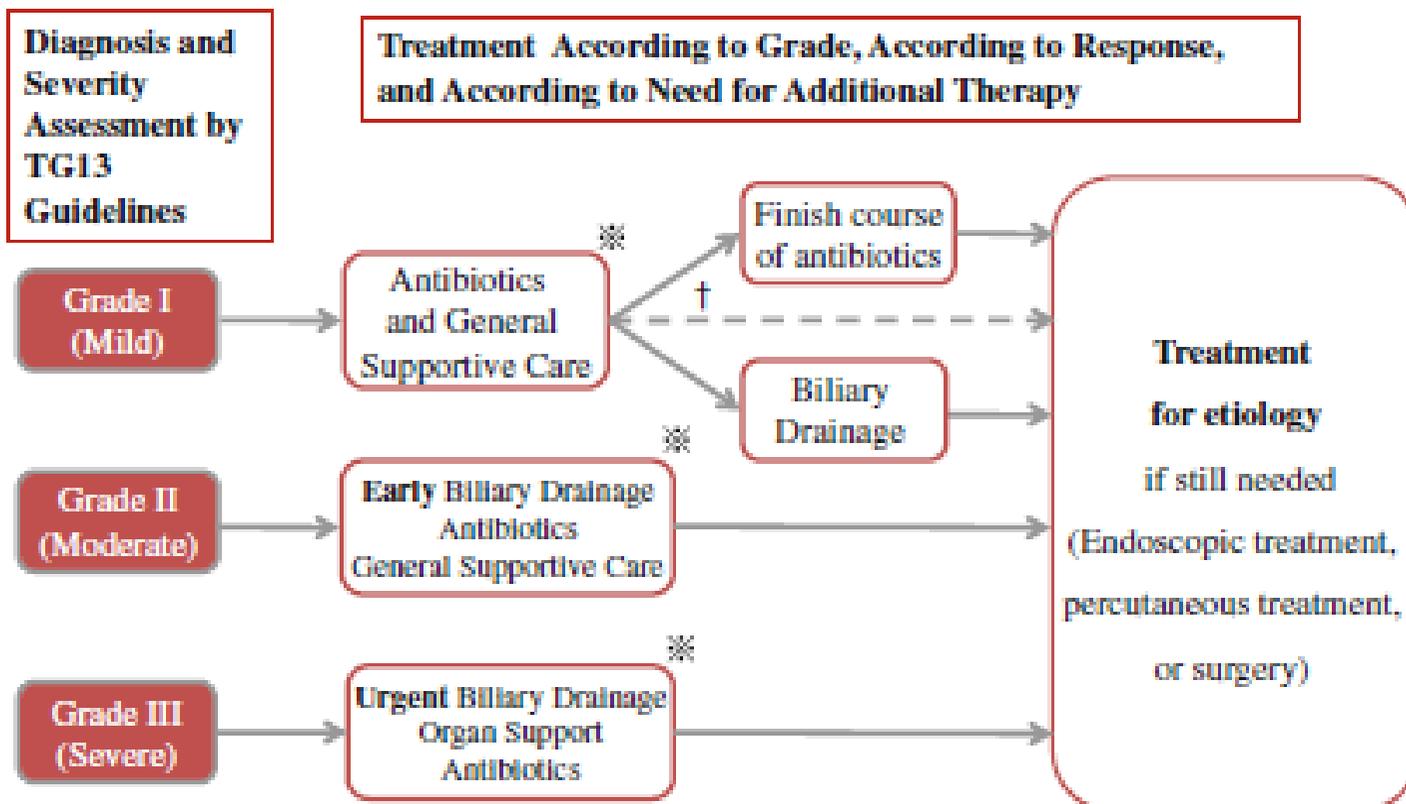
Grade I (mild) acute cholangitis

“Grade I” acute cholangitis does not meet the criteria of “Grade III (severe)” or “Grade II (moderate)” acute cholangitis at initial diagnosis.

Notes

Early diagnosis, early biliary drainage and/or treatment for etiology, and antimicrobial administration are fundamental treatments for acute cholangitis classified not only as Grade III (severe) and Grade II (moderate) but also Grade I (mild).

Therefore, it is recommended that patients with acute cholangitis who do not respond to the initial medical treatment (general supportive care and antimicrobial therapy) undergo early biliary drainage or treatment for etiology (see flowchart).



※ Performance of a blood culture should be taken into consideration before initiation of administration of antibiotics. A bile culture should be performed during biliary drainage.

† Principle of treatment for acute cholangitis consists of antimicrobial administration and biliary drainage including treatment for etiology. For patient with choledocholithiasis, treatment for etiology might be performed simultaneously, if possible, with biliary drainage.



Cholécystite

Echographie

Calcul (hyperéchogène, mobile, cône d'ombre)

Epaississement pariétal (>4mm)

Dédoublement pariétal

Distension vésiculaire

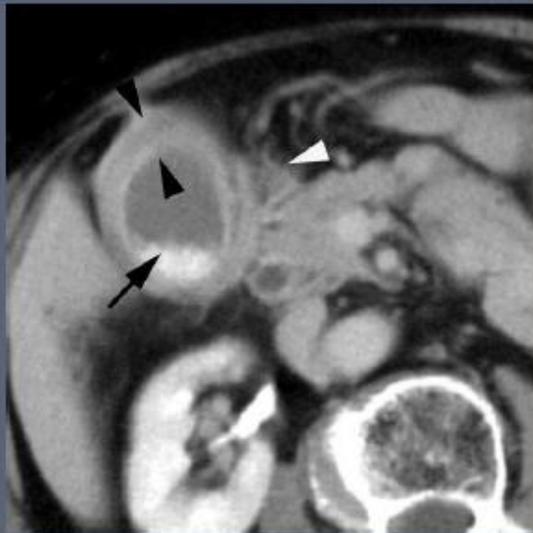
Douleur au passage de la sonde





CCA

○ Cholécystite aiguë lithiasique



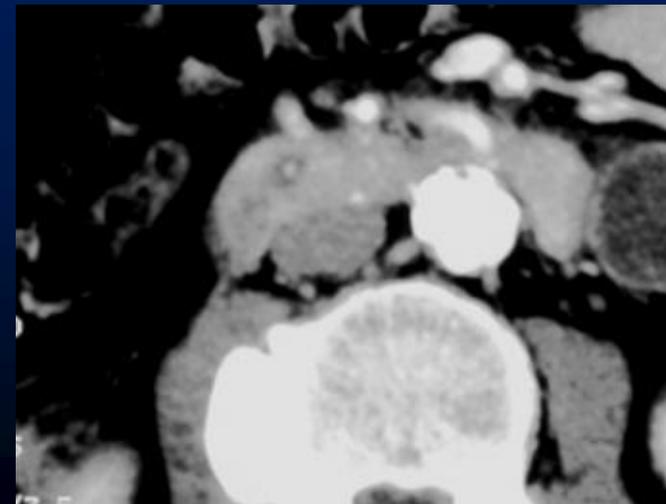
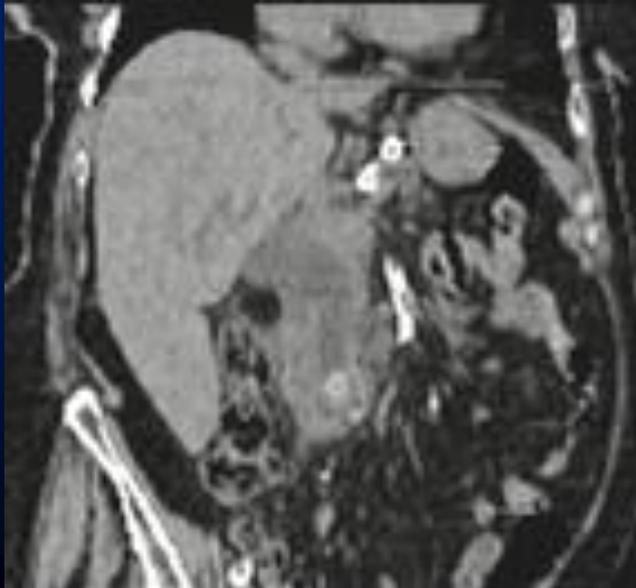
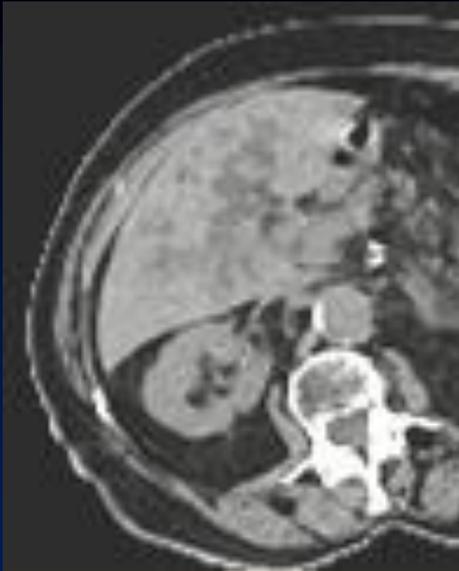
- . Vésicule distendue
- . Paroi épaissie > 4 mm
- . Œdème sous muqueux
- . Rehaussement muqueux ++
- . Infiltration graisse alentour
- . Foie de contact hyper-rehaussé
- . Calculs +/- denses



Lithiase de la voie biliaire principale

Echo examen de référence
Scanner si doute (ictère nu)

Calcul (si dense)
Dilatation des voies biliaires





Pancréatite aiguë

○ Pancréatite aiguë oedémateuse



- . Infiltration glandulaire
- . Infiltration périglandulaire
- . Coulée inflammatoire le long des fascias pararénaux
- . Epanchement péritonéal
- . Possible choledocal ring sign
- . Possible calcul visible



Pancréatite aiguë

○ Pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique



- . Nécrose glandulaire +/- marquée
- . Collections organisées extra-pancréatiques et péritonéales
- . +/- Présence de gaz dans les zones nécrotiques (surinfection)
- . Possible choledocal ring sign
- . Possible calcul visible



Pancréatite aiguë

○ Score de Balthazar

- **Grade A** (15 %) aspect normal de la glande
- **Grade B** (23 %) oedème glandulaire isolé
- **Grade C** (20 %) infiltration de la graisse péripancréatique
- **Grade D** (14 %) infiltration péripancréatique et coulée inflammatoire unilatérale
- **Grade E** (28 %) Collection nécroticohémorragique ou présence d'une coulée inflammatoire bilatérale



Score de Balthazar

- **D,E= pancréatites graves**
- **Stades A,B,C: mortalité=0, morbidité=4%**
- **Stades D,E: mortalité=14%, morbidité=54%**
- **Absence de prise en compte de la nécrose pancréatique (analyse du rehaussement partiel ou total de la glande)**

Occlusions



- Interrogatoire:
 - ATCD med (cancer, MICI, terrain)
 - ATCD chir (laparotomie)
 - Chercher les cicatrices, OH, TR
- Signes fonct. **LA TRIADE**
 - **AMG** (gaz précèdent matières)
 - **Dx abdo**
 - **Vomissements**
- Etat général
 - Hypotension
 - Deshydratation (pli cut, soif)
 - Signes de sepsis (fièvre, tachycardie)
 - Désordres acido-basique (bradypnée, hypoventilation)
 - Sueurs, agitation, confusion

Occlusions



- En 1^{ère} intention:
 - **Le scanner !**
 - ASP inutile
 - Echo non contributive
 - Coloscopie dangereuse
-



Occlusions

- Occlusions intestinales
 - Occlusions mécaniques
 - Ileus fonctionnels

 - Occlusions du grêle
 - Occlusions du côlon



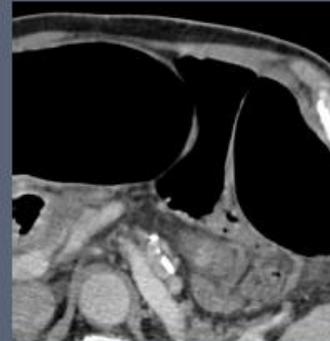
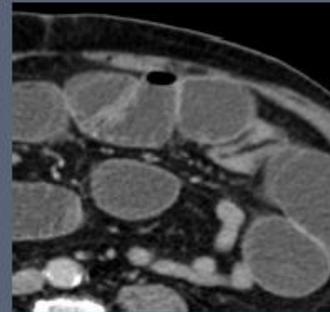
Occlusions

1. Affirmer l'occlusion

= Dilatation intestinale

Grêle > 3 cm

Côlon > 8 cm





Occlusions

2. Distinguer mécanique et fonctionnel

Occlusion mécanique
= Intestin d'amont dilaté
et intestin d'aval plat





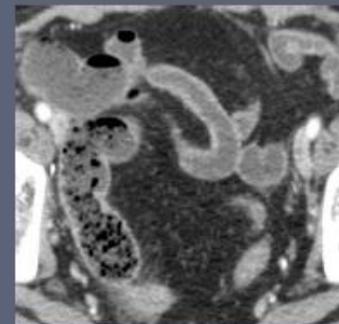
Occlusions

3. Localiser le site de l'occlusion

Jonction entre intestin dilaté et intestin plat
= Zone transitionnelle



Signe annexe pour le grêle
= Small Bowel Feces sign





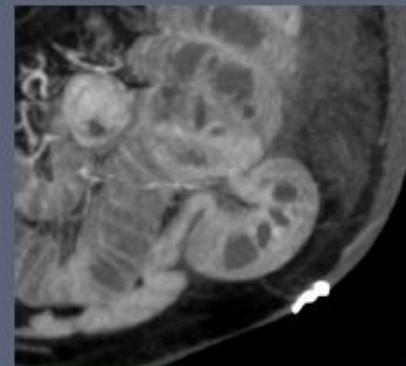
Occlusions

4. Diagnostiquer les signes de gravité

a. Signes d'étranglement

- . Distribution des anses occluses en C
- . Convergence radiaire des mésos
- . Double Beak sign

= Anse fermée



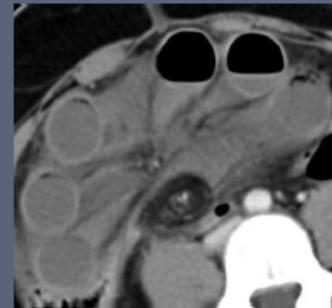
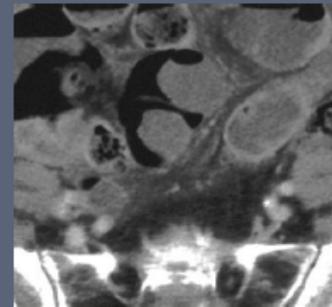


Occlusions

4. Diagnostiquer les signes de gravité

b. Signes de l'ischémie

- . Epaissement pariétal
- . Défaut rehaussement paroi
- . Whirl sign
- . Pneumatose pariétale
- . Aéromésentérie
- . Aéroportie
- . Infiltration des mésos
- . Pneumopéritoine

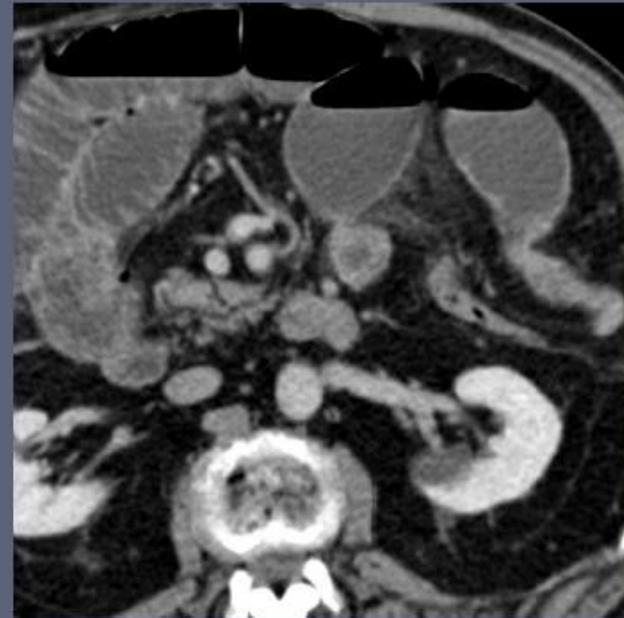


Occlusions



- Occlusion par obstruction
 - Occlusion simple sur bride

- . Dilatation d'amont souvent marquée
- . Zone transitionnelle brutale
- . Pas de lésion visible
- . Beak sign
- . Fat Notch sign



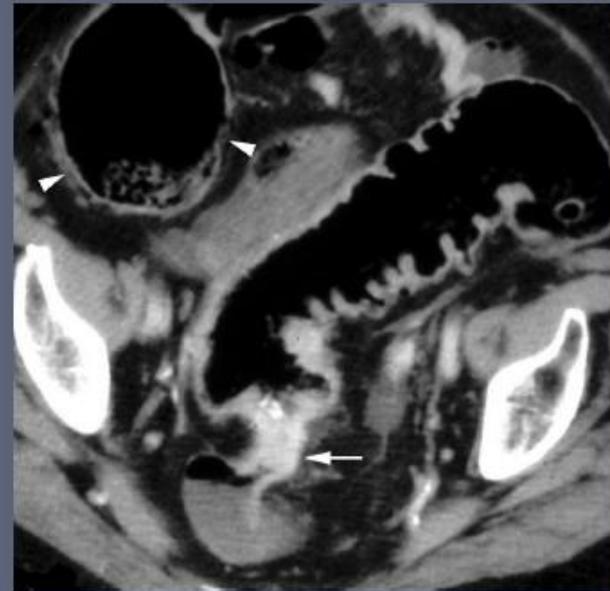
SNG si pas de signes de gravité

Occlusions



- Occlusion par obstruction
 - Occlusion sur cancer colique

- . Lésion sténosante en « trognon de pomme »
- . Fort rehaussement de la tumeur par le PDC
- . Dilatation d'amont
- . Ampoule rectale vide



Regarder le caecum (>10 cm), le grêle (valvule continente ?), le foie
Chir (+/- urgente) ou endoprothèse



Occlusions

- Occlusion par strangulation
 - Occlusion par volvulus sur bride

- . Répartition en C des anses occluses
- . Spoke Wheel sign
- . Infiltration dense de la graisse
- . Whirl sign
- . Signes de souffrance ischémique des anses



Chir

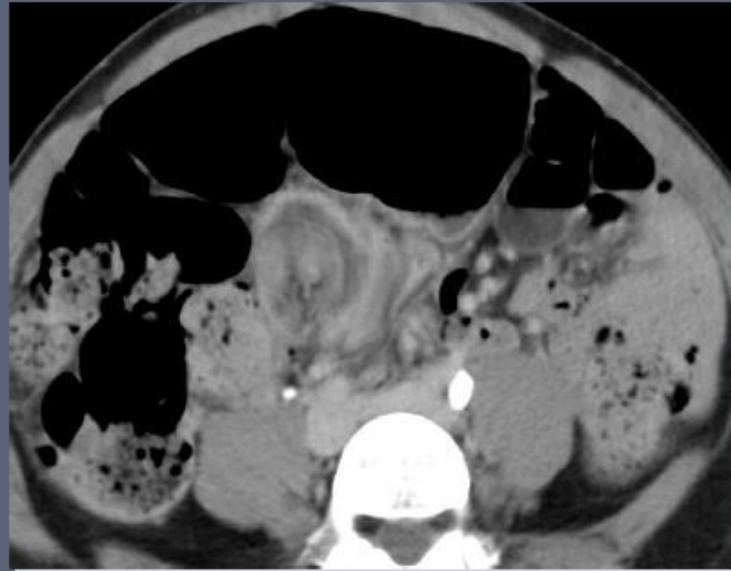
Occlusions



- Occlusion par strangulation

- Occlusion par volvulus du sigmoïde

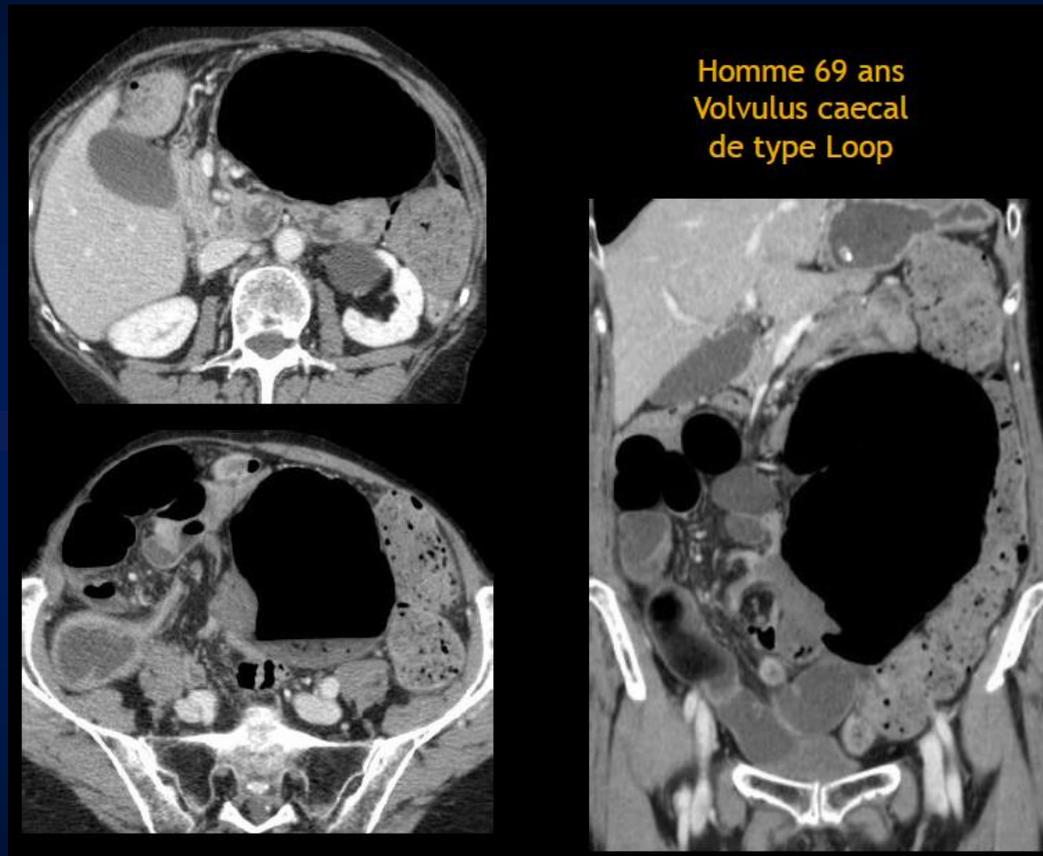
- .Forme classique
 - .Accolement des 2 jambages du sigmoïde
 - . Whirl sign



Appel endoscopiste ou chir si signes de gravité
Si endoscopie: Faire mettre un tube de Faucher !



Occlusions



Pas d'endoscopie.
Chirurgie

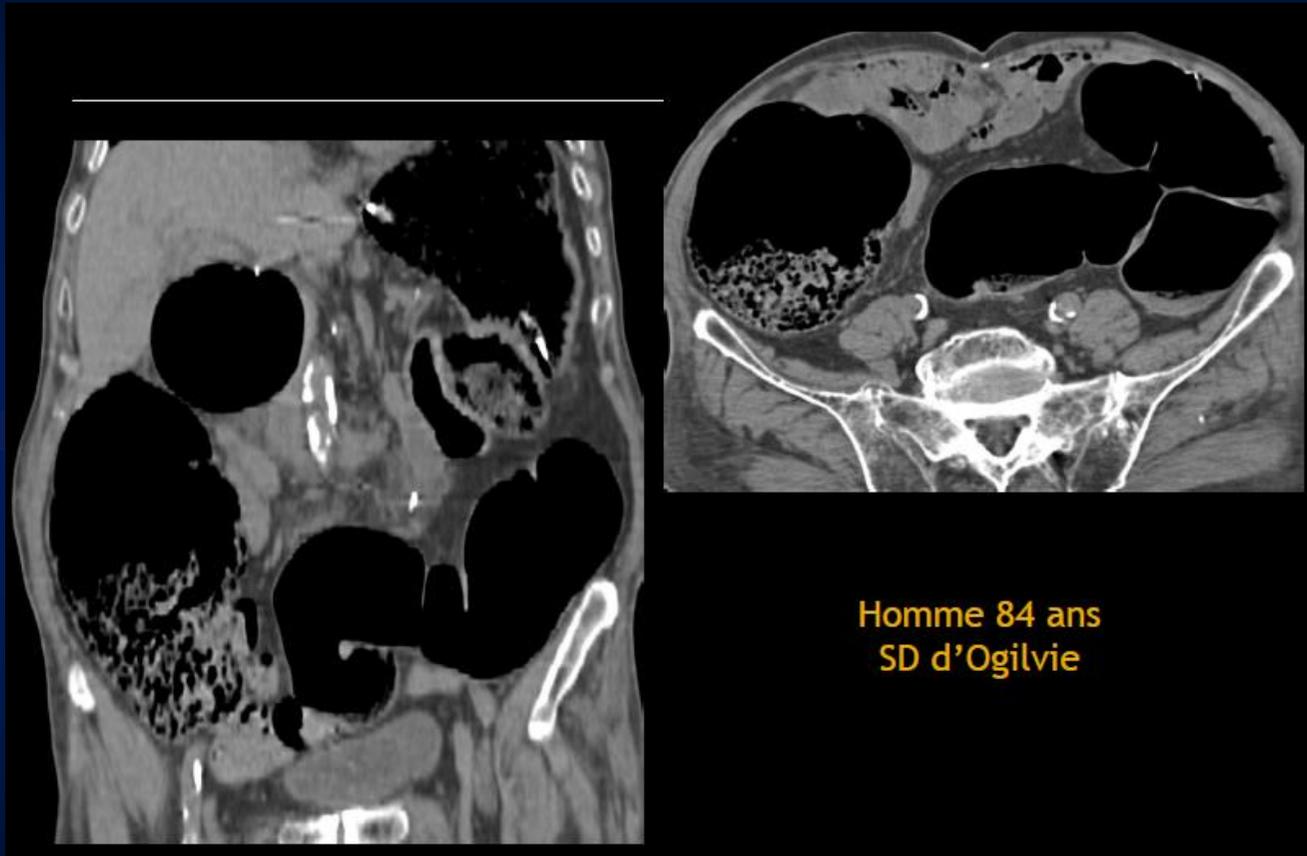


Occlusions

○ SD d'Ogilvie

- Colectasie aiguë primitive
- Distension gazeuse diffuse
- Pas d'obstacle mécanique
- Patients alités et institutionnalisés +++

Occlusions



Colo-exsufflation. Pas de chirurgie



Hernie pariétale



Définitions

- Une hernie correspond au passage d'une partie du contenu abdominal au travers d'un orifice musculo-aponévrotique naturel mais anormalement élargi.
- On parle de hernie pariétale lorsqu'un sac péritonéal franchit le *fascia transversalis*.
- Regroupe: hernies ombilicales et hernies de l'aîne (hernies inguinales et crurales).



Éventration : Protrusion viscérale sous cutanée au niveau d'une zone affaiblie de la paroi abdominale.

Éviscération : Issue de viscères hors des limites de l'abdomen à la faveur d'une brèche intéressant tous les plans pariétaux (y compris la peau).

Plan musculo-aponévrotique :



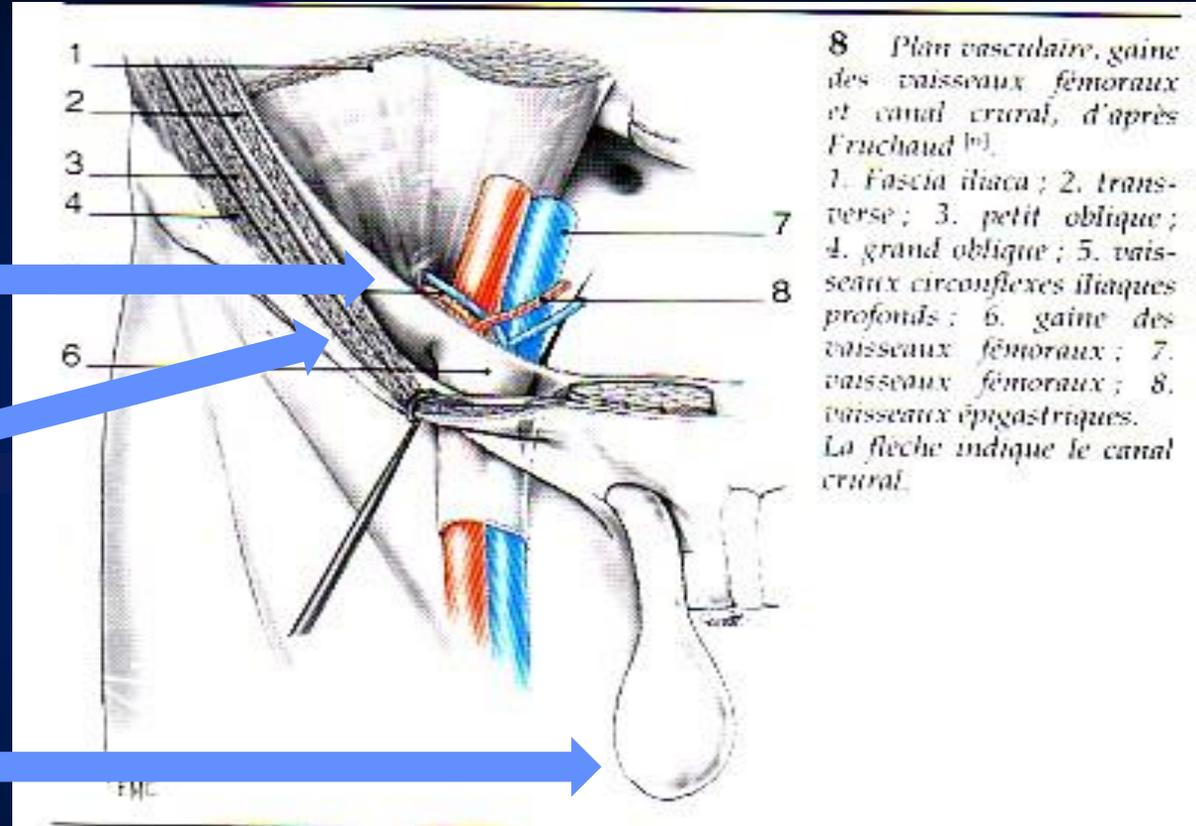
Arcade crurale



Ligne de Malgaigne



HI OE



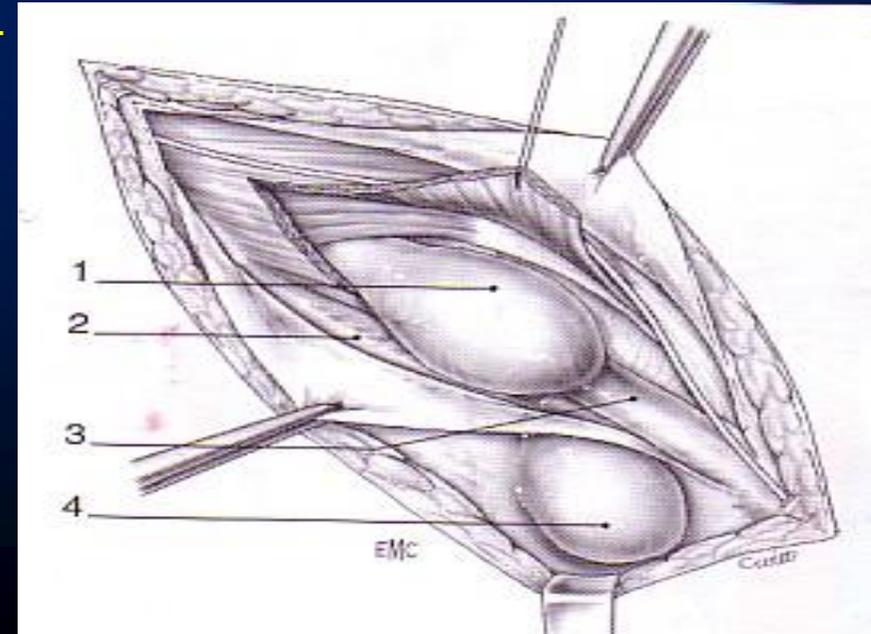
Types de hernies



A) H. Inguinales :

1- H.I O.Externe (H . Indirecte): Au dessus de la ligne de Malgaigne

- 65 % des hernies de l'homme. Sujet jeune. Trajet oblique.
Vaisseaux épigastriques perçus en dedans
- Le sac péritonéal est extériorisé plus souvent en intra funiculaire mais le sac peut être extra funiculaire précédée par un lipome.
- Réduction suivant un trajet oblique en haut et en dehors



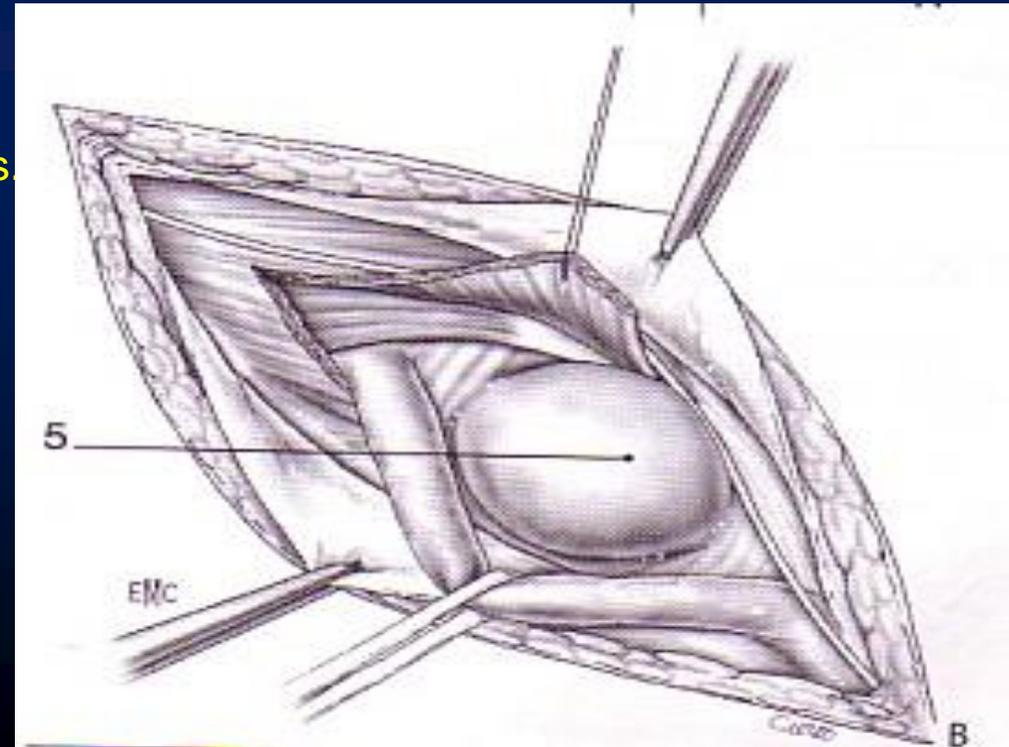
Types de hernies



A) H. Inguinales :

2- H. Directe :

- Le sac péritonéal est extériorisé par la F.I.M
Hernie du sujet âgé, vaisseaux épigastriques perçus en dehors
- Il est plus large que profond, arrondi.
- Correspond au relâchement étendu du fascia transversalis

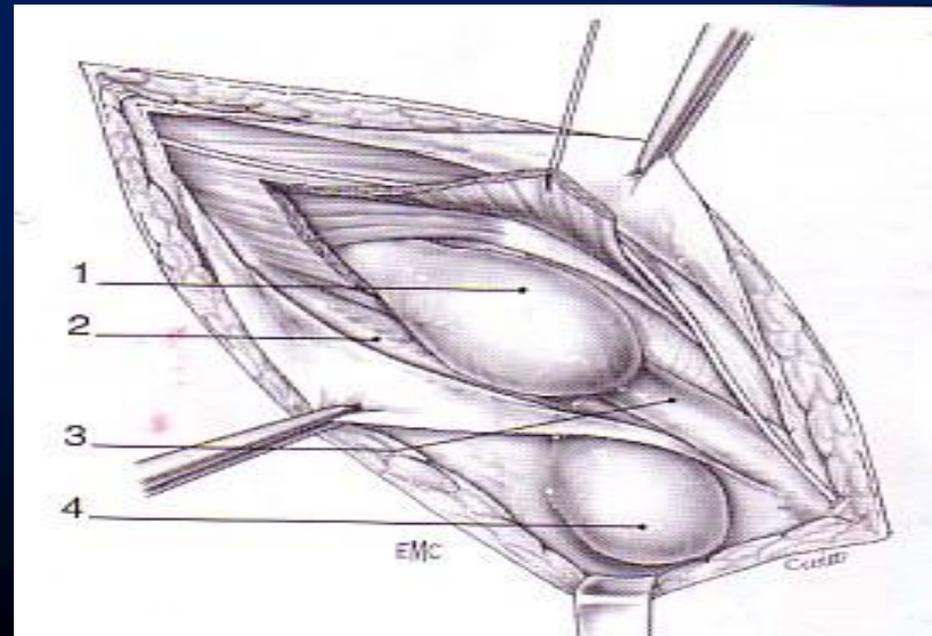


Types de hernies



B) H. Crurale :

- Plus rare (10%), et plus petite
- Fréquente chez la femme âgée (70 ans et très mince, ce n'est pas une adénopathie) A la racine de la cuisse.
- Le sac péritonéal est extériorisé sous l'arcade crurale, par la gaine des vaisseaux fémoraux (en dedans de la veine).
- IVAN (Interne, Veine, Artère, Nerf)



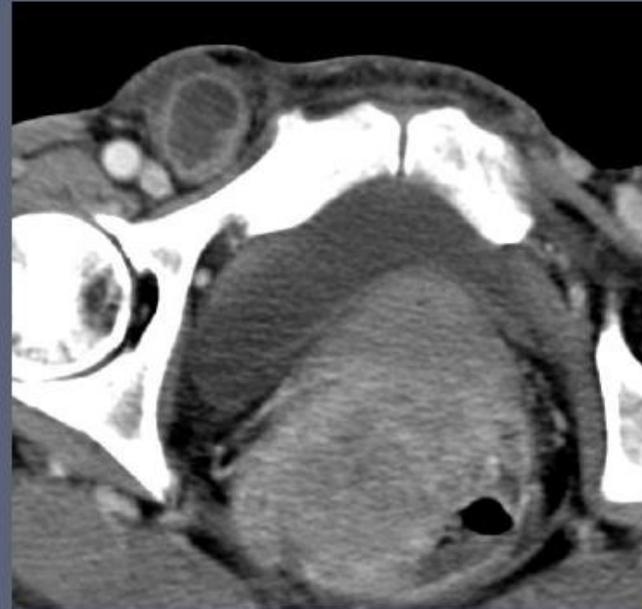
Occlusions



- Occlusion par strangulation

- Occlusion par hernie de l'aîne

- . 2 formes : inguinale (OI/OE) et fémorale
 - . Anse incarcerated en région inguinale
 - . Distinction selon rapport à AEI et à repère centré sur l'épine du pubis



Réduction ou chirurgie

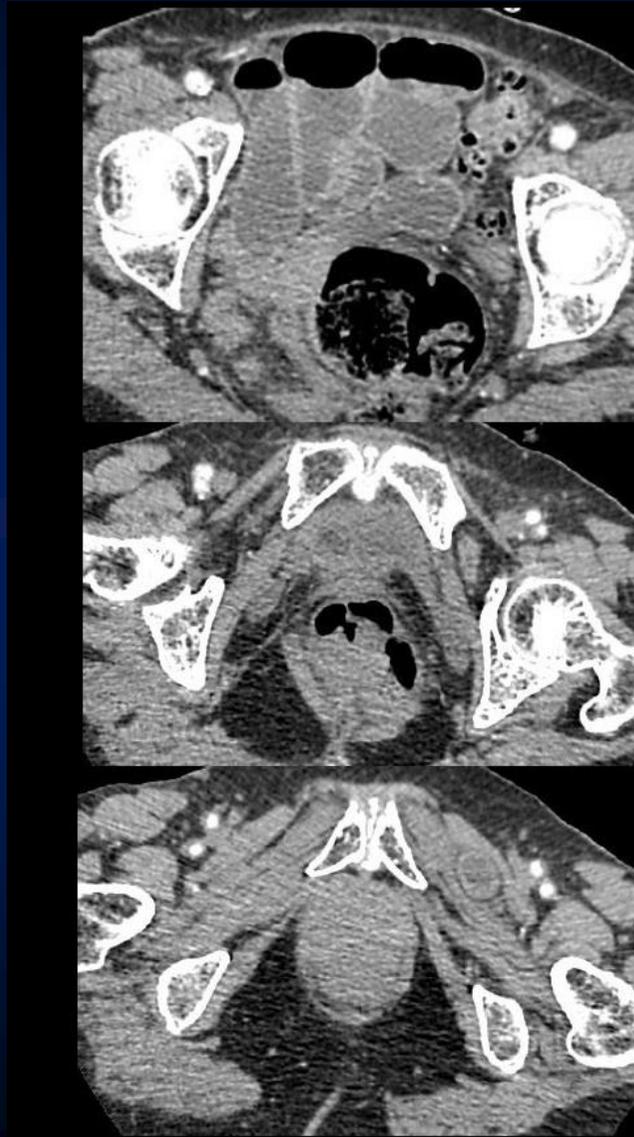
Types de hernies



C) H. Obturatrice:

Très rare: Femme,
multiparité, maigreur.

- Risque d'étranglement



Femme 93 ans
Occlusion sur hernie
obturatrice gauche

Formes cliniques



Une hernie asymptomatique est réductible indolore impulsive à la toux

B) H. Irréductible : En raison : - Grand volume des viscères herniés (perte de droit de cité).
- Adhérences intra-saculaires.

C) H. Engouée : Étranglement mineur : - Réductible partiellement
- Indolore mais gênante
- Pas de signes abdominaux

* Indication chirurgicale rapide en chirurgie réglée

D) H. Étranglée: Strangulation du contenu herniaire : - Anse et son méso
- Pincement latéral
- Epiploocèle
- Hernie en W

* Signes locaux modifiés avec une tuméfaction dure douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux

* Indication chirurgicale immédiate, avant l'apparition des signes abdominaux et généraux (occlusion).

Diagnostics différentiels



H. Inguinale :

- 1- Hydrocèle : Non impulsif / Trans-illumination
- 2- Varicocèle :- Tuméfaction molle dépressible
- Disparition en position couchée
- 3- Testicule ectopique :

H. Crurale :

- 1- Adénopathie
- 2- Varice de la crosse de la saphène interne
- 3- Anévrisme fémoral

* Échographie -/+ Doppler: +++

TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUNIALE



Généralités

- Réduction par taxis (morphine avant)
- Si échec ou signes de nécrose : traitement chirurgical
- Voie d'abord inguinale ou médiane
- Raphie ou prothèse chez l'adulte
- Hernie crurale ou étranglée : Chirurgie, jamais de réduction car 100% d'échec



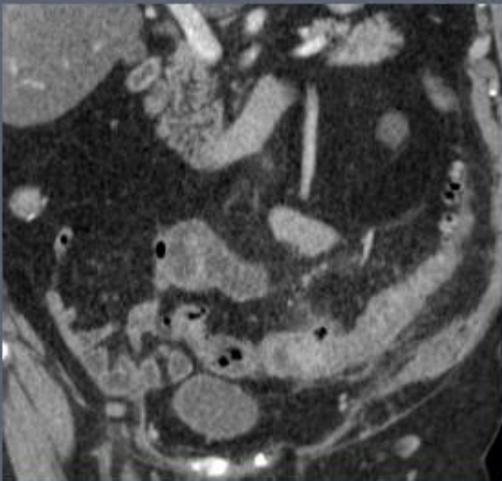
Diverticulite sigmoïdienne

- Et non sigmoïdite diverticulaire !
- Appendicite à gauche
- Révèle la pathologie dans 80% des cas
- Jamais de diverticule au rectum
- 2 complication principales
 - Infection (G>D)
 - Hémorragie (D>G)
- Scanner examen de référence
- Jamais de coloscopie



Sigmoïdite aiguë

○ Sigmoïdite aiguë non compliquée



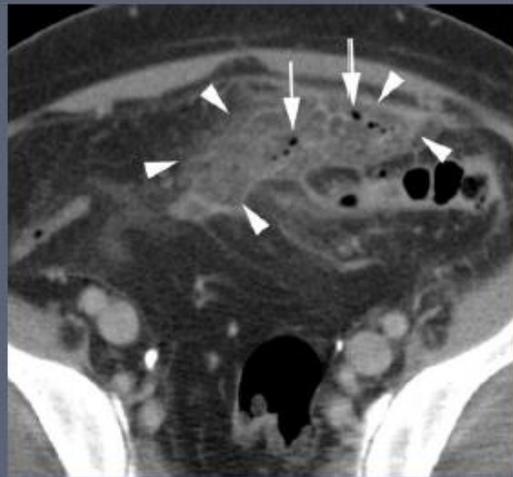
- . Epaissement paroi sigmoïde
- . Diverticules ++
- . Rehaussement transmural
- . Disproportionate Fat Stranding
- . Epanchement au Douglas
- . Pas de complication à ce stade



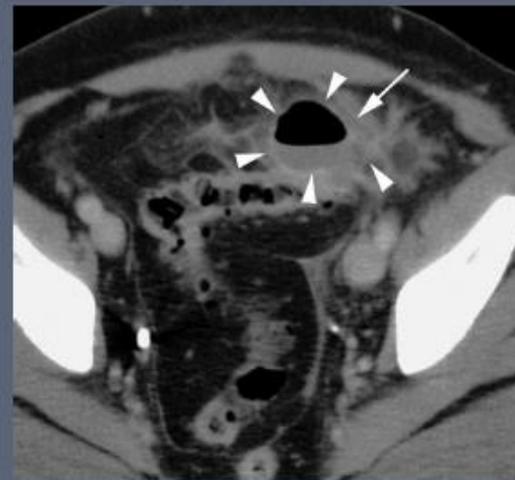
Sigmoïdite aiguë

- Formes compliquées

Phlegmon



Abcès



ATB



ATB +
Drainage
Radiologique
ou chirurgical



Prise en charge thérapeutique



- Quel patient hospitaliser?
 - Mauvaise tolérance clinique (signes d'irritation péritonéale, impossibilité de maintenir une hydratation orale, absence d'amélioration après 48 à 72h de traitement ambulatoire)
 - Impossibilité de surveillance en ambulatoire
 - terrain débilité ou âgé, signes scann. de gravité (PNP, Abscès)
- Quelle antibiothérapie ?
 - Bi-antibiothérapie active sur BGN et entérocoques
 - » Pénicilline A + inhibiteur des β -lactamases +/- aminosides (!IR)
 - » C3G ou fluoroquinolone (ofloxacine), + imidazolés
 - Durée 7jours
 - Mais à évaluer en fonction de l'évolution et des prélèvements



Colites aiguës

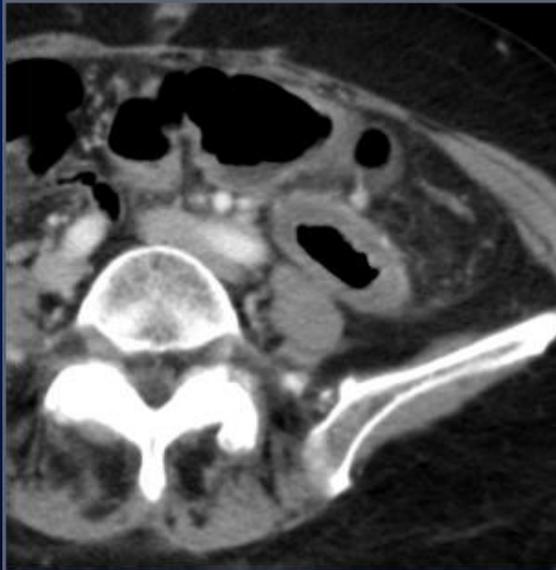
○ Colite ischémique

- FF = DNID, Polyvasculaire
- Diarrhées sanglantes
- 2 formes
 - **Forme réversible** (« humide »)
 - **Forme irréversible** (« sèche »)



Colites aiguës

○ Colite ischémique



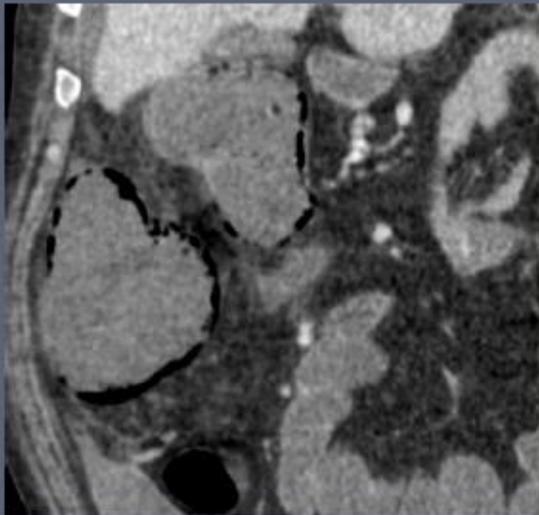
Forme non gangréneuse

- . Atteinte segmentaire du côlon
- . Epaissement paroi
- . Défaut de rehaussement muqueux
- . Atonie luminale fréquente
- . Infiltration péridigestive



Colites aiguës

○ Colite ischémique



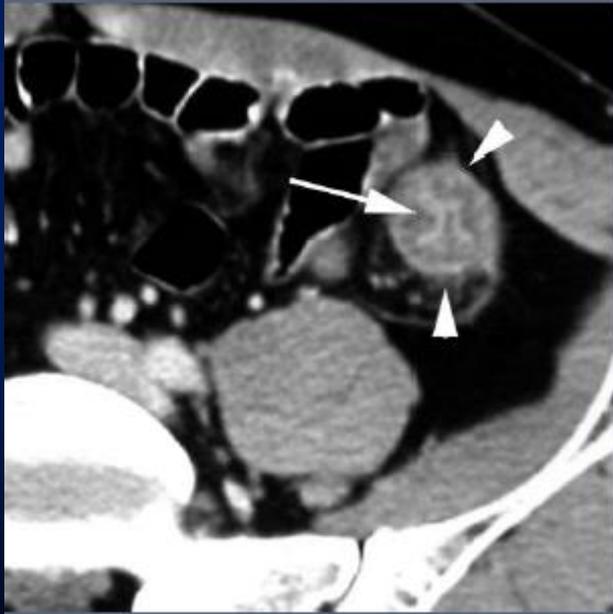
Forme gangréneuse

- . Atteinte segmentaire du côlon
- . Aspect de paroi virtuelle
- . Pneumatose pariétale
- . Possible aéroportie
- . Infiltration péridigestive



Colites aiguës

○ Colite infectieuse

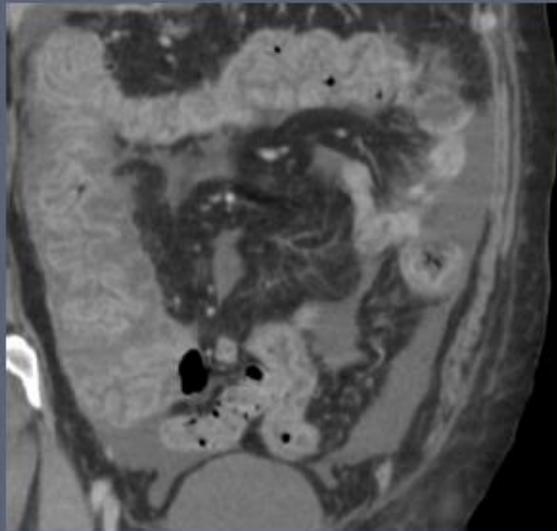


- . Atteinte pancolique ++
- . Paroi épaissie
- . Œdème sous muqueux
- . Lumière colique vide ++
- . ADNs
- . Rare réaction péritonéale



Colites aiguës

○ Colite pseudomembraneuse



- . Atteinte pancolique ++
- . Paroi épaissie avec oedème sous muqueux
- . Disparition lumière colique
- . Accordion sign ++
- . ADNs
- . Epanchement péritonéal



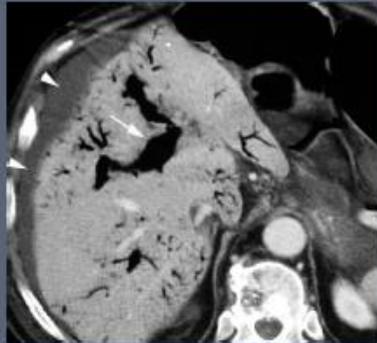
Ischémie mésentérique

- Ischémie intestino-mésentérique aiguë
 - « Catastrophe » vasculaire par excellence
 - Taux de mortalité +++
 - Plusieurs causes possibles
 - Embolie artérielle (ACFA)
 - Thrombose artérielle
 - Bas débit cardiaque ++
 - Thrombose veineuse



Ischémie mésentérique

○ Ischémie intestino-mésentérique aiguë



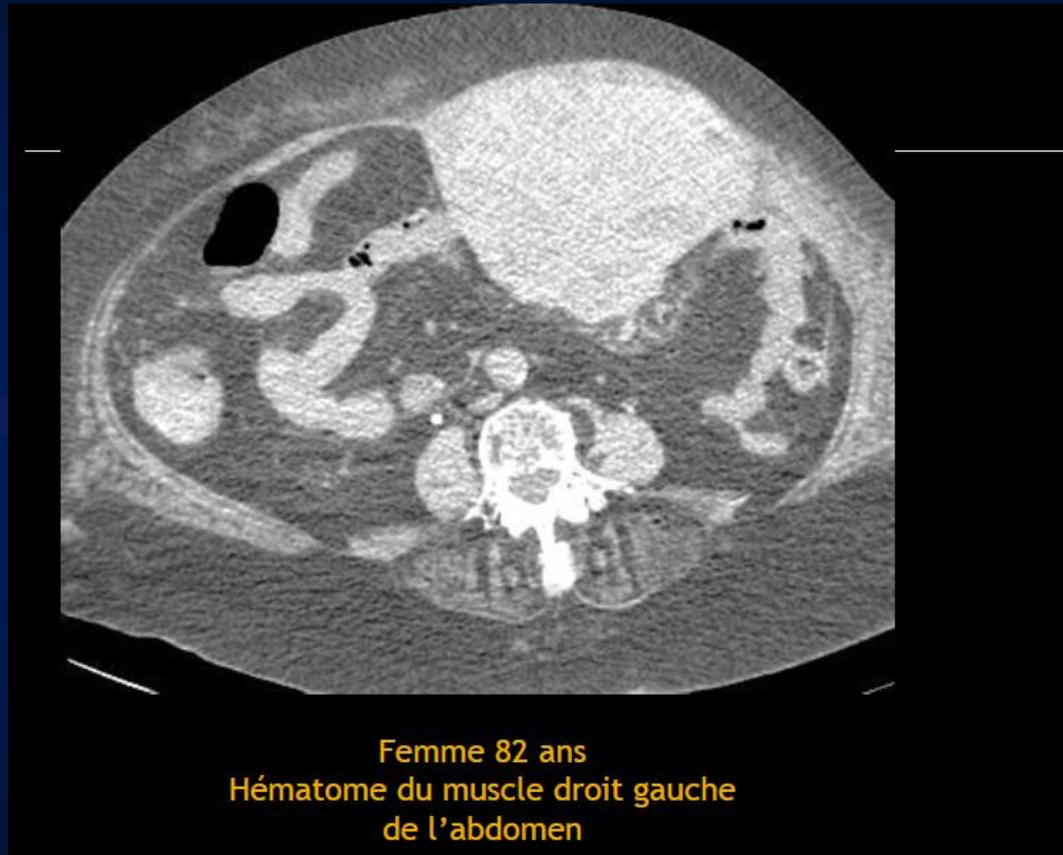
- . Défaut de rehaussement paroi digestive ++
- . Pneumatose pariétale
- . Aéroportie
- . Epanchement péritonéal sérosanglant
- . Possible pneumopéritoine
- . Thrombus vasculaire en cas de cause tronculaire (peu fréquent)



Pathologie des anticoagulants

- Hématome du muscle droit de l'abdomen
 - HBPM +++
 - Défense abdominale mimant ventre chirurgical ++

Pathologie des anticoagulants



Scanner injecté temps artériel !
Chirurgie ou Embolisation !

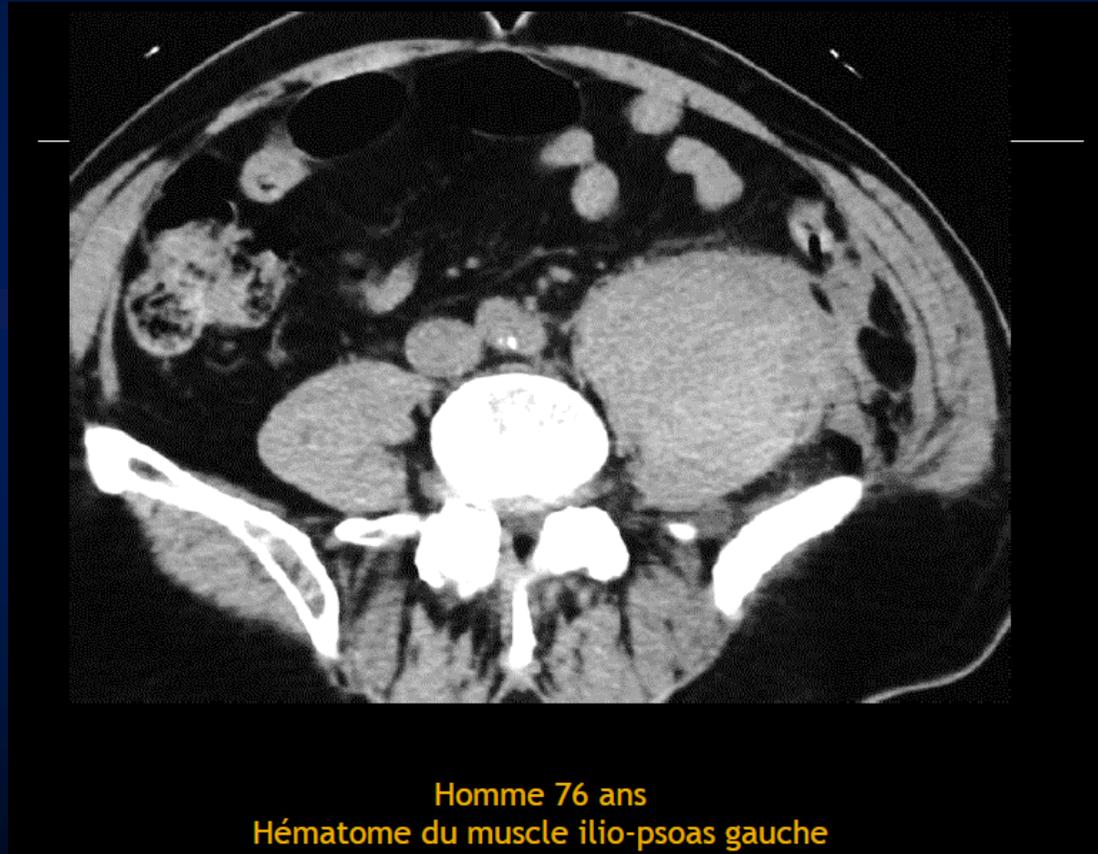


Pathologie des anticoagulants

- Hématome du muscle ilio-psoas
 - AVK +++
 - Parfois cruralgies



Pathologie des anticoagulants



Chirurgie si
Déficit neuro



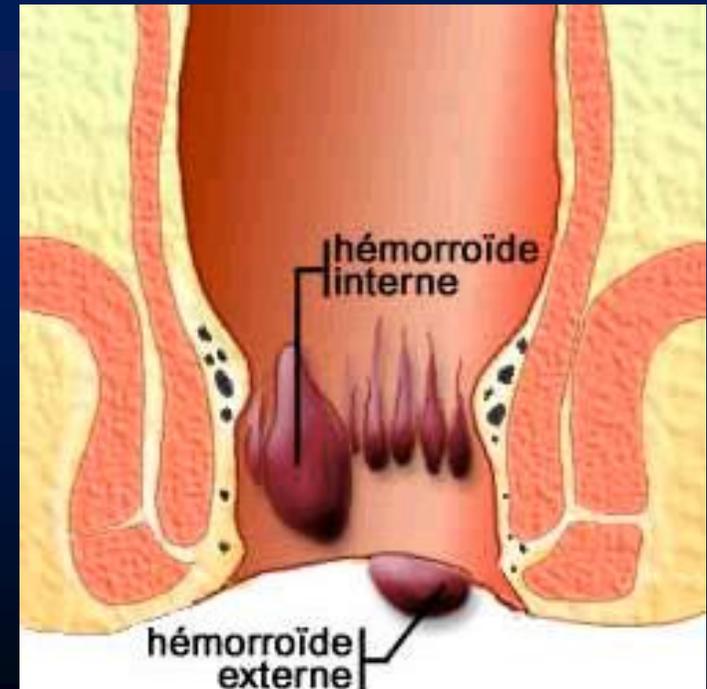
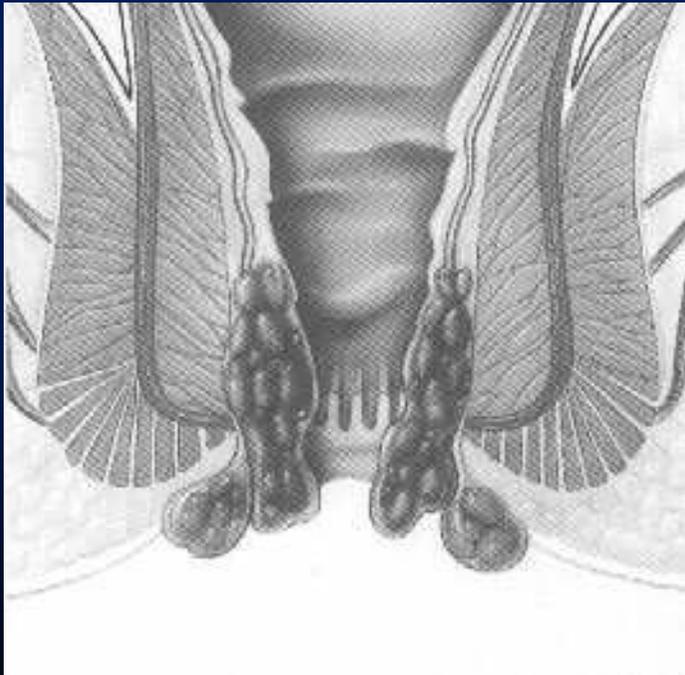
Pathologies ano-rectales



Maladie hémorroïdaire

Hémorroïde interne au dessus de la ligne pectinée ► Prolapsus Thrombose

Hémorroïde externe en dessous de la ligne ► Thrombose



Thrombose Hémorroïdaire Externe



Thrombose Hémorroïdaire Externe



Thrombose Hémorroïdaire Externe



Thrombose Hémorroïdaire Externe



Thrombose Hémorroïdaire Externe

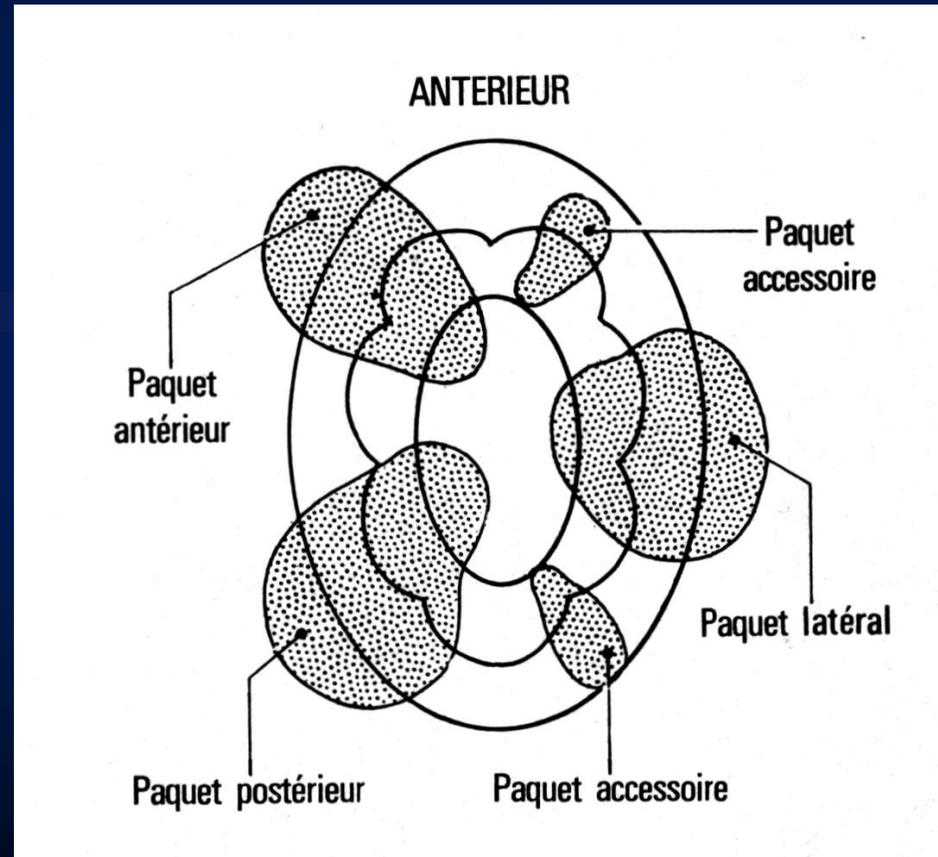


Thrombose Hémorroïdaire Externe





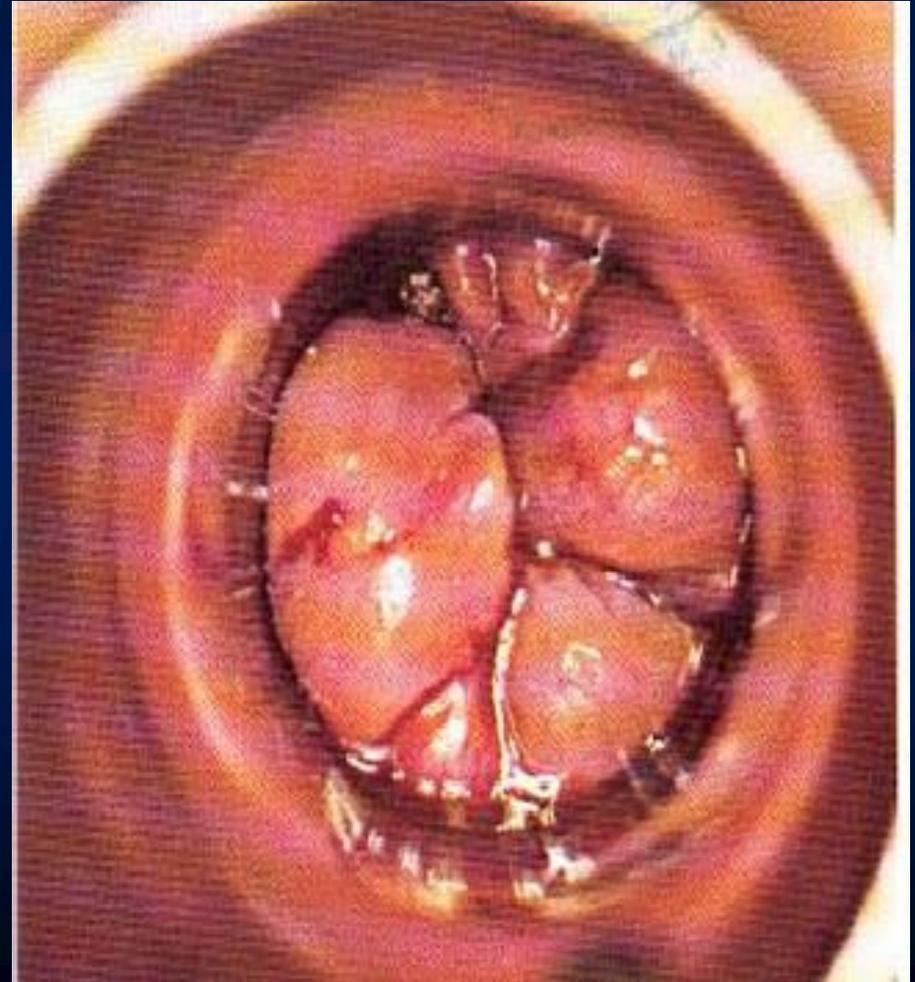
Hémorroïde Interne



Maladie hémorroïdaire



- Hémorroïdes internes
- seulement visibles par l'anuscopie
- (stade 1)



Maladie hémorroïdaire



Stade 2 Procidence à l'effort

Stade 3 Procidence à l'effort et nécessité de manœuvre de réduction



Maladie hémorroïdaire

Traitement médical

- Les modificateurs du transit (Fibres alimentaires, laxatifs mucilages lubrifiants)
- Les veinotoniques (Pas d'effet secondaires)
- Les anti-inflammatoires (actifs sur HE et HI)
- Les antalgiques périphériques
- +/- Gel de xilocaine



Maladie hémorroïdaire

Stade 4 Prolapsus ne se réintégrant pas

Appel du
chirurgien





Hémorroïde Interne





Chirurgie





Chirurgie





marisques:

replis cutanés flasques séquelles des thromboses



Fissure





Tumeur





Prolapsus



Chirurgie à froid



Abcès



TR !

TT chirurgical: mise à plat + drainage, jamais d'élastiques si MICI
Scanner si MICI ou signes de cellulite



Kyste pilonidal



Chirurgie
Mise à plat au bloc vs Exérèse