

Urgences chirurgicales

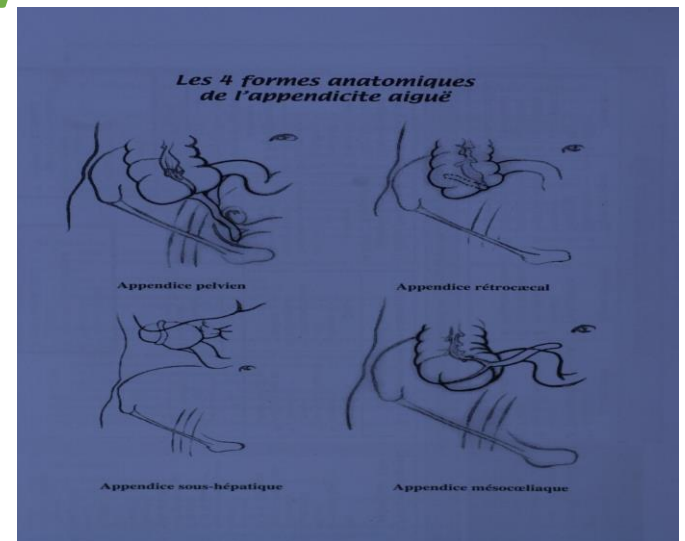
Pr M.BENDIB

APPENDICITES
AIGUES

- *C'est l'inflammation aiguë de l'appendice iléo-coecal*
- *la plus fréquente des urgences chirurgicales.*
- 3 faits la caractérisent:
 - *Absence de parallélisme anatomo-clinique*
 - *Polymorphisme clinique*
 - *Évolution imprévisible*

RAPPEL ANATOMIQUE:

- L'appendice est un tube flexueux de longueur très variable .
- Il est descendant et normalement situé *en dedans du coecum*
- . L'appendicite pouvant être:
 - *latéro-coecale interne +++*
 - *rétro-coecale*
 - *sous-hépatique*
 - *méso-coeliaque*
 - *pelvienne*



Pathogénie:

L'infection se fait selon 3 modes:

- ✓ Par voie hématogène
- ✓ Par voie endogène (obstruction luminale) +++
- ✓ Par contiguïté

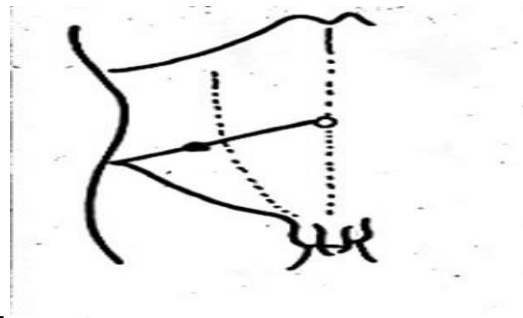
FORME CLINIQUE CLASSIQUE



le diagnostic de la forme clinique franche, latéro-coecale interne de l'adulte jeune, est essentiellement clinique +++

- ***Douleur de la fosse iliaque droite (FID):***

- à type de déchirure, crampes, évoluant par à-coups, et pouvant irradier vers l'ombilic.
- (+++) ***débutant volontiers au milieu de l'épigastre pour migrer vers la fosse iliaque droite***
- accompagnée de ***nausées, vomissements ou troubles du transit***



- ***La fièvre:***

- en général modérée (38°). Elle commence à grimper lorsque le tableau s'aggrave: ***au-delà de 39° , c'est une complication***

- LA PALPATION: +++

- . *Douleur provoquée*, nette, précise et vive dans la FID, au point de Mac Burney qui est situé a la jonction 2/3 internes – 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'EIAS

- Défense pariétale FID*

- (la palpation appuyée de la paroi abdominale ne se laisse pas déprimer)

- LES TOUCHERS PELVIENS: (+++)douleur à droite et Douglas

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

- Biologie:

- *hyperleucocytose et **CRP** (+++)*
VS accélérée

- L'abdomen sans préparation (ASP):

- le plus souvent normal

- L'échographie:

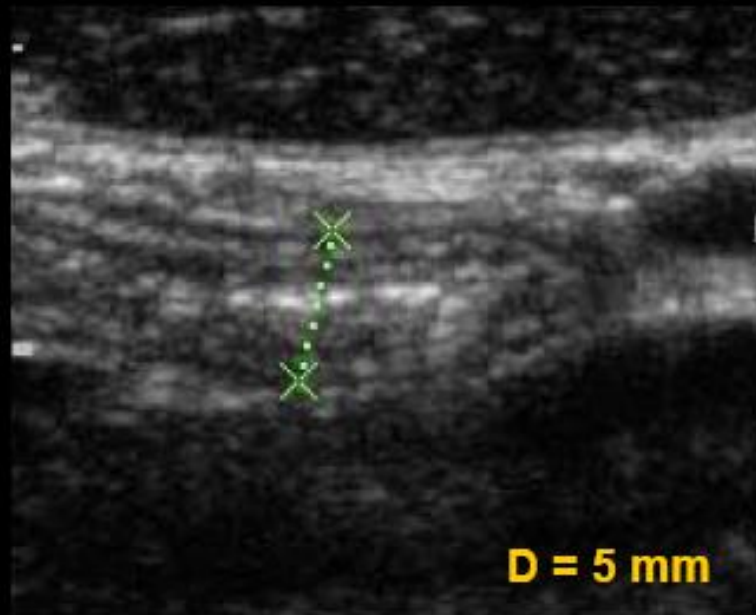
- confirme le diagnostic ,
peut visualiser l'appendice(image en cocard),
un épanchement péritonéal réactionnel

- TDM abdominale:

Utile si doute diagnostic

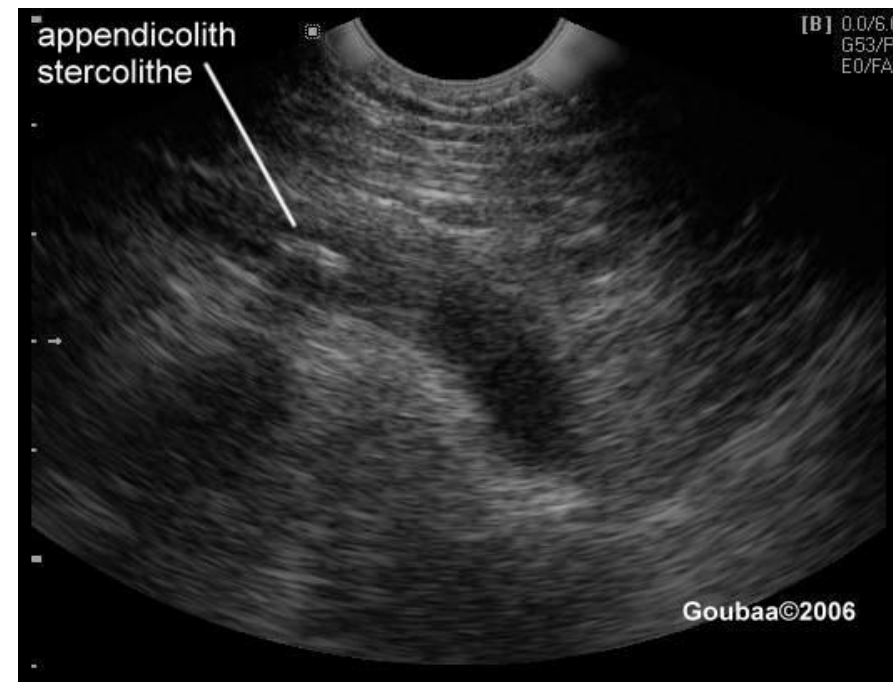
Appendice normale

- Diamètre < 6 mm
- Paroi < 3 mm

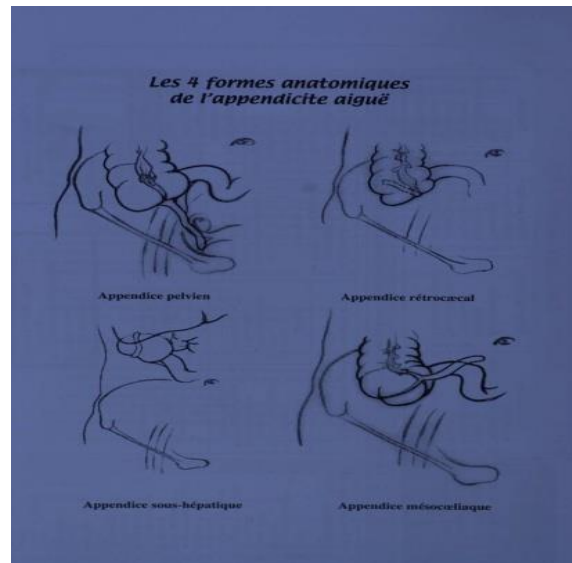




Appendicite aigue avec
épaississement de la paroi



FORMES CLINIQUES



1. Formes topographiques

◻ Appendicite pelvienne:

Douleur bas située, signes urinaires
peut se confondre avec une salpingite chez la femme

◻ Appendicite sous hépatique:

simule une cholécystite aiguë (échographie)

◻ Appendicite rétro-caecale:

Douleur lombaire, simule une affection rénale ou
une infection urinaire

◻ Appendicite méso-cœliaque:

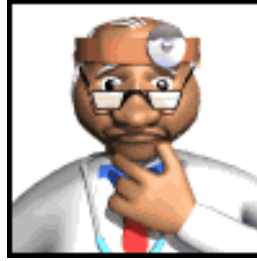
l'appendice se trouve au milieu des anses
tableau d'une occlusion fébrile

3. Formes évolutives:

La péritonite plastique, localisée

L'abcès appendiculaire

La péritonite aiguë généralisée



- **La péritonite généralisée:** douleur en coup de poignard débutant dans la FID puis diffusant rapidement a tout l'abdomen, syndrome infectieux (fièvre, AEG)
contracture généralisée
- **L'abcès appendiculaire:** Douleur intense à droite, fièvre, constipation, empatement de la FID, intérêt de l'échographie

- Le plastron appendiculaire:

c'est une péritonite plastique caractérisée par une agglutination d'anses et de l'épiploon autour de l'appendice malade afin de limiter la propagation de l'infection.

L'examen retrouve un blindage de la FID avec douleur, fièvre, nausées et constipation.

hyperleucocytose a PNN, VS accélérée

intérêt de l'échographie

TRAITEMENT:

Le traitement est **chirurgical**

- L'*appendicectomie* est réalisée par *Mac Burney*, ou par laparoscopie
- L'*antibiothérapie bactéricide* est indiquée selon le stade et le terrain
- Le trt médical ?

PERITONITES

AIGUES

GÉNÉRALITÉS

- C'est une infection généralisée de la séreuse péritonéale dûe à la présence d'un liquide agressif (suc digestif, bile...) le plus souvent septique (flore digestive).
- Son diagnostic repose surtout sur la clinique
- Son évolution dépend de la précocité du traitement médicochirurgical.
- Ainsi tout retard diagnostique et/ou thérapeutique met en jeu le pronostic vital.

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Bases pathogéniques :**

- **Contamination bactérienne hématogène** exceptionnelle au cours des septicémies.
- **Contamination péritonéale par diffusion** de bactéries à travers la paroi viscérale rendue perméable par l'inflammation ou par perforation d'un segment biliaire ou digestif
- **Contamination péritonéale de dehors en dedans** (rare) par plaies pénétrantes abdominales, les cathéters (KT) de dialyse péritonéale, Etc....

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Retentissement loco régional :**

- La péritonite aiguë est une maladie locale qui risque de devenir générale

- **Retentissement local :**

La péritonite aboutit à la formation de fausses membranes

- accolant les viscères au grand épiploon qui par sa mobilité permet l'exclusion de foyers infectés
- par cloisonnement.
- Ensuite une péritonite aiguë généralisée s'installe avec diffusion septicémique par absorption des germes, fragilisation des tissus, irritation nerveuse entraînant douleur, contracture et iléus paralytique avec constitution d'un 3^{ème} secteur.

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Retentissement général :**

- lié à l'infection (défaillance polyviscérale).
- - Collapsus cardio-vasculaire par choc septique
 - Défaillance respiratoire par réduction de la course diaphragmatique et surinfection pulmonaire entraînant un défaut d'oxygénation tissulaire avec acidose métabolique.
- - Une insuffisance rénale liée à l'hypovolémie et à l'action des toxines bactériennes.
- - Altération des fonctions hépatiques avec hépatite aigue infectieuse.

ÉTIOLOGIES

Péritonite par perforation d'un organe creux :

- - **Perforation d'un ulcère gastroduodéal antérieur.**
- - **Perforation néoplasique de l'estomac.**
- - **Perforation colique** : de pronostic plus sombre en raison de la septicité colique
 - Une maladie diverticulaire (rupture d'un diverticule).
 - Cancer colorectal
 - Perforations iatrogènes au cours d'une coloscopie.Elles sont d'emblée fébrile, le pneumopéritoine est plus important.
- - **Perforation du grêle** : au cours de la typhoïde, la tuberculose intestinale ou une diverticulite de Meckel, la maladie de Crohn, tumeur du grêle.

ÉTIOLOGIES

Péritonite par diffusion d'un abcès :

- - **Péritonites appendiculaires**
- - **Péritonites d'origine biliaire :**
- - **Péritonites gynécologiques :**

c'est une pelvipéritonite d'origine salpingienne secondaire à une diffusion d'une salpingite ou par rupture d'un pyosalpinx

Autres étiologies :

- - **Plaies et contusions de l'abdomen**
- - **Péritonite post opératoire (PPO)**

DIAGNOSTIC :

- **Forme habituelle** : Péritonite secondaire aiguë généralisée

signes fonctionnels :

- - **Douleur abdominale** brutale, permanente sans phase de rémission, débutant en regard du viscère perforé puis généralisée à tout l'abdomen.
- - **Vomissements** inconstants, nausées et parfois un hoquet.
- - **Troubles du transit** secondaires à l'iléus paralytique entraînant un arrêt des matières et des gazs.

- signes généraux :

- * Discrets au début .
- * Signes d'une infection grave d'emblée si perforation colique
 - faciès terreux, marbrures cutanées.
 - fièvre, accélération du pouls et hypotension artérielle avec oligurie.

• signes physiques :

- **Le maître symptôme : la contracture abdominale**
- - La disparition des mouvements respiratoires normaux au niveau de l'abdomen avec météorisme.
- - A la palpation, les muscles de l'abdomen sont le siège d'une contraction musculaire douloureuse, invincible généralisée, permanente et involontaire qualifiée **de ventre de bois + + +**
- - Hyperesthésie cutanée.
- - La percussion peut noter :

Une disparition de la matité préhépatique (pneumopéritoine), une matité des flancs et tympanisme globale.

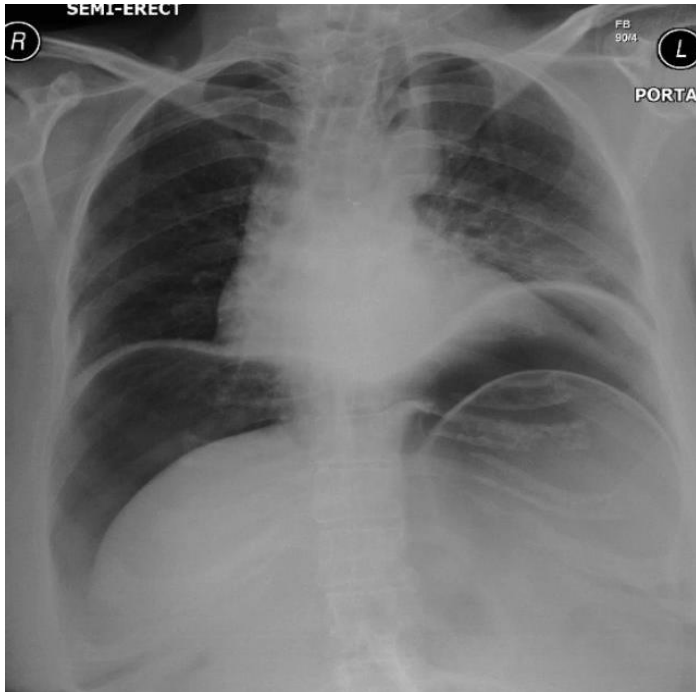
- **Les touches pelviens : sont douloureux (cri du douglas)**

Biologie :

- Une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.
- Syndrome inflammatoire : VS et CRP
- Hémococoncentration.
- Acidose métabolique.
- Une insuffisance rénale et hypoxie.

Imagerie

- **Abdomen sans préparation (ASP)** : face debout, face couché centré sur les coupes
 - Grisaille diffuse de l'épanchement intra-péritonéal.
 - L'iléus réflexe avec niveau liquide.
 - Un pneumopéritoine : croissant gazeux sous diaphragmatique signe d'une perforation d'un organe creux présent dans 70% des cas.



- **Echographie abdominale** met en évidence les épanchements péritonéaux et des signes d'inflammation des organes (cholécystite, appendicite).
- **TDM** : Scanner abdominal

Utile dans les cas douteux objectivant alors la présence d'épanchement péritonéal liquidien ou gazeux et permet un diagnostic lésionnel (syndrome de masse colique, remaniements inflammatoires de la graisse péri colique, appendicite, etc.....)



CLASSIFICATION DES PERITONITES

- **La péritonite primitive spontanée ou idiopathique**

Le point de départ est supposé hématogène, lymphatique ou par passage transmurale de bactéries

Sont le plus souvent mono microbienne (flore monomorphe), le pneumopéritoine est toujours absent et le traitement reste surtout médical.

La péritonite secondaire « chirurgicale » : La plus fréquente , secondaires à une perforation d'un segment digestif ou biliaire.

**OCCLUSIONS
INTESTINALES
AIGUES**

Définition:

C'est un état caractérisé par *l'arrêt plus ou moins complet du transit intestinal*, en rapport avec un obstacle ou une paralysie apparaissant brutalement ou progressivement, et aboutissant en règle à la mort, en l'absence de thérapeutique rapide et efficace

Epidémiologie:

- Femme > homme
- Cette incidence varie avec l'âge : >60 ans, 30 % des abdomens aigus
- Dans 75 %, le siège est au niveau du grêle
- L'origine colique présente dans 22 % des Sd occlusifs, est tumorale dans 43 % des cas.
- Mortalité estimé à 12 % toutes causes confondues
 - .

Physiopathologie:

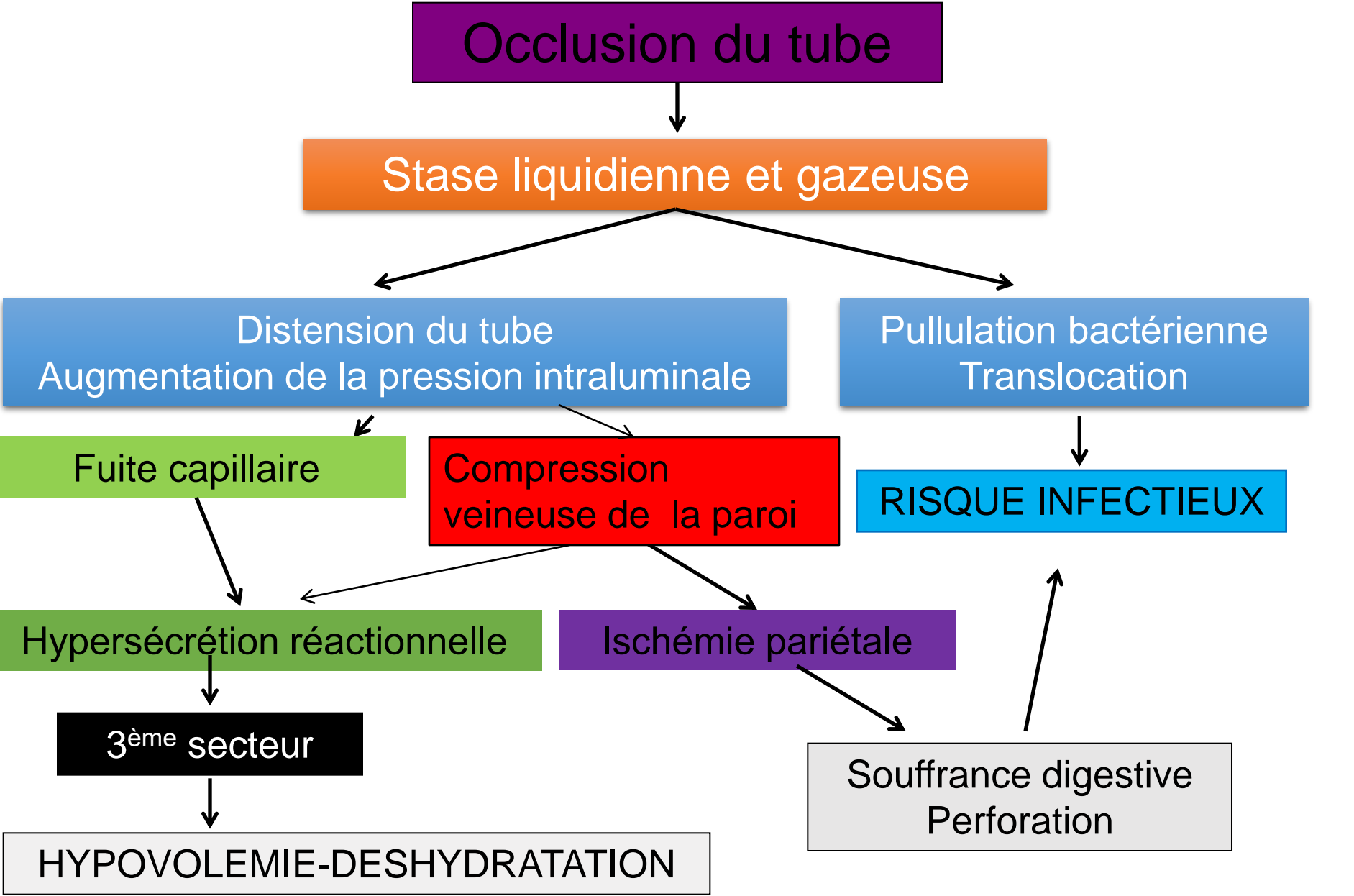
✓ Selon le mécanisme: Deux types d'occlusions:

➤ Occlusion mécanique: obstacle organique

- Obstruction de la lumière intestinale ,intraluminal ,pariétale ou extrinsèque
- Strangulation ou torsion d'une anse autour de son axe vasculaire menaçant sa vitalité: urgence absolue (Volvulus , invagination)

➤ Occlusion fonctionnelle: altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie.

PHYSIOPATHOLOGIE



Diagnostic Positif

- Clinique:

Signes fonctionnels:

Douleur

Vomissements

Arrêt du transit

Météorisme

Douleur

- *Intense* (moitié des cas)
- Souvent *brutale* (grêle)
- *Continue* ou *paroxystique* (obstruction)
- *Siège extrêmement variable*, péri ombilicale ou ombilicale
- *Sans* irradiation en général

Vomissements

- *Habituels*
- *Très fréquents* dans les occlusions **hautes**, *soulageant la douleur 1 cas/ 3* si grêle, rarement si colon
- *Plus tardifs* si occlusion de siège plus *distal*
- *Alimentaire, bilieux ou fécaloïde*

Arrêt des matières et des gaz

- Signe *le plus spécifique* notamment *l'arrêt des gaz*.
- Signalé *2 fois/3*
- *Plus net et précoce* si l'occlusion siège *plus bas*
- *Temporairement conservé* (la vidange passive du segment situé en aval de l'obstruction) si *occlusion du grêle*

Signes physiques

- L'inspection:
- *Météorisme*: présent 3fois/4 ,plus fréquent dans les occlusions du colon. Il faut apprécier :
 - ✓ **Siège** : central, périphérique en cadre, global
 - ✓ **Caractère** localisé ou diffus
 - ✓ il peut être absent dans les occlusions très hautes
(occlusions à ventre plat)

- La percussion:

- Confirme le caractère tympanique de la distension abdominale.
- Matité des flancs si épanchement.

- L'auscultation:

- ✓ **Borborygmes:** traduisant le péristaltisme en amont de l'obstacle
- ✓ **Silence abdominal:** Distension et paralysie de l'intestin.

- Touchers pelviens: +++ habituellement normaux

- Fécalome
- Tm sigmoïdienne prolabée dans le CSD
- Cancer du rectum

Biologie

- A deux buts : évaluer le retentissement général de l'occlusion et réaliser le bilan préopératoire.
- hypovolémie avec hémococentration
- Spoliation ionique
- Insuffisance rénale fonctionnelle
- Alcalose métabolique en raison des vomissements acides.
- Tardivement, l'ischémie peut entraîner une acidose métabolique avec hyperkaliémie.

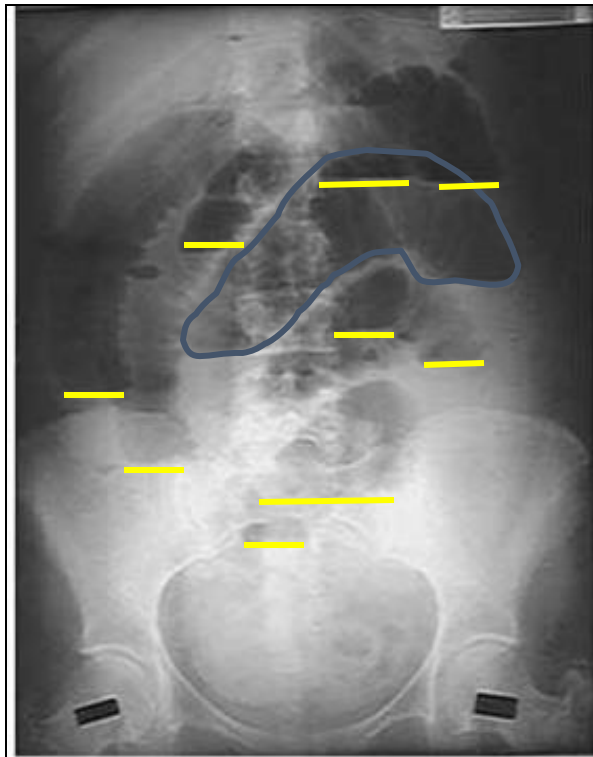
Abdomen sans préparation

- Examen réalisé classiquement en première intention , montrant le signe radiologique fondamental de l'occlusion intestinale : *les niveaux hydroaériques: image d'opacité à bord supérieur horizontal correspondant au niveau liquide, surmonté d'une clarté gazeuse.*
- *3 clichés essentiellement demandés:*
 - **Debout de face** (niveaux hydroaériques, préciser nombre, siège , aspect et topographie)
 - **Décubitus latéral de face**
 - **Debout centré sur les coupes** (recherche de pneumopéritoine)

Diagnostic positif:

- N.H.A
- Absence d'air dans rectum

NHA



Debout

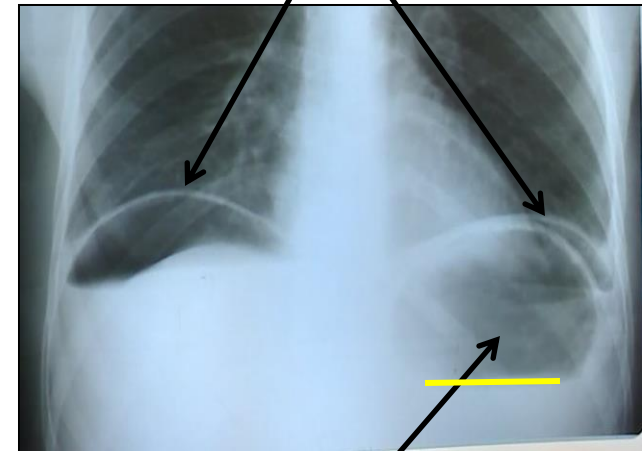
Diagnostic localisation

Valvules/
Haustrations



Couché

pneumopéritoine



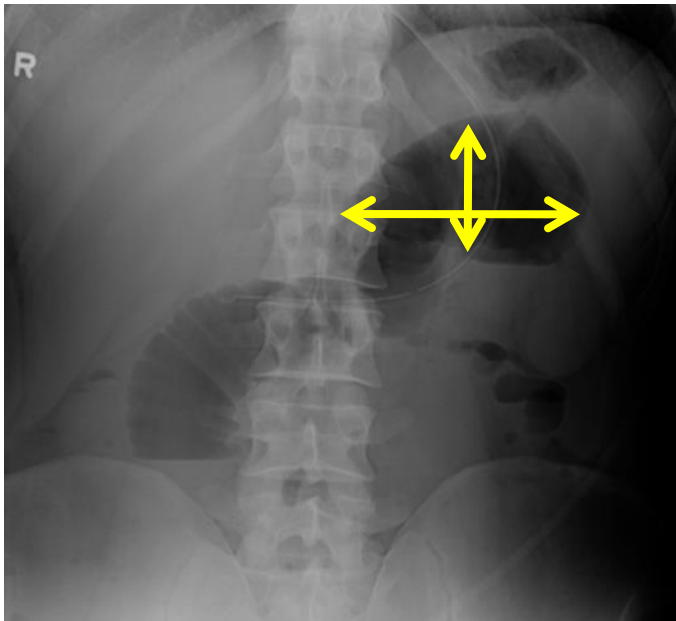
Poche à air gastrique

Coupoles

Diagnostic gravité

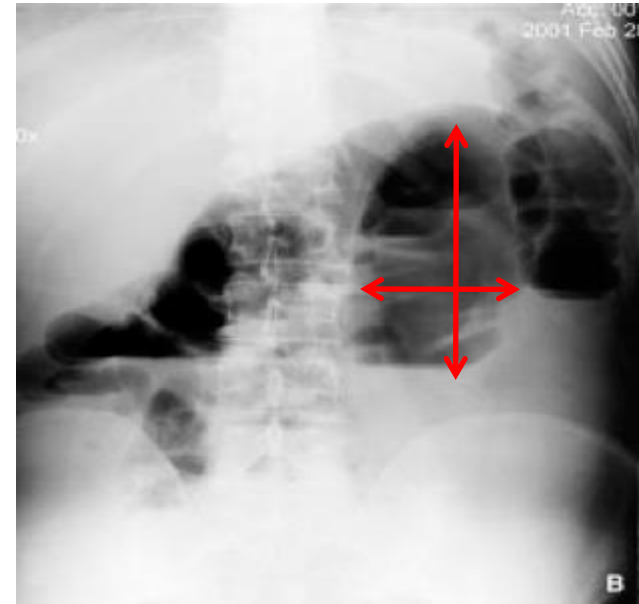
N.H.A du GRELE

- Centraux
- Nombreux
- Plus larges que hauts
- Peu volumineux



N.H.A du COLON

- Périphériques en cadre
- Peu nombreux
- Plus hauts que larges
- Volumineux



TDM

- Actuellement c'est l'examen de référence
- ✓ Affirmer le diagnostic en objectivant les NHA
- ✓ Plus précis que l'ASP pour préciser le **siège** de l'obstacle, la **cause**, la **nature** (mécanique ou fonctionnelle: *distinguer l'iléus postopératoire de l'occlusion mécanique*)
- ✓ Grâce à l'injection de produit de contraste intraveineux: chercher des signes de souffrance intestinale secondaire

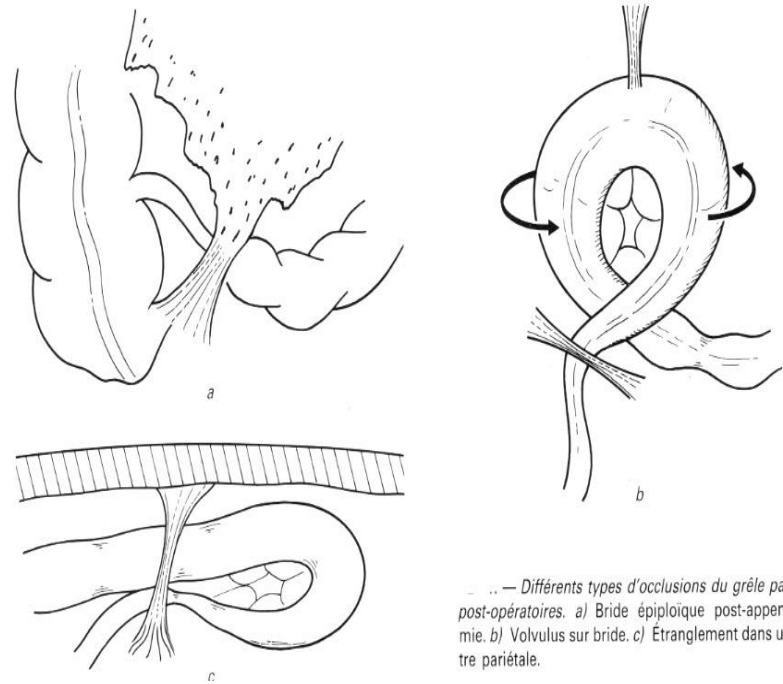
Diagnostic Etiologique

➤ *Occlusions fonctionnelles:*

- laparotomie
- colique néphrétique
- pancréatite aiguë
- rétention aiguë d'urines
- torsion de kyste ovarien
- ***Causes endocriniennes ou métaboliques:***
 - ✓ hypoparathyroïdie, hypothyroïdie
 - ✓ hypokaliémie, hypocalcémie
- ***Foyers septiques intrapéritonéaux:***
 - Appendicite mésocoeliaque
 - Pelvipéritonite d'origine annexielle ou utérine
 - Cholécystite

Occlusions du grêle:

- Occlusions par strangulation
Volvulus du grêle sur bride:



— Différents types d'occlusions du grêle par brides post-opératoires. a) Bride épiploïque post-appendicectomie. b) Volvulus sur bride. c) Étranglement dans une fenêtre pariétale.

Etranglement herniaire:

hernie inguinale, hernie crurale.

Invagination intestinale aiguë : chez le nourrisson ou le jeune enfant, l'invagination chez l'adulte doit faire rechercher une tumeur, un diverticule de Meckel....

Occlusions par obstruction:

- ***Causes intraluminales***

- calcul vésiculaire (iléus biliaire)
- corps étranger ingéré
- Phytobézoard, parasitose (*Ascaris lumbricoides*)

- ***Obstacle pariétal:***

- Sténose séquellaire ou inflammatoire: entérite radique: Crohn, tuberculose.
- Tumeurs bénignes et malignes
- Hématome intra mural

- ***Obstacle pariétal:***

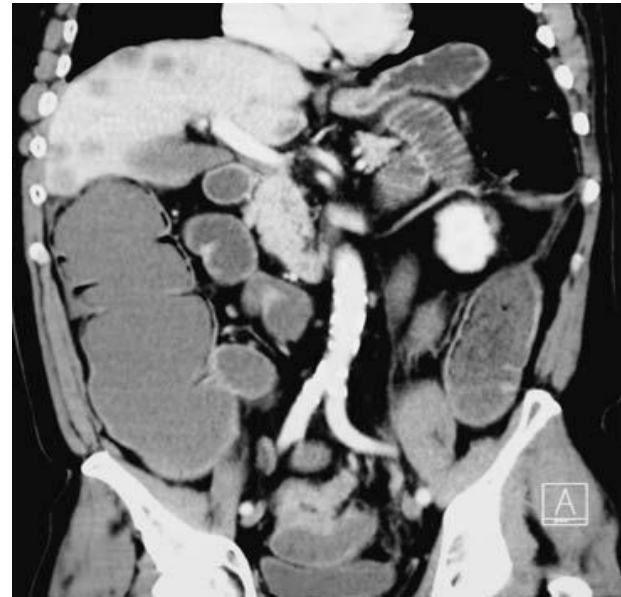
- Sténose séquellaire ou inflammatoire: entérite radique: Crohn, tuberculose.
- Tumeurs bénignes et malignes
- Hématome intra mural

Occlusion du colon:

- Occlusion par obstruction

Obstacle intrinsèque:

- Fécalome
- Corps étranger intra caecal
- *Obstacle pariétal*
- Tumeur maligne ++++



Obstacle parietal :

Maladies inflammatoires : Crohn, tuberculose

Obstacle extrinsèque:

- Carcinose péritonéale.
- Tumeur compressive (tumeur de l'ovaire ++).
- Abscess, hématome.

Occlusions par strangulation

Dominés par les volvulus

- Souvent au niveau du colon sigmoïde

Habituellement, sujet âgé, constipation chronique



Hernies Pariétales



Généralités:

- Une hernie de la paroi abdominale est une protrusion du contenu abdominal à travers un défaut ou une zone de faiblesse acquise ou congénitale, de la paroi.
- De nombreuses hernies sont asymptomatiques, mais certaines sont le siège d'incarcération ou d'étranglement, entraînant une douleur et nécessitant une intervention en urgence.
- Le diagnostic est clinique.
- Le traitement est la réparation chirurgicale programmée.

Les hernies de la paroi abdominale comprennent :

- Hernies ombilicales
- Hernies épigastriques (HLB)
- Hernies de Spiegel
- Hernies incisionnelles (éventration)

- **Les hernies ombilicales** (protrusion à travers l'anneau ombilical) sont pour la plupart congénitales, mais certaines se développent chez l'adulte et sont secondaires à l'obésité, l'ascite, la grossesse
- **Les hernies épigastriques** se forment sur la ligne blanche.
- **Les hernies de Spiegel** sont dues à un défaut du muscle transverse sur le bord externe de la gaine des droits
- **Les éventrations** surviennent au niveau de l'incision d'une intervention chirurgicale abdominale antérieure.

- Le diagnostic de hernie abdominale est clinique.
- La hernie pouvant n'être apparente que lorsque la pression abdominale augmente, le patient doit être examiné en position debout.
- Si aucune hernie n'est palpable, le patient doit tousser pendant que l'examineur palpe la paroi abdominale.
- L'examen clinique est centré sur la palpation des orifices herniaires, de l'ombilic, de la région inguinale (chez l'homme, un doigt remontant le long du canal inguinal).

HERNIES DE L'AINE

- **Hernie:** issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice (=collet), au niveau d'une zone de faiblesse de la paroi abdominale.

EXAMEN CLINIQUE

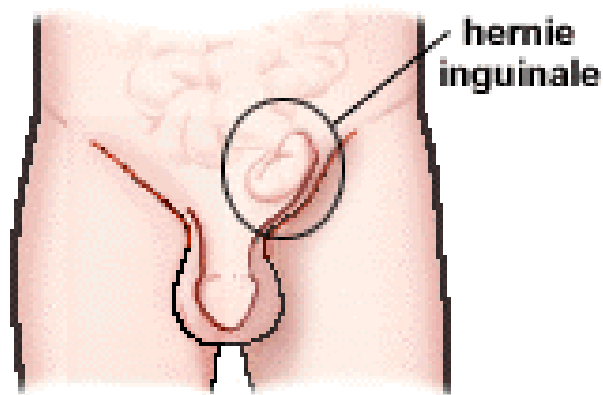
-Interrogatoire:

- date et modalités apparition
 - *récente / ancienne
 - *brutale / progressive
- signes fonctionnels
 - *gène, pesanteur, tiraillement
 - *douleur à l'effort
 - *troubles digestifs
- conditions de vie: actif, sportif, sédentaire
- recherche de facteurs de risques
- Antécédents médicaux chirurgicaux

EXAMEN CLINIQUE

-Signes physiques:

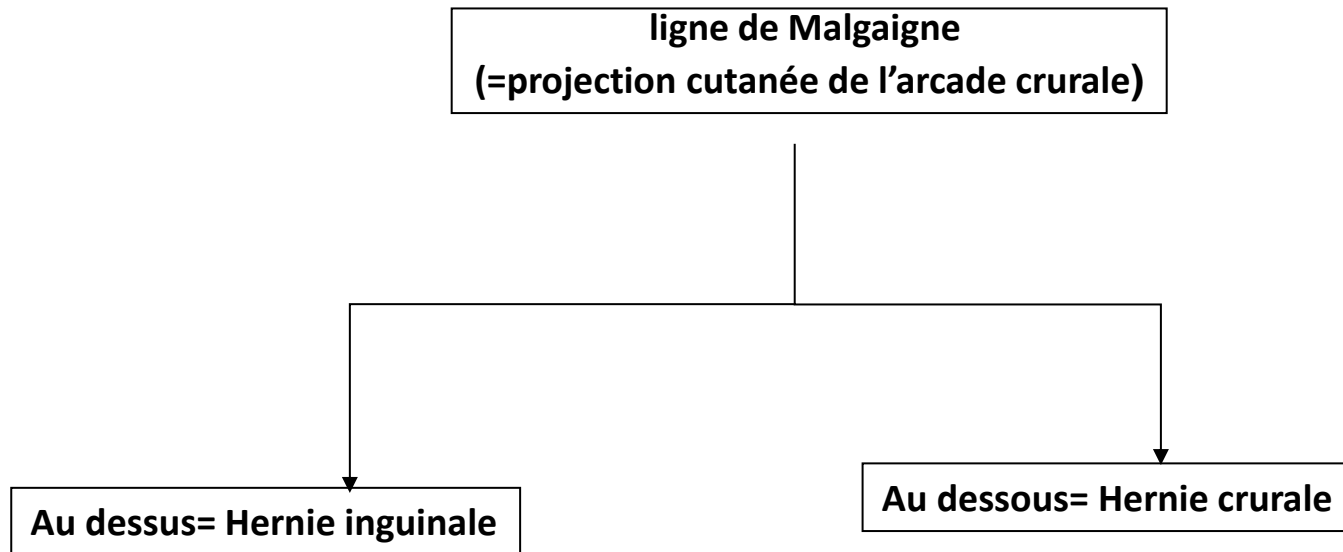
- Examen debout puis couché, avec effort de toux
- Inspection: parfois normale; sinon, tuméfaction impulsive à la toux; apprécier état cutané local; inspecter les bourses



EXAMEN CLINIQUE

-Signes physiques:

□ Palpation: **élément essentiel du diagnostic+++**



-FORMES ANATOMIQUES

- Hernies inguinales obliques externes

- les plus fréquentes (50%)

- trajet du cordon

- étiologie:

- *toutes les hernies congénitales

- *une grande partie des hernies acquises

- -Hernies inguinales directes

- hernies de faiblesse - toujours acquises-

- trajet: fossette inguinale moyenne

- taille: parfois volumineuse, mais jamais jusqu'au scrotum

- cliniquement: réduction antéropostérieure

Hernies inguinales obliques internes

- Hernies crurales

- Collet au dessous de la ligne de Malgaigne
- fréquence: 15%; femme+++; âgée++
- trajet: orifice crural; en dd des Vx fémoraux
- taille: souvent petite **-RISQUE D'ETRANGLEMENT-**



EXAMEN PROCTOLOGIQUE

L'examen proctologique est nécessaire en présence de troubles de l'intestin et de problèmes dans la région anorectale.

La préparation à l'examen proctologique est très simple.

- il peut être demandé au patient de se soumettre à un lavement la veille de l'examen et environ 2 heures avant.
- Le lavement élimine les résidus de selles du canal anorectal et permet d'examiner celui-ci correctement.

L'examen proctologique classique

- L'examen proctologique se déroule en 4 étapes,
le plus souvent en position dite « genu pectorale », le patient étant à genoux avec les bras en avant et les coudes sur la table :
- inspection de la région ano-périnéale ;
- déplissement des plis radiés de la marge anale ;
- toucher ano-rectal ;
- examen du canal anal par anoscopie ;
- +/- examen du rectum par rectoscopie au tube rigide

