

Appendicite aiguë

Docteur Mahaut Leconte
DU urgence

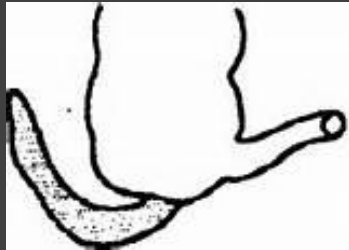
Diagnostic Clinique +++

- Douleur FID
- Douleur débutant dans la région épigastrique
- Nausées, vomissements
- Diarrhées
- Langue saburrale
- Fièvre 38-38,5°
- Douleur provoquée, défense FID
- Touchers pelviens TV, TR

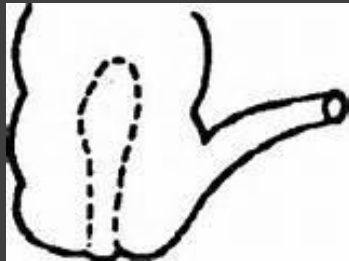
Polymorphisme clinique



Latéro-caecal



Rétro-caecal



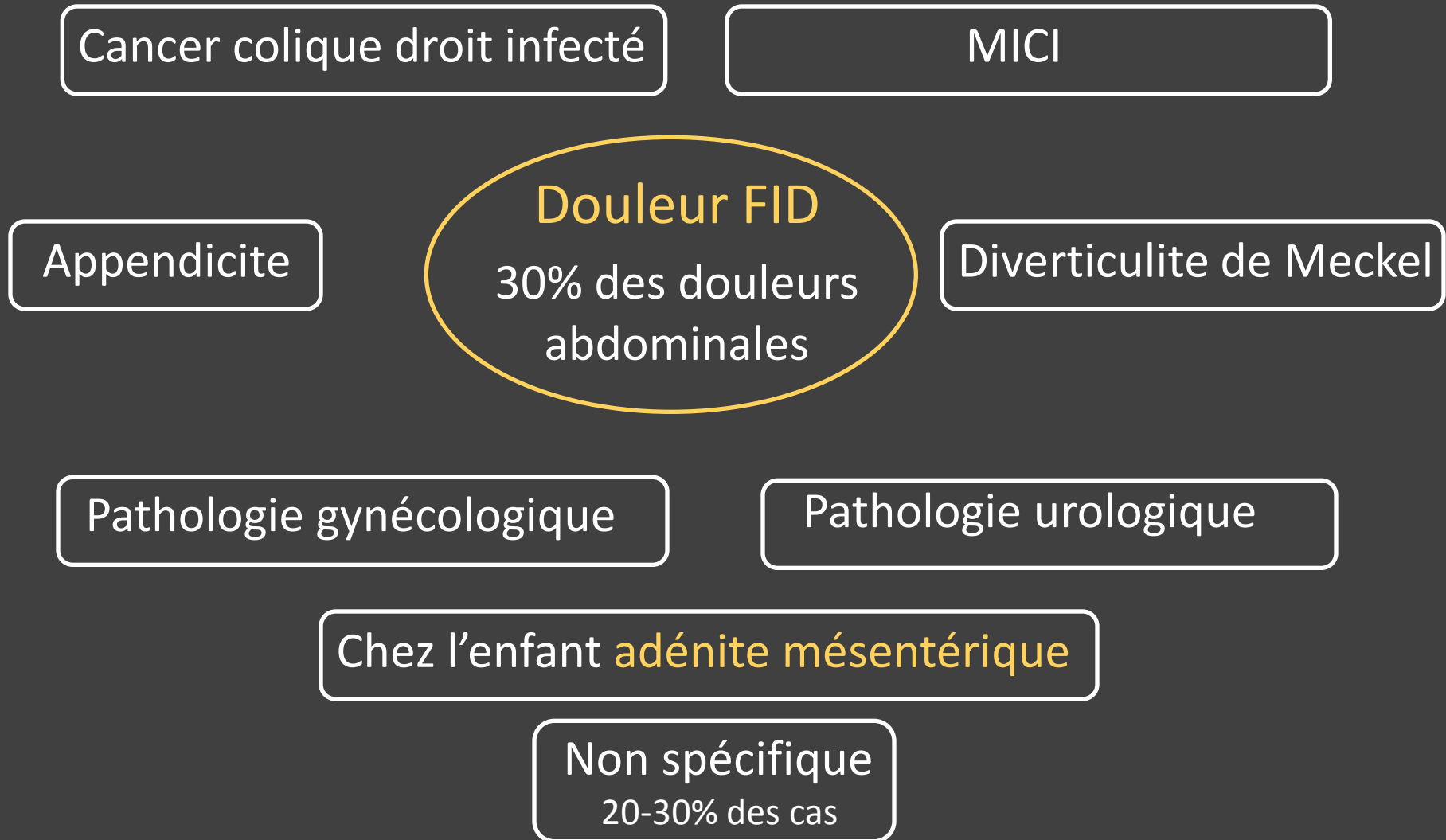
Sous-hépatique

Méso-coeliaque

Pelvien



Diagnostic différentiels



Examens complémentaires

Bilan préopératoire

- NFS
- CRP
- BU, ECBU
- β HCG
- Echographie abdominale
- **TDM abdomino-pelvien** Examen de référence

Echographie abdominale

- Opérateur dépendant ++
- Difficulté chez obèse, appendice rétro caecal
- **Avantage chez la femme**

Sensibilité **93%**

Spécificité **91%**

Balthazar EJ. *Radiology* 1994

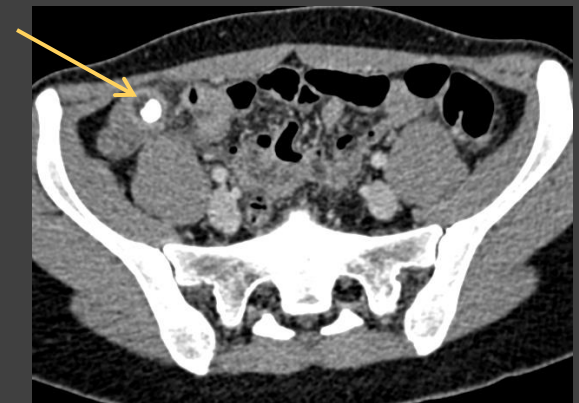
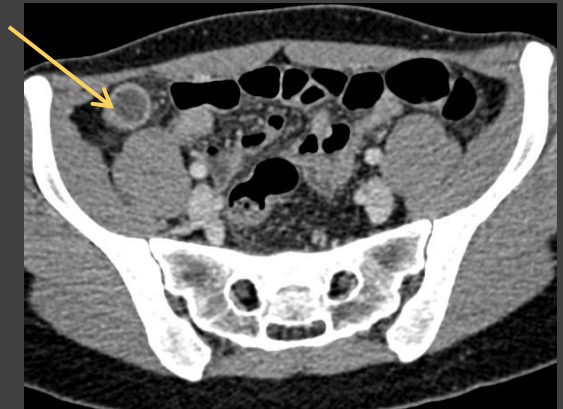


TDM abdomino-pelvien

- Rehaussement des parois
- Diamètre > 7 mm
- Infiltration de la graisse iléo-caecale
- Stercolithe

Sensibilité entre 87 et 100%
Spécificité entre 89 et 97%

Rao PM. N Engl J Med 1998
Bouillot JL. Ann Chir 2001

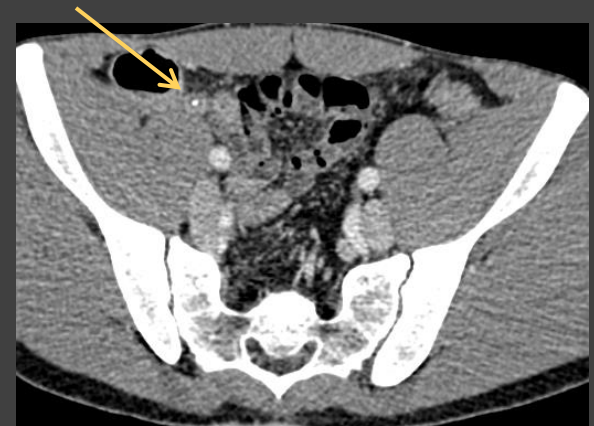


TDM abdomino-pelvien

- Rehaussement des parois
- Diamètre > 7 mm
- Infiltration de la graisse iléo-caecale
- Stercolithe

Sensibilité entre 87 et 100%
Spécificité entre 89 et 97%

Rao PM. *N Engl J Med* 1998
Bouillot JL. *Ann Chir* 2001

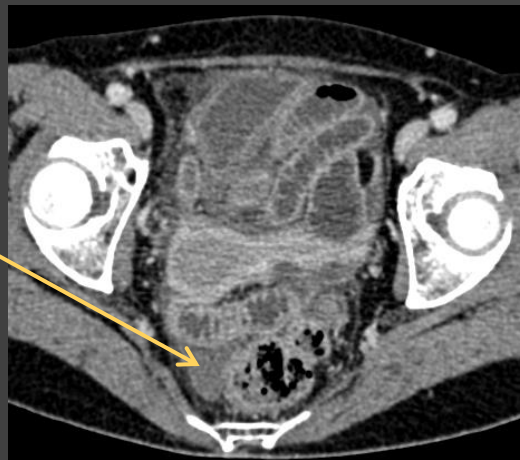


TDM abdomino-pelvien

stercolithe



épanchement



TDM abdomino-pelvien

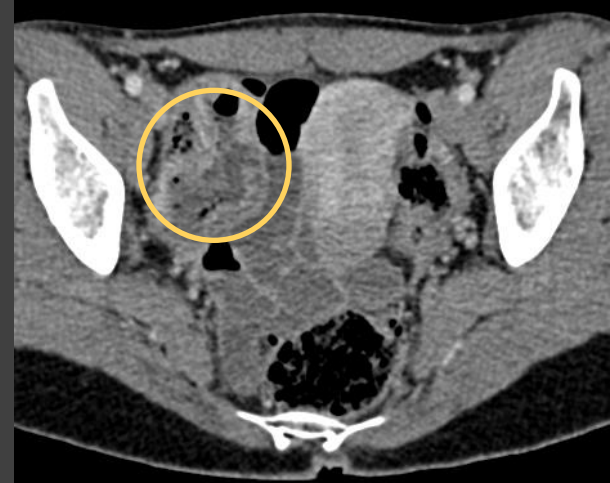
Permettrait de diminuer le taux d'appendicectomies inutiles
de 20% à 5%

Rao PM. *Ann Surg* 1999

Abcès appendiculaire/Plastron

- Douleur localisée
- Empâtement de la FID
- Température plus élevée
- Sd inflammatoire plus franc

Abcès appendiculaire



Plastron appendiculaire

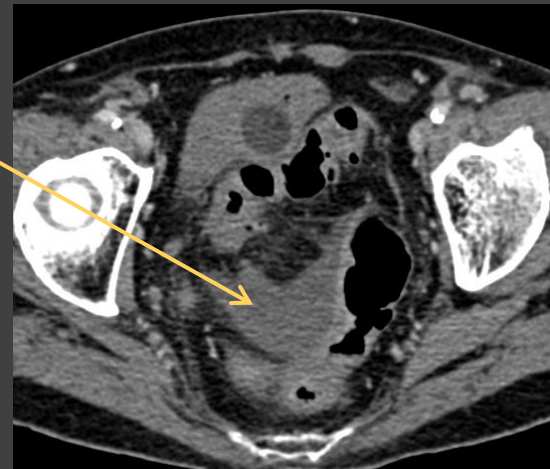
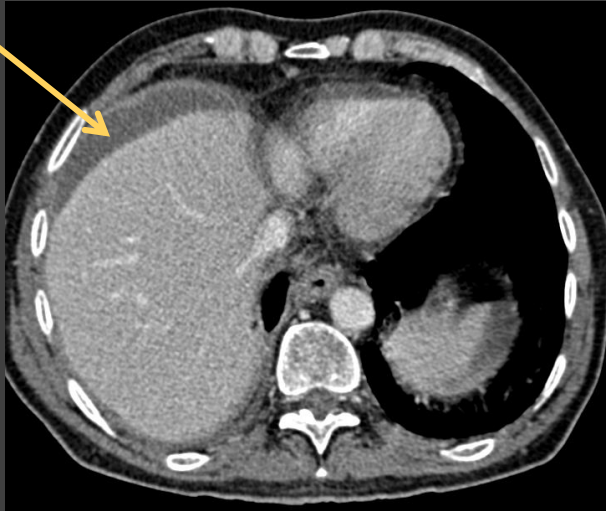


Péritonite appendiculaire

- Douleur généralisée +++
- Arrêt des matières et des gaz
- Vomissements
- Température élevée
- Contracture+++
- Sd inflammatoire marqué

Péritonite appendiculaire

Pas de pneumopéritoine ++



Traitement

Tableau typique, forme non compliquée

- Appendicectomie par voie laparoscopique
- Prélèvements à visée bactériologique
- Analyse histologique de la pièce +++
- Pas d'antibiothérapie préopératoire
- Antibioprophylaxie peropératoire
- Poursuivie selon les constatations opératoires

Traitement

Tableau pauci-symptomatique, TDM normal

- Surveillance en milieu chirurgical
- Si doute persistant → laparoscopie exploratrice
- Sinon retour à domicile

Traitement

Abcès appendiculaire

- Laparoscopie
- Prélèvements bactériologiques
- Drainage
- Appendicectomie si possible
- Antibiothérapie périopératoire minimum 48 h

Plastron appendiculaire

- Antibiothérapie
- Appendicectomie à 3 mois

Traitement

Péritonite appendiculaire

- Laparoscopie (risque conversion)
- Prélèvements bactériologiques
- Toilette péritonéale
- Appendicectomie
- Drainage
- Antibiothérapie périopératoire 5 jours

Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial

Corinne Vons, Caroline Barry*, Sophie Maitre*, Karine Pautrat, Mahaut Leconte, Bruno Costaglioli, Mehdi Karoui, Arnaud Alves, Bertrand Dousset, Patrice Valleur, Bruno Falissard, Dominique Franco

Lancet 2011; 377: 1573-79

Antibiotiques seul?

120 Augmentin

119 Chirurgie

Taux de péritonites dans les 30 jours

8%, n=9

vs

2%, n=2



Taux de récidence 26%

Le traitement chirurgical reste la référence

Syndrome occlusif

Docteur Mahaut Leconte
DU urgence

Définition

Arrêt **douloureux** du transit intestinal

3 questions à se poser

1. Phénomène **aiguë** ou **chronique**
2. Siège **grêle** ou **côlon**
3. Mécanisme
 - Fonctionnelle
 - Mécanique **strangulation** ou **obstruction**

Physiopathologie

- Distension intestinale
- Accumulation de liquides et gaz
- Hypersecrétion digestive et diminution de la réabsorption
—————> Apparition d'un 3^{ème} secteur
- Ischémie veineuse œdème pariétal
- Puis artérielle nécrose
- Pullulation microbienne



- Déshydratation extracellulaire
- Syndrome infectieux
- Etat de choc

Clinique

Carré de l'occlusion

- Douleurs abdominales
- Nausées, vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- Météorisme

Signes associés

- Déshydratation
- Fièvre

Obligatoire++++

- Cicatrices
- Orifices herniaires
- Toucher rectal

Mécanisme

Occlusion fonctionnelle

Niveaux diffus ou un niveau satellite

Iléus réflexe

- Appendicectomie
- Pancréatite aiguë
- Ischémie mésentérique
- Hématome
- Abscess

Colectasie

Mécanisme

Occlusion organique

Strangulation

- Douleur brutale, permanente, intense
- Défense localisée
- Météorisme asymétrique
- Silence auscultatoire

Obstruction

- Lutte contre l'obstacle
- Hyperpéristaltisme
- Crises douloureuses
- Météorisme bruyant
- Syndrome de Koenig

Mécanisme

Occlusion organique

Grêle

- Vomissements précoces
- AMG tardifs
- Déshydratation marquée

Côlon

- Vomissements tardifs
- AMG précoces
- Déshydratation modérée

Mécanisme

Occlusion organique

Obstruction

Strangulation

Grêle

- Tumeur
- Iléus biliaire
- Crohn

- Volvulus
- Bride
- Hernie

Côlon

- Cancer
- Sigmoidite
- Fécalome

- Volvulus sigmoïde
- Volvulus caecum

Examens complémentaires

Bilan préopératoire

- NFS-plaquettes
- CRP
- Ionogramme sanguin-creat
- **ASP face** debout-couché, coupes
- **TDM abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste** +/- opacification digestive
- Lavement aux hydrosolubles

ASP de face

Grêle

Debout

NHA

- Nombreux
- Plus larges que hauts
- Centraux



Couché
Mucographie

Valvules conniventes

- Fines incisures
- D'un bord à l'autre



ASP de face

Debout

NHA



Côlon

- Peu nombreux
- Plus hauts que larges
- Périphériques

Couché
Mucographie



Haustrations

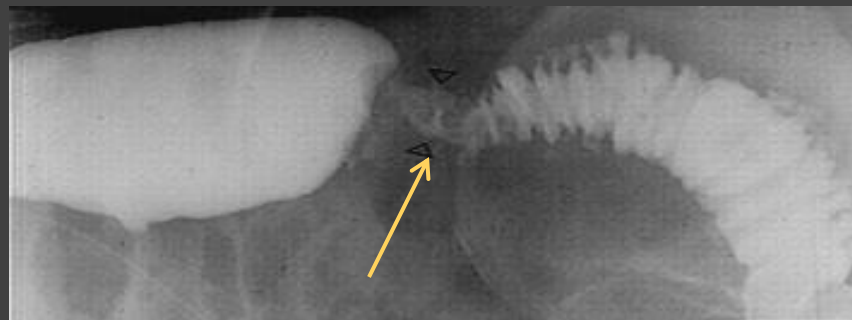
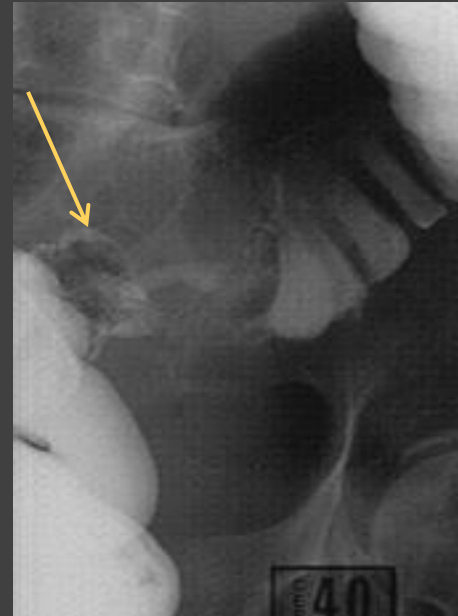
- Grandes incisures
- Partielles

Fécalome

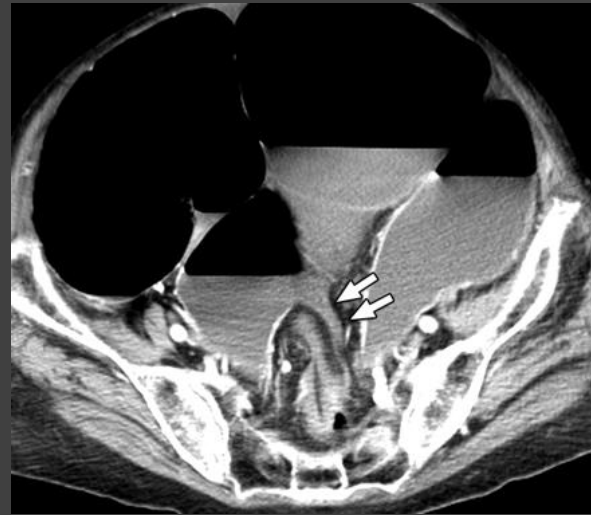


Cancer du côlon gauche en occlusion

Lavement aux hydrosolubles



Volvulus du sigmoïde



Occlusion du grêle



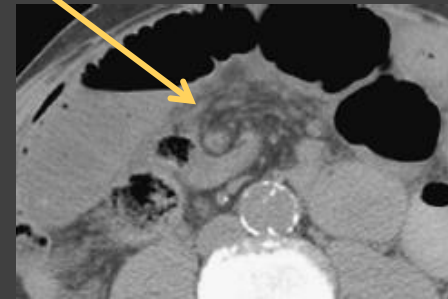
Signes de gravité

- Œdème pariétal
- Défaut de rehaussement des parois
- Epanchement liquidien

« Feces sign »



« Whirl sign »



Traitement

Aspiration gastrique +++

Salem (ch 20) en aspiration douce - 20 cm d'eau

Compensation vol / vol > 500cc

A jeun

Hydratation sur la base de 2,5 L/24 H

Correction des troubles hydro-électrolytiques

Antalgiques

Prodafalgan 2 amp X 3 / 24 H

Spasfon 2 amp x 3 / 24 H

Morphiniques

Hospitalisation en milieu chirurgical +++

Occlusions du grêle

1. Aspiration gastrique
2. Confirmation diagnostique par un scanner

Critères de gravité

- Douleurs intenses > 4 et continues > 4h
- Signes d'irritation péritonéale
- $T > 38^{\circ}$
- Imagerie

oui

Chirurgie

non

TEST À LA GRAFFINE

Après 4 h d'aspiration
100 ml de graffine pure
SNG clampée

Surveillance +++

Nausées, Vomissements, douleurs

ASP à 4 heures +/- 8 heures

non

- Côlon opacifié
- Reprise du transit
- Disparition météorisme

oui

- Ablation SNG
- Alimentation

Test à la graffine



Cas particulier du volvulus du sigmoïde

Prise en charge au SAU avant passage en chirurgie

- Lavement hydrosolubles avec chirurgien
- Détorsion en radio par tube de Faucher
- Si échec mise en place du tube de Faucher en endoscopie