

CAT devant un sd douloureux de la FID

Cas clinique

MLLE Ratiba 22ans, sans ATCDTS notables consulte aux urgences de l'hôpital où vous êtes de garde mardi à 14h

Elle se plaint d'une douleur apparue initialement dimanche soir de manière diffuse puis se localisant vers la FID .cette douleur est d'intensité moyenne mais gêne la patiente à la marche. Elle a été normalement à la selle ce matin mais a vomi à deux reprises .la patiente se dit fiévreuse .

Ses dernières règles ,normales datent d'il ya 7 jours .

questions

Détailler votre examen clinique sans l'interrogatoire .c'est quoi le signe de Mac Burney? Que signifie-t-il?

Quel est le diagnostic le plus probable? Justifiez

Quels sont les autres diagnostics à évoquer devant une douleur brutale de la FID

Quels examens paracliniques demandez-vous?

Un scanner a été prescrit,interprétez les résultats

Quelles sont les cinq localisations appendiculaires et la clinique correspondante ?

Quelle est votre prise en charge?

Juste avant la sortie à j4 l'infirmière vous appelle pour un pic fébrile à 38,4 quels diagnostics évoquez-vous?

Correction

Question 1 EXAMEN CLINIQUE

Examen général:

Constantes :pouls TA température en général<39 sauf complications type abcès

Langue saburrale et érythrose des pommettes

Examen abdominal:

Inspection :cicatrice ,respiration abdominale,distension et psoitis

Palpation:douleur provoquée défense ,contracture, orifices herniaires ,masse,TR et touchers pelviens.

Percussion: meteorisme douleur

Auscultation: BHA

Mac Burney = IRRITATION PERITONEALE

Qst2

Appendicite aigue non compliquée probablement latérocoecale interne(forme typique) chez une femme de 22 ans sans antécédants

Terrain:femme 22ans

Antecedants:aucun

Frequence:premier dgc à évoquer devant une douleur de la FID

ANAMNESE: caracteristique de la DLR et signes d'accompagnement

CLINIQUE: DLR+ fièvre

Paraclinique: pas d'éléments ici

Differentiel:pas d'arguments pour un autre dgc.

Qst 3

Etranglement herniaire toujours y penser++++

Affections gynecologiques

Maladies ileocoecales inflammatoires en poussées:

Maladie de crohn

Autres ileites

TBC

Diverticulite

PNA

CANCER DU COLON DROIT ET DU COECUM

LYMPHADENITE

Qst 4

Bilan inflammatoire et infectieux

CRP ET FNS

Bilan d'imagerie

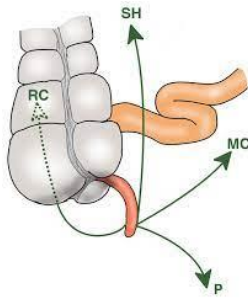
PAS d'imagerie si tableau typique

Echographie et scanner avec injection:infiltration de la graisse ,image en cocarde, image de stercolithe,eliminer une CPC

L'echographie pour la femme jeune est de premiere intention

L'ASP est inutile

Localisations anatomiques



Trt : Traitement chirurgical en urgence avec antibiothérapie

Liés a la chirurgie:

Abcés de la paroi

Abcés profond

Lachage du moignon appendiculaire.

Lies a l'hospitalisation:

Infections nosocomiales

Pneumopathies thrombophlebites

Definition

MODE DE REVELATION DLR DE LA FID+/-AUTRE SYMPTOME

PROBLEME DGC:NECESSITE UNE EXPLORATION MORPHOLOGIQUE

APPENDICITE AIGUE++++

PLUSIEURS ETIOLOGIES :GYNECOLOGIQUES DIGESTIVES OU UROLOGIQUES

STRATEGIE THERAPEUTIQUE DEPEND DE L'ETIOLOGIE

Anamnese

AGE-SEXE

ANTECEDENTS:

Gynecologiques

Laparotomie

Maladies inflammatoire

Troubles du transit(neoplasié)

Urologique

Caractère de la douleur:siège ,mode de début intensité signe associés évolution...

Examen physique

Etat général

Inspection:cicatrice

Palpation:masse ,défense.....

Touchers pelviens:douleur unilatérale,masse ,bombement

Orifices herniaires

Biologie

Aucun paramètre biologique (leucocyte,CRP) n'a de valeur diagnostique individuelle suffisamment élevée pour permettre de confirmer ou d'exclure un DGC (appendicite)

Imagerie

Echo/ scanner

autres examens

IRM

ASP

COLONOSCOPIE

Laparscopie en urgence

Proposee si l'imagerie est non contributive essentiellement chez la jeune femme

Interet therapeutique

Limite:AG

DG étiologique

Affections chirurgicales digestives

Appendicite aigue

Diverticule de Meckel compliqué: dgc de certitude est opératoire

Perforation d'ulcère gastro-duodéal

Cholécystite aigue

Tumeurs malignes

Colites ischémiques et neutropénique

Affections gynécologiques

Torsion d'un kyste de l'ovaire : intérêt de l'échographie

Salpingite

rupture d'un follicule ovarien

la rupture de grossesse tubaire

MittelschmScore

Affections medical

Pneumopathies de la base droite

Colique néphrétique

les infections urinaires

Lithiases urinaires
 Prostatite.
 Adénolymphite : dgc de certitude opératoire
 les infections rhinopharyngés et angine
 Hépatite virale en phase pré-ictérique
 Maladies éruptives
 Parasitoses
 gastro-entérite
 Maladie de Crohn+++
 TBC

Score d'alvarado

Score >6 :indication d'une appendicectomie peut être proposée en urgence.

Score<4 :appendicite peu probable.

Score 4-6:imagerie pour compléter les données.

Conclusion

Situation clinique tres frequente

Nombreuses affections dont certaines graves.

Score d'Alvarado peut être utile.

Le choix des examens complementaires est dicté par l'examen clinique

SCORE d'ALVARADO	
VPP = 84 % si T ≥ 7 VPV = 85 % si T < 4	
Sensibilité = 76 % - Spécificité = 95 %	
Douleur migrante vers la FID	1
Douleur à la palpation de la FID	2
Douleur à la détente ; au saut	1
Inappétence	1
Nausées et vomissements	1
Température > 37°3 C	1
Leucocytose sur la NFS	2
Polynucléose neutrophile (≥ 75 %)	1
TOTAL (T) =	10