

LES URGENCES ABDOMINALES

I. LES PERITONITES AIGUES

Le terme de péritonite aigue signifie : Littéralement inflammation aigüe de la séreuse péritonéale. Dans le langage médical courant : épanchement péritonéal plus ou moins septique suivant l'étiologie. C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital.

CLINIQUE : LE SYNDROME PERITONEAL

1 : SIGNES FONCTIONNELS

1-1 Douleur abdominale

- Brutale : le malade peut préciser l'horaire exact
- Très intense (violente) ; d'emblée maximale
- En coup de poignard
- Rapidement généralisée
- Son siège et ses irradiations initiales peuvent avoir une valeur étiologique

1-2 Vomissements

- Sont inconstants, précoces, répétés, alimentaires, bilieux puis fécaloïdes
- parfois nausées

1-3 Troubles du transit

- L'arrêt des matières et des gaz
- Parfois diarrhée

2 : SIGNES GENERAUX

- L'état général est conservé au début mais
 - Sujet anxieux avec un facies crispé (douleur, déshydratation et infection)
 - **Pouls accéléré** et tension artérielle normale
 - Fièvre précoce à 39°- 40° en cas de péritonite bactérienne et tardive si le liquide péritonéal est peu septique ;
- Tardivement s'installe un choc toxi-infectieux avec AEG, fièvre et frissons, ou hypothermie hypotension voire collapsus, si des germes Gram négatif sont en cause.
 - Plus le temps passe plus le risque de toxi-infection augmente

3 : SIGNES PHYSIQUES

3-1 : **CONTRACTURE ABDOMINALE** C'est le maître symptôme qui permet d'affirmer le diagnostic de la péritonite.

- A l'inspection L'abdomen ne respire pas, la paroi abdominale est rétractée et les muscles grands droits sont visibles sous la peau surtout quand le sujet est maigre « En bateau »
- A la palpation : La paroi abdominale est rigide : ne se laisse pas déprimer mais se contracte sous la main, C'est une rigidité pariétale : permanente, invincible et douloureuse, tonique, généralisée, prédominant à l'endroit de la douleur initiale

3-2 : **Au toucher rectal** : Le cul de sac de Douglas est douloureux, c'est une douleur vive (**cri du Douglas**) qui a la même valeur sémiologique que les signes pariétaux

4 : EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1- **RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)** (face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatiques en expiration) peut montrer :

- La grisaille diffuse de l'épanchement intra péritonéal
- La distension gazeuse du grêle (aérogrêle) et du colon (aérocolie) avec niveaux hydro-aériques de l'iléus réflexe
- Des signes d'orientation vers une étiologie
- Pneumopéritoine : croissant gazeux clair interhépatodiaphragmatique et/ou sous phrénique gauche : Perforation d'un organe creux
- Lithiase vésiculaire radio-opaque

2- **AUTRES EXAMENS MORPHOLOGIQUES** Ils seront demandés en fonction de l'étiologie, il s'agit essentiellement de

- L'échographie : Confirme le diagnostic d'épanchement péritonéal. Oriente vers une étiologie : Signes de cholécystite aigue lithiasique (Péritonites biliaires), signes de pyosalpinx (Péritonites génitales)
- La Tomodensitométrie : utile dans les cas douteux ou pour éliminer certains diagnostics différentiels (pancréatite aigüe)

3- **EXAMENS BIOLOGIQUES** Les examens biologiques comportent : un hémogramme ; un ionogramme sanguin ; un bilan d'hémostase. Ils ont un intérêt pronostique et évolutif et guident la réanimation préopératoire.

5 : PRINCIPALES ETIOLOGIES

- Appendicite,
- cholécystite,
- salpingite par diffusion par contiguïté de l'infection à la cavité péritonéale ou par perforation secondaire d'un abcès.
- Perforation d'un organe creux : posttraumatique (traumatismes de l'abdomen, iatrogène « explorations endoscopiques ») ou spontanée (perforation d'ulcère bulbaire, perforation collique)

II LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est une interruption du transit intestinal qui traduit l'arrêt complet et persistant des matières et des gaz dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale diagnostique et thérapeutique qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

A - MECANISMES DE L'OCCLUSION

1-OCCLUSIONS MECANIQUES

1-1 **Obstruction** : Rétrécissement de la lumière intestinale due à plusieurs causes :

- Endoluminales : calcul d'origine biliaire, corps étranger,
- Pariétales : épaissement de la paroi par : tumeur, sténose inflammatoire,
- Exoluminales : compression extrinsèque, bride, carcinose.

1-2 **Strangulation** : plusieurs types

- Volvulus : torsion,
- Etranglement : Incarcération : dans une hernie, ou dans une brèche créée par une bride postopératoire ou défaut de péritonisation,
- Invagination : intussusception. Ici la vascularisation de l'anse est entravée avec risque de nécrose d'où l'urgence du diagnostic et du traitement

2-OCCLUSIONS FONCTIONNELLES : Faillite du péristaltisme :

2-1 **Iléus réflexe** : (postopératoire, de la collique néphrétique)

2-2 **Agression du péritoine** : agression septique (péritonite, appendicite ...) ; mais aussi agression chimique ou de nature hypoxique

2-3 **Métabolique** (hypokaliémie)

B - CLINIQUE : LE SYNDROME OCCLUSIF

1 SIGNES FONCTIONNELS

1-1 **Douleur abdominale** :

- Souvent intense soit d'emblée soit secondairement
- Installation rapide ou progressive sur plusieurs heures
- Evolution continue ou paroxystique

1-2 **Vomissements**

- Souvent répétés et bilieux
- Rarement alimentaires, Parfois fécaloïdes

1-3 **Arrêt des matières et des gaz** : Maître symptôme il est nécessaire et suffisant pour retenir le diagnostic d'occlusion

2 SIGNES GENERAUX

- Sont normaux au début, tout au plus il peut exister en cas de douleur intense une pâleur, une agitation et une accélération du pouls

- A un stade plus tardif l'état général s'altère avec soif, pli cutané, sécheresse des muqueuses, pouls rapide, TA effondrée, oligurie ou anurie, confusion mentale ou torpeur

3 SIGNES PHYSIQUES A l'examen de l'abdomen on peut retrouver à

3-1 L'inspection

- Météorisme abdominal
- Distension de l'abdomen (ballonnement)
- Diffus, symétrique ou asymétrique
- Parfois localisé ce qui est évocateur
- Peut faire défaut en cas d'occlusion très haute (à ventre plat)
- Ondulations péristaltiques
- Visibles sous la peau,
- Survenant souvent au moment des paroxysmes de douleurs
- Rares mais évocatrices des occlusions par obstruction
- Respiration abdominale : normale en général
- Une cicatrice abdominale

3-2 La palpation : Douleur provoquée au même endroit que la douleur spontanée §7 Pas de contracture

3-3 La percussion : Tympanisme : sonorité plus longue, plus intense que normalement

3-4 L'auscultation

- Bruits intestinaux qui peuvent être plus nombreux, plus rapprochés, plus localisés
- A l'opposé parfois ces bruits s'espacent jusqu'à disparition
- Mais le silence abdominal n'élimine pas une occlusion

3-5 Touchers pelviens : En principe indolores. L'ampoule rectale est vide surtout dans l'occlusion colique

3-6. Examen systématique des orifices herniaires

C - SEMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

RADIOGRAPHIES DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP) (face debout, face couché) peuvent montrer

- Niveaux hydro-aériques (NHA) : Ce sont des images caractéristiques qui permettent d'affirmer le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë : ce sont des niveaux liquides horizontaux surmontés d'une distension gazeuse
- Absence de pneumopéritoine

D - CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES PERMETTANT D'IDENTIFIER LE MECANISME

1 OCCLUSION FONCTIONNELLE OU ILEUS PARALYTIQUE

- Sujet souvent âgé
- Début en règle progressif

- Météorisme diffus, immobile et silencieux
- ASP distension intestinale globale portant sur le grêle et le colon mais avec peu de NHA

2 OCCLUSIONS ORGANIQUES

	Strangulation	Obstruction
Signes fonctionnels: Début Douleur Vomissements	Brutal+++ Violente et permanente Précoces+++	Progressif+++ Paroxystiques Tardifs+++
Signes généraux	AEG rapide, fièvre possible	EG longtemps conservé
Signes physiques : Météorisme Ondulations péristaltiques Auscultation	localisé et symétrique Absentes Silence abdominal	Important et diffus Présentes Auscultation bruyante
Signes radiologiques	◻ Image en arceaux au début avec 2 niveaux au pied de l'anse ++ ◻ Puis NHA plus nombreux en amont ◻ IDM paroi épaissie, prenant le contraste en cible ◻ Ascite localisée, et infiltration du mésentère	NHA multiples et diffus

III - LES HÉMORRAGIES INTERNES

L'hémorragie interne est tout saignement non extériorisé susceptible d'entraîner des signes plus ou moins francs du choc hémorragique. Il se produit généralement dans une cavité close, organe creux (Hémopéritoine, Hématome rétro péritonéal, Hémorragie digestive non encore extériorisée). C'est l'une des urgences les plus redoutées car le pronostic vital est mis en jeu : l'hémorragie va entraîner un arrêt circulatoire d'autant plus précoce que l'hémorragie est importante.

EXAMEN CLINIQUE

1. INTERROGATOIRE: elle précise les caractéristiques de la douleur

1-1 : Douleur + tendance syncopale, syncope vraie, ou une lipothymie, **soif intense** : bon signe d'hémorragie,

1-2 : Circonstances révélatrices La possibilité d'une hémorragie interne doit toujours être évoquée de principe :

- Chez un malade victime d'un traumatisme,
- Chez une femme en activité génitale surtout en cas de retard des règles,
- Chez un malade ulcéreux, cirrhotique ou sous anticoagulants ou AINS,
- En postpartum et en postopératoire.

2 EXAMEN PHYSIQUE

2-1 : Signes généraux : pâleur cutanée, agitation, angoisse, obnubilation, hypothermie.

2-2 Signes cutanés

- pâleur cutanée et muqueuse (conjonctives)
- augmentation du temps de recoloration capillaire,
- marbrures cutanées qui commencent au niveau des genoux et peuvent se généraliser,
- sueurs froides.

2-3 Signes cardio-vasculaires

- pouls rapide et filant : 120 à 140 battements /mn, quelquefois perçu uniquement au niveau fémoral ou carotidien,
- l'apparition d'une bradycardie en dehors de tout remplissage vasculaire ou drogues est un signe de mauvais pronostic,
- la TA peut être normale, basse ou simplement pincée au dépens de la systolique, q^u les veines sont plates,
- la pression veineuse centrale (PVC) est effondrée.

2-4 Signes respiratoires

- polypnée superficielle,
- cyanose des lèvres et des extrémités.

2-5 Signes urinaires

- oligurie : diurèse est inférieure à 0,35ml/kg/h,
- anurie : diurèse nulle.

2-6 Signes neurosensoriels

- agitation, vertiges, angoisse.
- Troubles conscience : Obnubilation voir coma

3- SIGNES BIOLOGIQUES

- le taux d'hématocrite et d'hémoglobine peut être normal avant la compensation de l'hypovolémie,
- La baisse du taux sanguin d'hémoglobine (Hb) n'est d'emblée observée que dans les chocs hémorragiques sévères. Elle est de mauvais pronostic et proportionnelle à l'hypovolémie,
- Existence de désordres biologiques témoignant de la souffrance cellulaire : Acidose métabolique, troubles de la crase sanguine, hyperkallémie, Hypercréatinémie.

4- SIGNES DE GRAVITE

- Bradycardie paradoxale, Hypotension prolongée (> 30mn), Acidose lactique,
- Défaillance multiviscérale (état de coma, Ischémie myocardique, détresse respiratoire aiguë, Insuffisance rénale aiguë, insuffisance hépatique « hypoalbuminémie, hyperbilirubinémie »).

5 - Particularités sémiologiques et étiologiques des hémopéritoïnes

5-1 Sémiologie clinique

- Signes du choc hémorragique associé aux signes abdominaux
- Douleur abdominale aiguë,
- Abdomen distendu (pas de contracture),
- Matité déclive, mobile avec conservation de la matité hépatique,
- Silence abdominal à l'auscultation,
- Touchers pelviens : cul de sac douglas est plein et douloureux.

Le contraste entre l'intensité de la douleur au TR et l'absence de la contracture est caractéristique de l'hémopéritoïne.

5-2 Sémiologie paraclinique

- ASP : grisaille diffuse, Pas de pneumopéritoïne
- Echographie : zone transsonique hyperéchogène témoignant de l'épanchement péritonéal sanguin dans une loge (Morrison, Douglas),
- Ponction lavage péritonéale (PLP) est positive.

5-3 Principales causes

- Hémopéritoïne post traumatique,
- Hémopéritoïne spontané.
- Causes gynécologiques
 - Grossesse extra utérine : La rupture d'une GEU est la principale cause de ce type d'hémorragie, elle doit être évoquée et recherchée chez toute femme en activité génitale présentant une anémie aiguë. La notion de retard des règles est un élément de forte présomption qui doit imposer l'échographie abdominale. La coelioscopie est un acte diagnostique et thérapeutique
 - Hématome rétro-placentaire de grande taille
 - Rupture utérine : la palpation utérine est irrégulière : sensation du fœtus sous la peau
- Causes non gynécologiques
 - Rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) entraîne brutalement une hémorragie abondante et arrêt circulatoire
 - Rupture d'une tumeur : tumeur hépatique, tumeur stromale gastrointestinale

IV - MASSES PALPABLES DE L'ABDOMEN

Une masse palpable de l'abdomen est tout processus occupant anormal de la cavité abdominale, décelé par la palpation de l'abdomen.

Une masse est dite abdominale quand elle est décelée par le palper abdominal seul. Elle est dite abdominopelvienne quand elle est décelée conjointement par le palper abdominal et les toucher pelviens.

EXAMEN CLINIQUE

1 INTERROGATOIRE : on doit préciser

1-1- Date et circonstances de découverte de la masse : quand c'est le malade qui a constaté l'apparition d'une masse abdominale et le motive à consulter, on doit préciser si la masse est découverte dans un

- Contexte non urgent ? : Symptomatique ou non,
- Contexte d'urgence viscérale ? : À l'occasion d'une complication,
- Contexte de traumatisme abdominal ?

1-2 les symptômes d'appel et signes associés

- **Les symptômes d'appel non spécifiques**

- La douleur abdominale dont il faut décrire tous les critères sémiologiques. Une douleur abdominale récidivante de siège fixe doit évoquer une lésion organique ; parfois c'est l'irradiation de la douleur qui attire l'attention.
- La fièvre : de signification variable : une fièvre récente évoque une infection aigue, une fièvre au long cours évoque une tumeur solide : Foie, colon, rein.
- Signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement.
- les signes d'appel spécifiques et directement liés à la masse attirent l'attention vers l'appareil concerné.

- **Signes digestifs :**

- Nausées et vomissements :
- Troubles du transit : Diarrhée, constipation ou alternance de diarrhée et constipation.
- Hémorragies digestives : Hématémèse, mélaena, rectorragie, anémie.

- Signes hépatobiliaires : Ictère, prurit, coloration anormale des urines et des selles.
- Signes urinaires : Hématurie, Pyurie, Emission de calculs.
- Signes gynécologiques : Aménorrhée ; ménorragie métrorragie.
- Signes endocriniens : on recherche une tumeur sécrétante et fonctionnelle.

Bibliographie

1. ETIENNE J.C : Diagnostic des urgences chirurgicales Encycl. Méd. Chirurgie (Paris) urgences 1995, 24-039B : 27.