



Dr Anne-laure Proust
Chirurgie générale et digestive
Clinique du Tonkin Villeurbanne

GESTION DES DOULEURS ABDOMINALES (NON TRAUMATIQUES) AUX URGENCES

- 5-10 % des admissions aux urgences
- Cause des séjours les plus longs aux urgences
- Aspect médico-légal
- Problématique de l'imagerie (rendement, VPP, plateau technique, disponibilité variable)

- ⦿ A ce jour aucun organigramme ni guidelines défini
- ⦿ Communication avec l'équipe de votre établissement
- ⦿ Plateau technique
- ⦿ Évolution de la télémédecine et surtout de la télé-radiologie



3 questions

QU'EST-CE QUE JE CHERCHE?

Urgence chirurgicale absolue

- Péritonite généralisée (perforation colique, appendiculaire, ulcère perforé, post-opératoire en général)
- Ischémie mésentérique
- Occlusion avec souffrance digestive (brides, hernie interne, tumeurs, hernie ou éventration étranglée)
- Hémopéritoine (rupture secondaire rate, anévrisme secondaire, suites chirurgicales, GEU)

Urgence chirurgicale différée

- Cholécystite et colique hépatique subintrante, pancréatite et toutes les cholestases rétentionnelles
- Appendicite et forme compliquée (en dehors de péritonite généralisée)
- Occlusion sans souffrance digestive
- Sigméïdite compliquée (en dehors de péritonite généralisée)

Pathologie non chirurgicale dans l'urgence

- Hernie non étranglée
- Colites et sigmoïdites non compliquées, iléites
- appendagite

Écarter pathologies non-digestives

- Anévrisme aorte
- Coronaropathie
- Pneumopathie
- Pathologie urinaire

QUI DOIS-JE
REVEILLER?

Le
radiologue

Le
chirurgien



Ou... personne

Quelle
imagerie?

```
graph TD; A[Quelle imagerie?] --> B[Aucune]; A --> C[Echographie abdominale]; A --> D[Scanner abdomino-pelvien];
```

Aucune

Echographie
abdominale

Scanner
abdomino-
pelvien

Hiérarchisation

- ① Données de l'interrogatoire et de la clinique
- ② Résultats biologiques
- ③ Horaire de la consultation

L'interrogatoire

- Age, sexe, allergie
- **ATCD médico-chirurgicaux** (toute intervention chirurgicale sur l'abdomen en précisant la date, **cas particulier d'une chirurgie ≤ 30 jours**, pathologie tumorale ancienne ou récente)
- Possibilité d'une grossesse
- Tares: tabac, alcool, autres....
- **Prises médicamenteuses:** prescrite ou par automédication
- **Caractérisation de la douleur:**
 - Topographie (9 cadrans)
 - Horaire, ancienneté et évolution
 - Facteurs déclenchants (alimentation, effort)
 - Facteurs calmants
- **Signes associés:**

AEG, fièvre, **AMG** (et surtout des gaz, attention aux fausses débâcles diarrhéiques) **vomissements** en précisant leurs aspects (alimentaires, fécaloïdes, hémorragiques), SF urinaires et SF gynéco

L'examen clinique

- ⊙ **Constantes** (pouls TA température)
- ⊙ **Cutané**: pâleur, ictère cutanéomuqueux, marbrures
- ⊙ **Cicatrices** (et orifices de drainage) et **OH**: aspect, inflammation, écoulements, induration, tuméfaction non réductible douloureuse +/- impulsive à toux
- ⊙ Palpation des **9 cadrans** (sensibilité, défense, contracture)
- ⊙ BU
- ⊙ Selon orientation de interrogatoire: touchers pelviens

BIOLOGIE

- ⦿ NFS CRP Iono urée créat
- ⦿ Si douleurs épigastriques et/ou HCD:
bilan hépatique complet avec lipasémie
et discuter troponine
- ⦿ Lactates: contexte occlusif ou tableau
ischémie mésentérique
- ⦿ Bilan de coagulation (TP): si prise
d'AVK
- ⦿ Groupe RAI: NON SYSTÉMATIQUE.

ORIENTATION DE LA DOULEUR ABDO

Après l'examen clinique

Hernie ou Éventration étranglée
Chirurgie \leq 30 jours

Précarité hémodynamique
Et/Ou
Contracture généralisée

Appel CHIRURGIEN
24/24

SCANNER 24/24
Remplissage
Sans attendre bio

Antalgique IV
Biologie orientée
SNG si occlusion

8h-20h

20h-8h

NON

Patient hyperalgique
Biologie très perturbée

OUI

Patient jeune
Douleur FID
et pelvienne
Ou douleur HCD

Patient âgé \geq 60 ans
Qlqsoit topo sf HCD
Et obèse

Echo +/- scanner

SCANNER

Scanner 24/24



L'ASP est mort



- **Irradiant** (1mSv) = 35 RP
- **Mauvaise sensibilité** (même pour l'occlusion: si l'on compare la sensibilité de l'examen clinique 57% versus de l'ASP 74%)
- Aucune spécificité ni aucune précision sur l'origine des anomalies détectées (complément quasi systématique par un autre examen) : **classiquement l'occlusion**
- Y compris pour **les CE** (pas de précision sur retentissement)
- **RECOMMANDATION HAS 2009**

Cas particulier: la consultation aux urgences des patients opérés d'une chirurgie bariatrique

- 500000 patients en 2020
- Pronostic vital très vite engagé
- Risque mal connu / évidences parfois écartées....
- Signes torpides
- Se méfier des troubles liés aux carences
 - Anneaux: B1 B12 Fer Protéines
 - SLEEVE: Fe B12 Protéines (1/3 après 2 ans)
 - Bypass: Fer B12 et Protéines (1/2 après 2 ans)

Anneau gastrique (1)

Taux réadmission immédiat faible (1%), mais problèmes tardifs très fréquents....

Patients peu ou pas suivis

Ayant peu maigri (mais attention aux trop maigres...)

Aphagie et vomissements ne sont pas tolérables après chirurgie bariatrique

Anneau gastrique (2)

⦿ GLISSEMENT AIGU ou SLIPPING

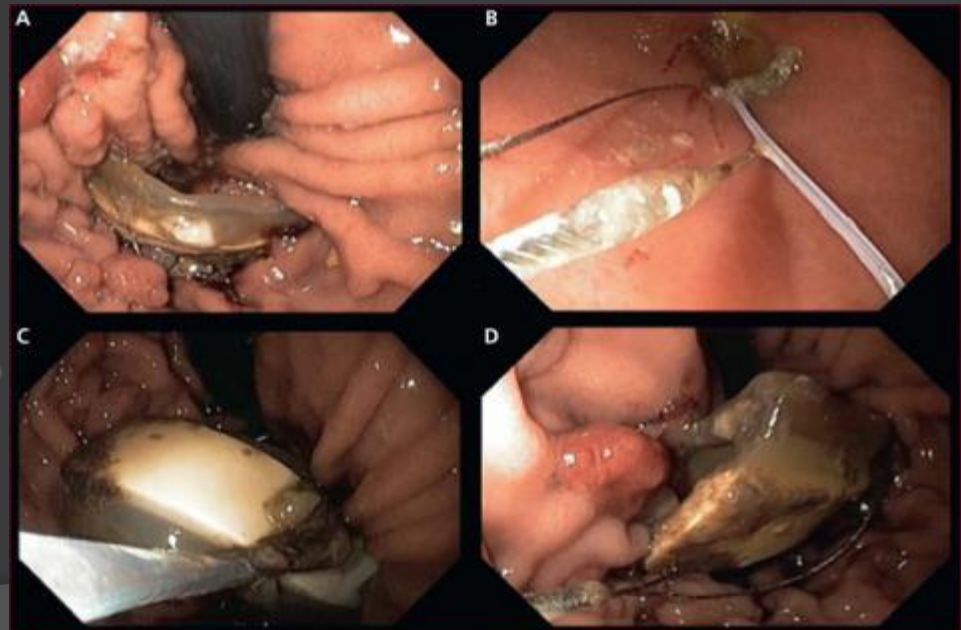
- Aphagie totale ou quasi totale +/- douleurs épigastriques
 - En journée: radiologie opacification et desserrage
 - La nuit: desserrage aveugle par l'urgentiste ou le chirurgien
 - Si patient non calmé par desserrage: scanner injecté en urgence
 - Risque de nécrose gastrique en moins de 6h
- Impose **desserrage immédiat**
Si patient non calmé par desserrage: scanner injecté en urgence

- ⦿ Infection de boitier : se méfier d'une perforation gastrique par migration



Anneau gastrique (3)

- **Infection de boitier** : se méfier d'une **perforation gastrique** par migration
- Devant toute cicatrice de boitier (ancien) inflammatoire: appel chirurgical



SLEEVE

Taux réad. 5-6 %

≤ 30 jours

Éliminer:

- Fistule (péritonite, abcès sus ou sous phrénique)
- Hémopéritoine
- Hématome
- Embolie pulmonaire



> 30 jours

Éliminer:

- Ulcère
- Complications lithiasiques dues à amaigrissement

Prévenir chirurgien en 1^{er}
+/- scanner avec
opacification

Écho abdo
IPP probabilistes
Consultation chirurgicale hors
urgence
+/- OGDscopie

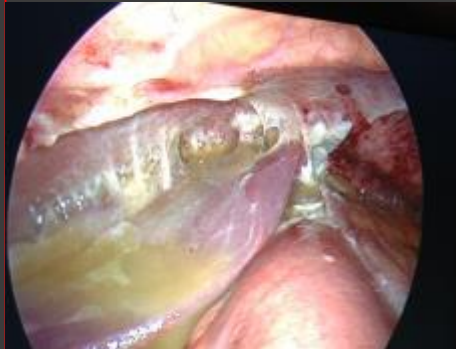
BYPASS

Taux réad. 6-8 %

≤ 30 jours

Éliminer l'URGENCE
VITALE

- Fistule (péritonite, abcès sus ou sous phrénique)
- Hémopéritoine
- Hématome
- Occlusion précoce (orifice trocart, anciennes cicatrices)
- Embolie pulmonaire



> 30 jours

Éliminer:

- Ulcère anastomotique perforé
- Occlusion par hernie interne

Prévenir le chirurgien
Et faire scanner

Prévenir chirurgien en 1^{er}
+/- scanner avec
opacification

Si pas de signe clinique et biologique
De péritonite ou d'occlusion
Évoquer dans 2nd temps:

- Complication lithiasique
- Dumping syndrome

L'appendicite

- ⦿ Est un diagnostic avant tout clinique
- ⦿ L'échographie est l'examen de référence chez le sujet jeune
- ⦿ La prise en charge est chirurgicale
- ⦿ Ne nécessite jamais d'examen d'imagerie en pleine nuit

L'ASP

- ⦿ Est peu irradiant
- ⦿ Est intéressant dans le diagnostic de l'occlusion
- ⦿ Permet d'affirmer la présence d'un pneumopéritoine
- ⦿ Permet d'éliminer un pneumopéritoine s'il est normal
- ⦿ C'est comme le LOTO « il coute pas cher et peu rapporter gros »

Tout patient à J 3 d'une cholécystectomie coelio avec hyperthermie

- ⦿ Doit être scanné en urgence
- ⦿ Doit bénéficier d'une biologie en urgence type (NFS CRP)
- ⦿ Doit impérativement rappeler son chirurgien le lendemain matin
- ⦿ Doit faire contacter son chirurgien (ou la garde en urgence)
- ⦿ Doit être rassuré, une légère hyperthermie se voit systématiquement après une intervention

Le scanner abdominal injecté

- Présente les mêmes performances (sensibilité spécificité) que l'échographie dans les tableaux de douleur de FID
- Présente les mêmes performances que l'échographie en urgence pour le diagnostic de sigmoïdite
- Doit être systématique remplacé par un scanner à blanc en cas d'insuffisance rénale