



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 30
**Pathologies uro-
néphrologiques et
digestives**

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Pathologies digestives partie 1

I. RAPPELS ANATOMIQUES (FOIE)	2
II. LES PRINCIPALES MALADIES HEPATIQUES	3
1. LES HEPATITES.....	3
2. CIRRHOSE	4
3. MALADIE LITHIASIQUE	6
a. <i>Colique hépatique</i>	7
b. <i>Cholécystite</i>	7
c. <i>Angiocholite</i>	8
III. LES PRINCIPALES MALADIES DU COLON	9
1. MALADIE DIVERTICULAIRE	9
a. <i>Diverticulite</i>	9
b. <i>Hémorragie diverticulaire</i>	9
2. COLITE	10
IV. MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE INTESTINALE	11
3. SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE	11
V. LES HERNIES, LES EVENTRATIONS, OCCLUSION, APPENDICITE, PERITONITE	12
1. HERNIES ET EVENTRATION	12
2. SD OCCLUSIF.....	13
3. APPENDICITE	13
4. PERITONITE	14

I. Rappels anatomiques (Foie)

3 faces :

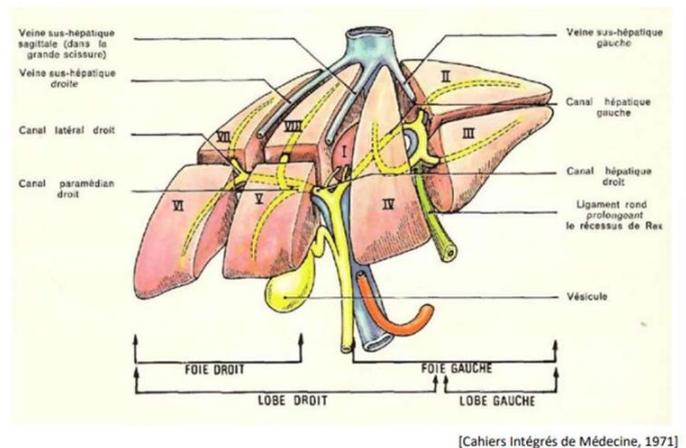
- Supérieure
- Postérieure
- Inférieure

3 bords :

- Ventral
- Dorso-caudal
- Dorso-cranial

- ❖ VCI traverse le foie de bas en haut
- ❖ Ligament rond dans prolongement du ligament falciforme, c'est le reliquat du cordon.
- ❖ Deux façons de segmenter le foie :
 - On parle de foie droit et gauche par rapport au ligament falciforme
 - La segmentation hépatique → segmentation fonctionnelle = tient compte des éléments nobles du foie → toutes les branches issues de la veine porte (2, 3, 4 gauches et 5, 6, 7, 8 droites)
- ❖ Foie → 2 parties :
 - Gauche = 4 segments (1 à 4)
 - Droit = 4 segments (5 à 8)

Séparation entre segments faite par artère hépatique et veine porte



[Cahiers Intégrés de Médecine, 1971]

- ❖ Vascularisation :
 - Tronc porte (80%) = spléno-mésaraïque et veine mésentérique supérieure
 - Artère hépatique commune (tronc céphalique depuis l'aorte)

II. Les principales maladies hépatiques

1. Les hépatites

Hépatite = inflammation des cellules du foie, chronique si >6mois

Hépatite est asymptomatique (80% des cas) seulement présence d'asthénie. Parfois, les personnes atteintes peuvent présenter un syndrome grippal, des troubles digestifs, arthralgie ou un ictère.

Signes biologiques

↑ ASAT (=aspartate aminotransférase) ou TGO et ALAT (=alanine aminotransférase) ou TGP → diagnostic

Principales étiologies

- ❖ Virus : Hépatites A, B, C, D, E, HSV, CMV, EBV, adénovirus...
- ❖ Médicaments : paracétamol (hépatotoxicité)
- ❖ Ischémie, causes vasculaires
- ❖ Toxiques, alcool (>100g/j)
- ❖ Maladie de Wilson (↑cuivre), hémochromatose (↑fer)
- ❖ Hépatite auto-immune
- ❖ Migration lithiasique → cytolyse

	Virus et Génome	Transmission	Chronicité	Vaccin	Traitement
A	Nu ARN	Entérique / féco-orale Homosexuel homme-homme	NON	Oui Inactivé	Non
B	Enveloppé ADN	Sexuelle Parentérale Périnatale	OUI 90% nouveau-nés 10% adultes	Oui	Oui si chronique : Antiviraux directs
C	Enveloppé ARN	Parentérale Sexuelle Périnatale	OUI 80% des cas	Non	Antiviraux directs
D	Enveloppé ARN	idem VHB	OUI	Celui du VHB	Oui si chronique
E	Nu ARN	Entérique / féco-orale Zoonotique	OUI Rare: uniquement si immunosuppression	Non	Oui si chronique

→ VHD = seulement si la personne à déjà le VHB, c'est une hépatite dépendante du VHB.

Bilan étiologique de première intention

- ❖ Sérologies virales : IgM VHA, antigène HBs, an corps an VHC, an corps an VHE
- ❖ Recherche d'un toxique : Dosage paracétamolémie et alcoolémie
- ❖ Recherche d'une hépatite auto-immune : Electrophorèse des pro des
- ❖ Recherche d'un syndrome métabolique (maladie du soda) : Glycémie, cholestérol, HDL, Triglycérides
- ❖ Recherche d'un surdosage martial (=trop de fer) : Ferri ne et coefficient de saturation de la transferrine
- ❖ Recherche d'une thrombose des vaisseaux : Echographie doppler hépatobiliaire
- ❖ + bilan hépatique complet : bilirubine, ASAT, ALAT, PAL (recherche cholestase), GGT, NFS plaquettes, TP (le taux de prothrombine (=TP) évalue la fonctionnalité du foie)
- ❖ Echographie doppler (mesure le flux dans les vaisseaux hépatiques) hépatobiliaire :
 - Non irradiant
 - A jeun
 - Décubitus dorsal, sonde en intercostal

Complications = insuffisance hépatique Aigue

TP (taux de prothrombine) → facteurs de la coagulation fabriqué par le foie

Hépatite aigue sévère = si TP <50%

Hépatite grave = hépatite aigue sévère + encéphalopathie hépatique (=trouble conscience, sommeil et astérisis)

PEC :

- Arrêter tous les médicaments hépatotoxiques
- N-acétyl cystéine antidote paracétamol
- Si sévère ou grave : transplantation hépatique

Résumé :

1 diagnostic → 2 gravités (TP, neuro) → 3 causes

Sérologies + toxiques + échographie-doppler :

- Rechercher les causes virales
- Rechercher les causes toxiques
- Eliminer une cause obstructive ou vasculaire

Selon le contexte :

- Rechercher les causes virales plus rares
- Rechercher les causes plus rares selon le terrain
- Femme : Hépatite Auto-Immune (HAI)
- Jeune adulte : cause génétique (Wilson)
- Pathologies de la grossesse
- Foie tumoral

2. Cirrhose

Maladie chronique du foie : c'est une fibrose annulaire délimitant des nodules de régénération hépatocytaire (le foie devient fibreux et au milieu, des hépatocytes tentent de se régénérer). C'est l'évolution finale de toutes les maladies chroniques du foie. **C'est un état irréversible.**

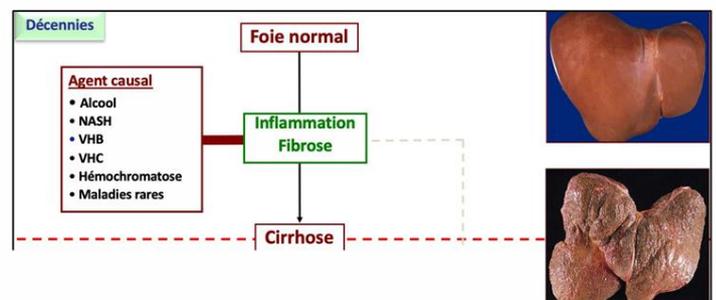
Signes biologiques

L'insuffisance hépatique se traduit par :

- ↑ transaminases et GGT
- ↓ facteurs coagulation (TP, FV) et ↑ INR
- ↓ albuminémie
- ↑ bilirubinémie

L'hypertension portale se traduit par → **Hypersplénisme** (=trouble fonctionnel de la rate caractérisé par l'augmentation pathologique de l'activité de certaines fonctions) :

- Thrombopénie
- Leucopénie
- Anémie



Causes fréquentes :

Causes fréquentes	
Consommation excessive d'alcool	Antécédents de consommation excessive, rapport ASAT/ALAT > 2, hépatite alcoolique en histologie
Stéatopathie métabolique	Surcharge pondérale, diabète, HTA, dyslipidémie, données histologiques
Hépatite c chronique	Ac anti-VHC, ARN du VHC par PCR dans le sérum
Hémochromatose génétique	Coefficient de saturation de la transferrine > 45%, hyperferritinémie, mutation homozygote C282Y du gène HFE
Causes moins fréquentes	
Cholangite biliaire primitive	Ac anti-mitochondries de type M2, données histologiques
Cholangite sclérosante primitive	Cholangite diffuse en imagerie (bili-IRM ou cholangiographie rétrograde), maladie inflammatoire chronique intestinale associée
Hépatite auto-immune	Ac anti-tissus à un titre élevé, hypergammablobulinémie, données histologiques
Cirrhose biliaire secondaire	Antécédent d'obstacle prolongé sur les voies biliaires
Hépatite chronique B-delta	Ag HBs et d'ARN du virus D
Syndrome de Budd-Chiari	Obstruction des veines hépatiques en imagerie, affection prothrombotique

En première intention :

- ❖ Sérologies de l'hépatite C et de l'hépatite B (pas de sérologie hépatite A et E car ce sont des hépatites aiguës et ne donnent pas des hépatopathies chroniques)
- ❖ Glycémie à jeun, cholestérol et triglycéride pour la recherche de stéatohépatite métaboliques
- ❖ Ferritinémie coefficient de saturation de la transferrine à jeun
- ❖ Electrophorèse des protéines plasmatiques pour la recherche d'hépatite auto-immune

Signes cliniques :

→ D'abord asymptomatique

Signes d'insuffisance d'hépatocellulaire :

- Angiomes stellaires du tronc
- Erythrose palmaire
- Ongles blancs
- Ictère cutano-muqueux
- Foetor hepaticus
- Inversion rythme nyctéméral, astérixis (perte du tonus des membres supérieurs)
- Hypogonadisme chez l'homme

Signes d'hypertension portale (à connaître) :

- Circulation veineuse collatérale
- Splénomégalie (grosse rate)
- Varices oesophagiennes
- Ascite (=eau dans la cavité péritonéale)

Complications :**Liées à l'hypertension portale :**

- Ascite et infection du liquide ascite

- Hémorragie digestive (rupture des varices)
- Syndrome hépatorénal (liée à une hypovolémie en raison de l'hypertension portale causant une insuffisance rénale)

Liées à insuffisance hépatique :

- Ictère
- Encéphalopathie hépatique

→ Carcinome hépatocellulaire !!! 1 à 5 %/ an

Echodoppler hépatobiliaire :

Met en évidence :

- Irrégularité des contours du foie
- Dymorphie avec atrophie du lobe droit et hypertrophie du lobe gauche
- Ascite, splénomégalie
- Ralentissement puis inversement du flux porte

EOGD (Gastroscopie oeso-gastro-duodénale) :

Endoscope mesure 1m de long, il s'insère depuis la bouche des patients et il y a une caméra au bout pour voir les lésions.

Cet examen nous permet de voir l'œsophage, l'estomac et le duodénum. Les varices œsophagiennes sont à risque de saignement. Pour traiter cela, l'opérateur vient ligaturer, scléroser la varice en mettant un élastique sous la varice.

TTT :

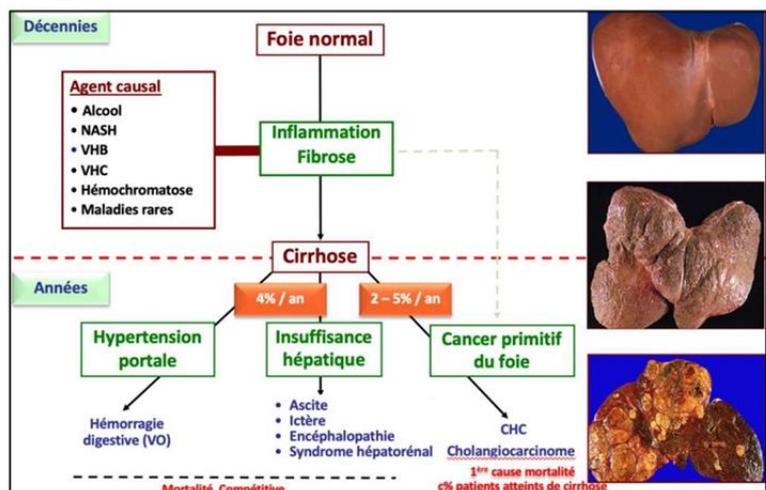
TTT de la cause :

- Arrêt alcool
- Antiviraux si VHB/VHC
- Saignée si hémochromatose
- Contrôle surcharge pondérale si NASH + activité physique

→ Transplantation hépatique en cas de maladie sévère

TTT complications :

- Ascite → ponction d'ascite et diurétiques
- Infections liquide d'ascite → Céphalosporines
- Hémorragies HPT → EOGD et bêta-bloquants
- Encéphalopathie → Laxatifs osmotiques
- CHC (cancer) → Dépistage tous les 6 mois échographie + alpha foeto protéine



3. Maladie lithiasique

De nombreuses pathologies sont possibles en fonction de la localisation du calcul :

- Au niveau du canal cystique : on a une cholécystite (inflammation de la vésicule biliaire).
- Au niveau des canaux hépatiques (droit, gauche, commun ou cholédoque) : on a donc une angiocholite (on a une stagnation de la bile dans le foie)

- Au niveau de la papille : une pancréatite aiguë (on a une stagnation de la bile dans le foie)

Incidence et types de calculs :

→ Incidence lithiase vésiculaire est 20% et augmente avec l'âge. 80% des patients sont asymptomatiques.

3 types de calculs :

- Cholestéroliques (âge, sexe féminin, surpoids, multiparité, jeûne prolongé, hypertriglycéridémie)
- Pigmentaires : hémolyse, obstacle biliaire
- Mixtes (cholestéroliques & pigmentaires)

a. Colique hépatique

La douleur :

- Brutale
- En épigastrique ou hypochondre droit
- Irradiant dans l'omoplate droite
- Cède en < 6h
- A la palpation

Symptômes associés : inhibition respiratoire, vomissements, nausées

Examen clinique :

- ❖ Pas de fièvre
- ❖ Pas d'ictère
- ❖ Signe de Murphy

Evolution :

- ❖ Favorable ou nouvelle crise
- ❖ Migration lithiasique
- ❖ Cholécystite
- ❖ Angiocholite
- ❖ Pancréatite

TTT :

→ Cholécystectomie

Examen :

Echographie : lithiase vésiculaire et on ne voit pas derrière le calcul

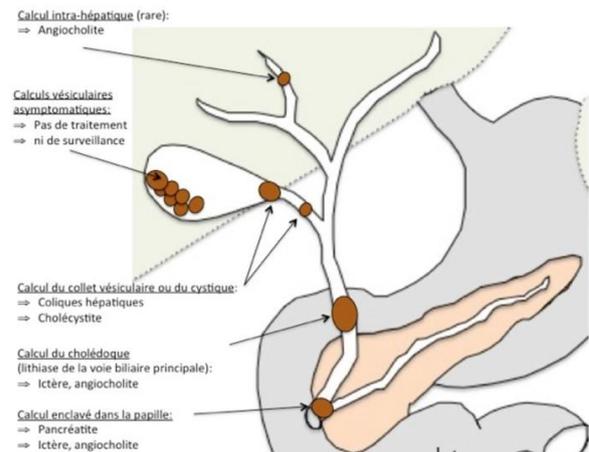
b. Cholécystite

Douleur : hypochondre droit, durée 24h

Symptômes : syndrome fébrile, frissons

Examen clinique :

- ❖ Fièvre
- ❖ Pas d'ictère
- ❖ Défense de l'hypochondre droit



- ❖ Signe de Murphy (=Douleur provoquée par la palpation de l'aire vésiculaire et majorée par l'inspiration)

Bilan biologique :

- ❖ Hyperleucocytose (PNN)
- ❖ Perturbations du bilan hépatique
- ❖ Hémoculture

Examen complémentaire :

Echo : épaissement paroi vésicule > 4mm

Complications :

- ❖ Sepsis sévère
- ❖ Péritonite biliaire (perforation avec le liquide biliaire)
- ❖ Iléus biliaire (fistule peut se former dans le duodénum)

TTT :

- ❖ ATB, antalgiques
- ❖ Cholécystectomie en urgence

c. Angiocholite**3 phases en 48h :**

- Douleur biliaire
- Fièvre
- Ictère

Bilan biologique :

- ❖ Hyper leucocytose, cholestase ictérique (↑ bilirubine), hémoculture,
- ❖ ↑ CRP
- ❖ Insuffisance rénale aigue

Examen complémentaire :

Echographie : dilatation voie biliaire avec observation d'un calcul

TTT :

Retrait calcul en écho-endoscopie, cholangio-pandréatographie, rétrograde endoscopie

Echo-endoscopie :

- Sous anesthésie générale, IOT
- Patient en décubitus dorsal ou latéral gauche
- Durée : 20 minutes environ
- Progression à l'aide d'un endoscope souple (écho-endoscope)
- Par voie haute ou basse
- 2 écrans : endoscope et échographe

Complications :

- ❖ Sepsis sévère
- ❖ Insuffisance rénale aigue sévère

TTT :

- ❖ Antibiotiques, antalgiques
- ❖ Drainage biliaire par CPRE ou drainage transcutané :

- Appareil utilisé : duodéno-scopie (vision latérale)
- Sous anesthésie générale
- Scopie (tablier de plomb, dosimètre)
- Patient en décubitus dorsal, IOT
- Durée très variable
- ❖ Cholécystectomie secondaire

III. Les principales maladies du colon

1. Maladie diverticulaire

Définition : hernie de la muqueuse et de la sous muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du colon

2 principale complications :

- Diverticulite
- Hémorragie

a. Diverticulite

Signes cliniques (à connaître) :

- ❖ Douleurs en FIG (Fosse Iliaque Gauche)
- ❖ Troubles du transit (constipation +++ ou diarrhées)
- ❖ Fièvre

Signes bio :

↑ CRP et ↑ PNN

Complication (à connaître) :

- ❖ Abscès péri-colique
- ❖ Péritonites
- ❖ Fistules

Examens complémentaires :

→ Scanner abdominopelvien avec injection produit de contraste → repérer inflammation

!!!! pas d'écho !!!! des scanners pour maladie du colon

TTT :

- ❖ ATB (amoxicilline ou acide clavulanique)
 - ❖ Hospitalisation si signes de gravité
 - ❖ Colectomie segmentaire en cas de diverticulite compliqué en cas de poussée à répétition
- Absence de moyen de prévention et souvent récidive

b. Hémorragie diverticulaire

Signes cliniques :

- ❖ Rectorragies
- ❖ Hypotension artérielle, tachycardie → car saignements

Signes bio :

→ Anémie

Complications :

→ Choc hémorragique et risque décès

Examens complémentaires :

Scanner abdomino-pelvien avec injection produit de contraste soit coloscopie et on voit le sang sortir

Coloscopie → on passe par l'anus et on va voir le colon :

- Sous anesthésie générale
- Patient en décubitus dorsal ou latéral gauche
- Ventilation spontanée ou IOT
- Durée : 30 minutes environ (très variable)
- Progression à l'aide d'un endoscope souple, jusqu'au bas fond caecal ou l'iléon terminal

Préparation colique :

- Objectif = un colon « propre » : la condition pour une coloscopie de qualité et moins risquée •
- 1 Régime sans résidu 3 à 5 jours avant l'examen
- 2 Purge : polyéthylène glycol (PEG) +++ (alternatives = produits à base de phosphate de sodium, picosulfate de sodium et de citrate de magnésium)
- Principes de la purge : prise rapide et fractionnée du produit Ingestion de liquides

→ Intérêt d'une explication claire au patient

Hémorragie diverticulaire

TTT :

- ❖ Transfusion
- ❖ Hémostase endoscopique
- ❖ Embolisation artérielle
- ❖ Colectomie segmentaire en dernier recours

→ Absence de moyen de prévention !!

2. Colite**Douleur :**

- Spasmes, le long du cadre colique
- Soulagé par l'évacuation de selles ou de gaz
- Variation dans le temps

Symptômes :

Diarrhée, constipation, rectorragies, borborygmes

Examen clinique

Sensibilité ou douleurs le long du cadre colique

Bilan biologique

Syndrome inflammatoire (CRP PNN)

Examens complémentaires

Scanner abdominopelvien non obligatoire

Etiologies :

- ❖ Syndrome de l'intestin irritable
- ❖ Adénocarcinome colique
- ❖ Colites infectieuses

- ❖ Colites inflammatoires (Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)
- ❖ Colites médicamenteuses
- ❖ Colites ischémiques

IV. Maladie inflammatoire chronique intestinale

→ Affections inflammatoire digestives chroniques : maladie de Crohn/rectocolite hémorragique

Signes cliniques :

- ❖ Douleurs abdo
- ❖ Diarrhée
- ❖ Dénutrition
- ❖ Rectorragies
- ❖ AEG

Symptômes associés :

- ❖ Douleurs articulaires
- ❖ Uvéite
- ❖ Lésions cutanées

Signes biologiques :

- ❖ Syndrome inflammatoire
- ❖ Hypoalbuminémie
- ❖ Carences vitaminiques

Examens complémentaires :

Endoscopie digestive + biopsie ou scanner abdomino-pelvienne, entero IRM

Complications :

- ❖ Colite aiguë grave
- ❖ Sténose, abcès, fistules
- ❖ Lésions anopérinéales

TTT (à connaître) :

- ❖ Corticoïdes
- ❖ Biothérapie : anti TNF alpha
- ❖ Immunosuppresseurs : thiopurines
- ❖ Chirurgie en cas de complication résistante au traitement médical

3. Syndrome de l'intestin irritable

Le syndrome de l'intestin irritable est défini par les critères de Rome. Ils correspondent à la présence d'une douleur abdominale récidivante, survenant **au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois** avec au moins deux des critères suivants :

- Une douleur abdominale en relation avec la défécation
- Une douleur abdominale associée à une modification de la fréquence des selles
- Ou une douleur abdominale associée à une modification de l'aspect des selles

→ Le début des symptômes doit dater d'au moins six mois avant de pouvoir poser le diagnostic

Epidémiologie

- ❖ 15% pop
- ❖ ♀ +

	RCH	Maladie de Crohn
• Tabagisme	Protecteur	Aggravant
• Rectorragies	Constantes	Inconstantes
Lésions macroscopiques		
• Atteinte continue	Constante	Parfois
• Atteinte rectale	Constante	Inconstante
• Intervalles de muqueuse saine	Jamais	Fréquent
• Atteinte iléale	Jamais	Fréquent
• Atteinte anopérinéale	Jamais	Fréquent (30%)
• Sténoses, fistules, abcès	Jamais	Fréquent
Lésions microscopiques		
• Inflammation	Superficielle, homogène	Transmurale, hétérogène
• Granulomes épithélioïdes	Jamais	30%

Diagnostic :

→ par élimination des autres causes car rien à la bio ou à l'échographie

Red flags :

- Installation récente
- Anomalie de l'examen clinique
- Altération de l'état général
- Apparition ou aggravation >50 ans

→ Si apparition d'un de ces symptômes alors c'est autre chose = ce n'est pas l'intestin irritable !!!

TTT

- ❖ Traitement de la douleur
- ❖ Troubles transits : Antispasmodiques, tricycliques, laxatifs/anti-diarrhéiques, régime, TCC

V. Les hernies, les éventrations, occlusion, appendicite, péritonite

1. Hernies et éventration

Définitions :

Hernie : issu de contenu abdominale via un orifice musculo aponévrotique naturel → Plusieurs hernies

Eventration : issu du contenu abdo via un orifice chirurgical (surtt coelioscopie)

→ Laparotomie médiane ou transverse

Hernies inguinales : collet au-dessus de l'arcade crurale

- Directes en dedans des vaisseaux
- Obliques externes en DH
 - Congénitales : absence oblitération canal péritonéo-vaginal ♂ et canal de Nuck ♀
 - Acquises : via l'orifice inguinal profond, longeant le cordon spermatique

Hernies crurales : collet au-dessous de l'arcade crurale (risque étranglement +++)

Facteurs de risque

Hyperpression abdo : travail de force, grossesses, ascite, BPCO, HBP, Obésité, Masse intra abdo

Signes cliniques

→ Asymptomatique le plus souvent

Tuméfaction indolore, réductible ou non, impulsive à la toux

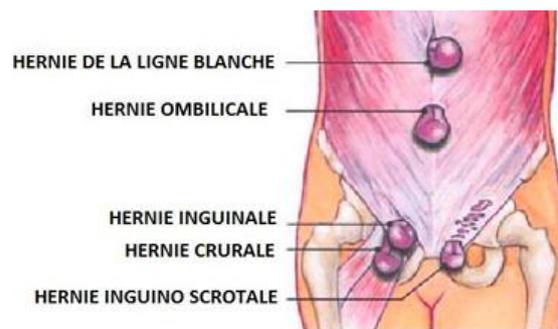
Examen couché → sans puis avec efforts de poussée puis debout et toussé

Complications : (à connaître)

- ❖ Engouement = douloureuse, **réductible**
- ❖ Etranglement = douleur brutale, permanente, non expansive et non impulsive, **non réductible avec syndrome occlusif**
- ❖ Nécrose digestive

PEC en urgence :

- ❖ Engouement : réduction manuelle puis indication chirurgicale a froid < 1 mois
- ❖ Etranglement : chirurgie en urgence



❖ Chirurgie = rapide +/- prothèse

2. Syndrome occlusif

Signes cliniques

- ❖ Douleur abdo avec arrêt du transit et des gaz, nausées ou vomis +/- tachycardie, fièvre
- ❖ Météorisme abdo a l'inspection, tympanisme à la percussion
- ❖ Absence de bruits hydro aériques à l'auscultation
- ❖ Palpation des orifices herniaires en 1^{er} → voir si hernies étranglées ou pas car 1ere cause

3 points pour le définir :

Siège :

- Haute → début brutal, douleurs, vomissements précoces arrêt matières et gaz retardés
- Basses → début progressif, arrêt et transit, douleur peut intense, vomissement tardif fécaloïde

Mécanisme :

- Fonctionnel
- Organique

Localisation :

- Colique
- Grêlique

		Intestin grêle	Côlon
Occlusion organique	Strangulation	Occlusion sur bride Hernie/éventration Volvulus (invagination)	Volvulus Hernie
	Obstruction	Extraluminale (carcinose, masse) Intraluminale (tumeur, iléus biliaire, CE, parasites) Intrapariétale (hématome, tumeur, sténose Crohn/radique)	Extraluminale (carcinose, masse) Intraluminale (adénocarcinome , fécalome, CE) Intrapariétale (sténose sur diverticulite, post-ischémique/radique)
Occlusion fonctionnelle		Post-opératoire Irritation intra/rétro-péritonéale Médicale Médicamenteuse	Terrain délabé Polytraumatisé Post-opératoire Médicamenteuse

Examens complémentaires

- ❖ NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, urée, créatinine, CRP
- ❖ TDM abdominopelvien avec injection produit de contraste

Complications

- ❖ Perfo
- ❖ Pneumopathie d'inhalation
- ❖ Troubles hydro électrolytiques

TTT : Sonde naso gastrique

→ PEC médicale si fonctionnelle/chirurgicale si organique

3. Appendicite

Définition : inflammation de l'appendice due à une obstruction à sa base

Prévalence : 7%

Signes cliniques

- ❖ Défense en FID, ↑ progressive + nausées, vomissements, fièvre
- ❖ Signe Blumberg = douleur à la décompression (appui puis lâche = douleur) brutale de la FID (fosse iliaque droite) /Signe Rovsing = douleur provoquée par la pression exercée en FIG

→ Défense abdo = protection reflexe du corps



Examens complémentaires

Ionogramme sanguin, urée, créatinine, NFS, plaquette, CRP+, Beta HCG/BU, Gr-Rh-RAI, TP-TCA-fibrinogène

Echographie abdominale : diamètre appendice > 8mm, paroi appendiculaire > 3mm, aspect en cocarde, épanchement ou abcès au contact, stercolithe

TDM abdominopelvienne en cas d'examen non contributif (ou obèse/Sujet âgé)

Complications (20%)

- ❖ Plastron = infiltration diffuse mal limiter (péritonite localisée)
- ❖ Abcès
- ❖ Péritonite généralisée (contracture et défense généralisée)

Indications imagerie (à connaître): Triade :

- ❖ CRP ↑
- ❖ ↑ PNN
- ❖ Défense FID (→ scanner ou écho pour savoir)

PEC :

- ❖ Appendicite non compliquée = Antibiothérapie (Amoxicilline + ac clavulanique), antalgiques, hydratation, mise à jeun, chirurgie en urgence
- ❖ Plastron appendiculaire = Antibiothérapie (Amoxicilline + ac clavulanique), antalgiques, hydratation, chirurgie après 2-4mois
- ❖ Abcès appendiculaire = si petite taille → Antibiothérapie et chirurgie si grande taille → Drainage percutané, antibiothérapie, antalgiques, hydratation, chirurgie après 2-4mois
- ❖ Péritonite appendiculaire = Urgence chirurgicale

4. Péritonite

Définition : Inflammation du péritoine (=cavité péritonéale virtuelle)

→ Liquide dans le péritoine (selles, ou autres)

Signes fonctionnels :

- ❖ Douleur abdo
- ❖ Vomissements
- ❖ Fièvre
- ❖ Arrêt du transit

Signes physiques :

- ❖ Contracture
- ❖ BHA absents

Examens complémentaires :

→ Scanner abdomino-pelvien injecter

Causes :

- Primaire = infection du liquide d'ascite
- Secondaire = Perforation d'un organe creux : ulcère gastro-duodéal, évolution d'une occlusion ou péritonite purulente (complication d'un abcès) : appendicite, cholécystite, sigmoïdite, salpingite
- Tertiaire = Inflammation chronique du péritoine résistante à un traitement bien conduit « encapsulante »

Signes de gravité :

- ❖ Signes de choc
- ❖ Signes de détresse vitale : respiratoire, circulatoire, neurologique
- ❖ Douleur résistance aux morphiniques
- ❖ Péritonite
- ❖ Arrêt des bruits hydro-aériques
- ❖ Terrain : sujet fragile, âge, polypathologique et femme en âge de procréer

TTT :

- ❖ Chirurgie en urgence +/- résection
- ❖ Remplissage intraveineux, antibiothérapie large spectre (Piperacilline-Tazobactam + Amikacine) +/- antifongique
- ❖ A jeun et pose SNG si vomissements
- ❖ Antalgiques