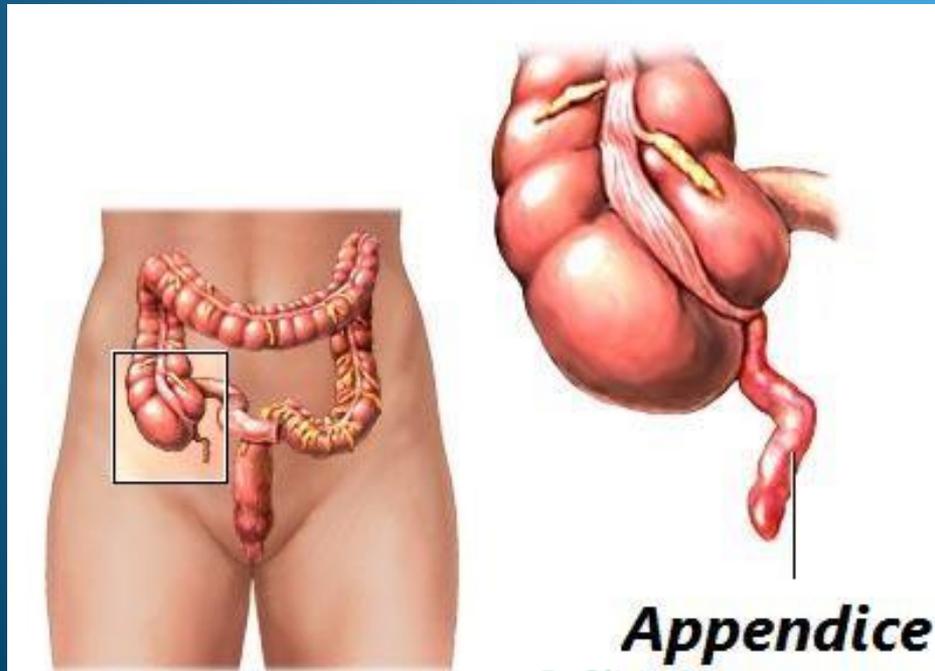


# Processus obstructifs Infections abdominales : Appendicite Sigmöidite

Pr Olivier Monneuse  
Pavillon G viscéral  
Hôpital Edouard Herriot  
IFSI



# Objectifs de l'exposé

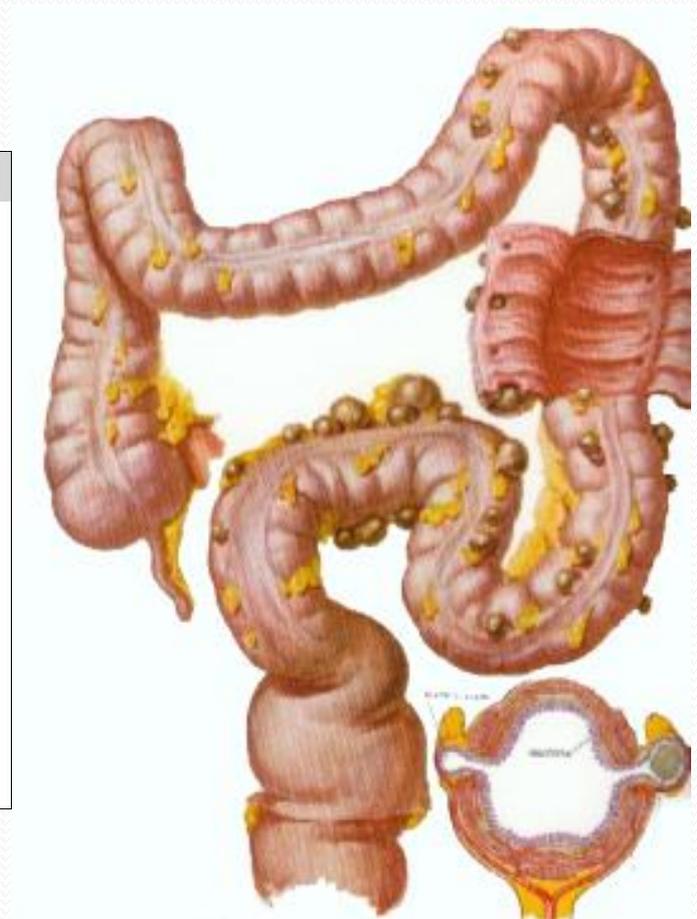
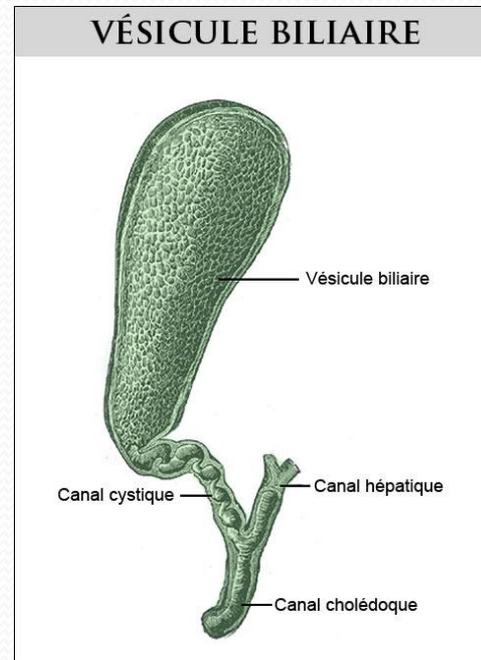
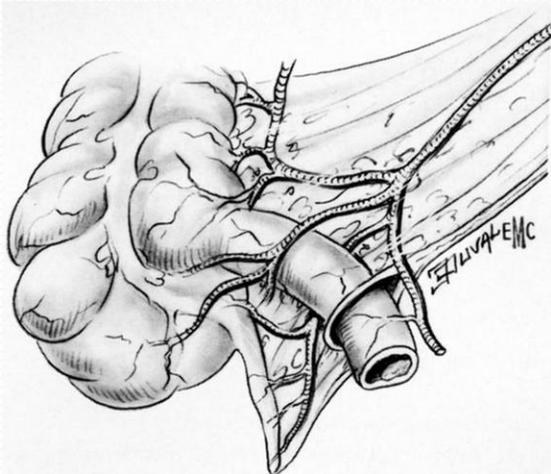
- Physiopathologie
  - Appendicite, sigmoïdite diverticulaire ... et cholécystite (cf cours spécifique)

Un même problème un cul de sac qui s'infecte !

- Appendicite
  - Un diagnostic facile ?
  - Un traitement unique ?
- Sigmoïdite aiguë diverticulaire
  - Causes (étiologies)
  - Traitement

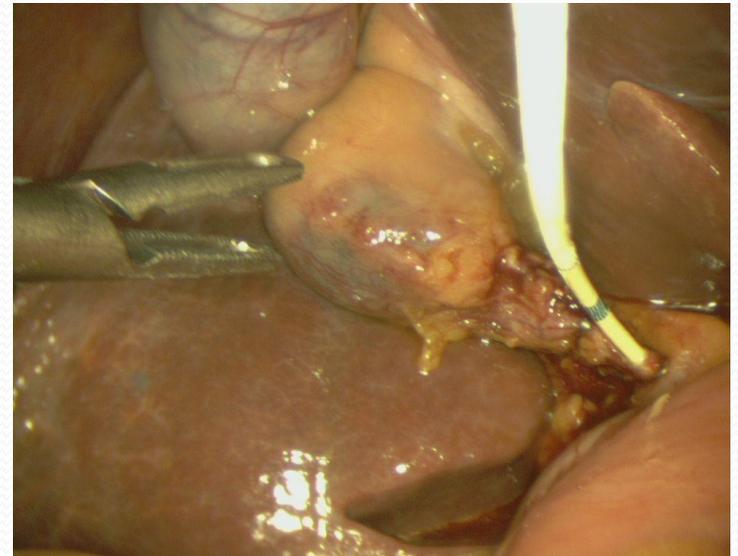
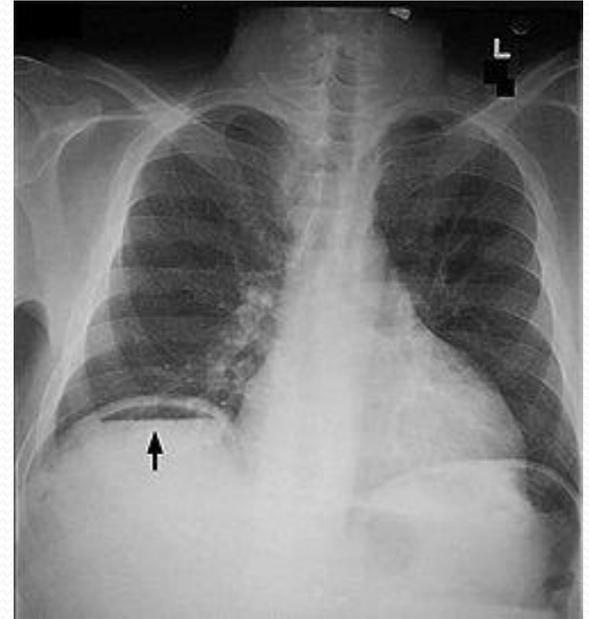
# Physiopathologie

Un cul de sac qui s'infecte !



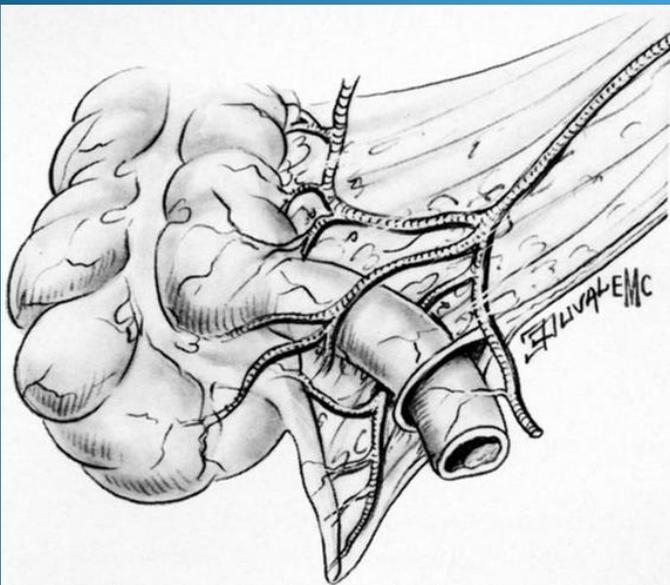
# Physiopathologie

- Et qui risque de se rompre



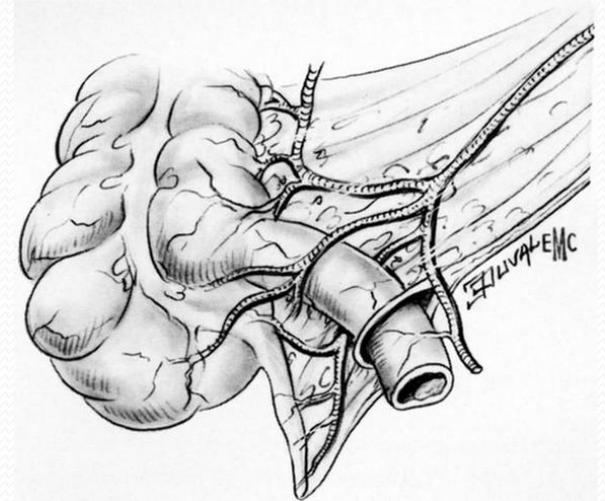
# Appendicite aigue

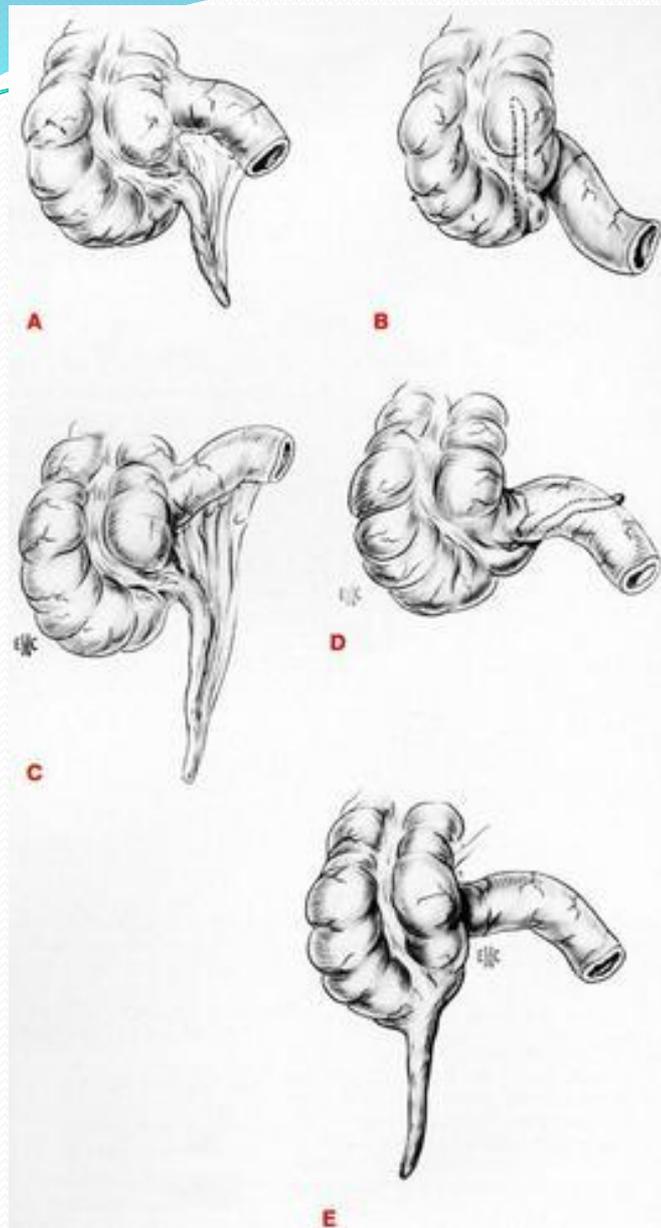
Un diagnostic facile ?



# Epidémiologie

- Très fréquent
- 40% des interventions de chirurgie digestive
- Entre 150000 et 200000 appendicectomie par an en France
- Diagnostic clinique difficile





**Variations positionnelles :**

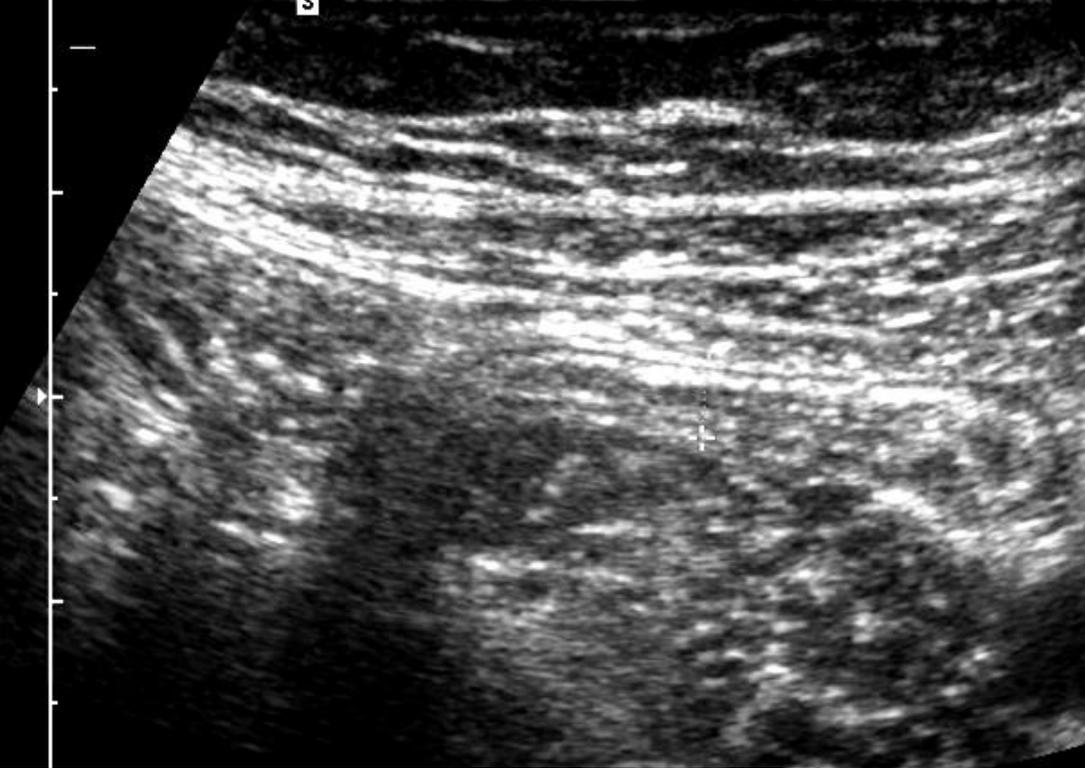
- A. Position normale.**
- B. Appendice rétro-caecal.**
- C. Appendice pelvien.**
- D. Appendice mésocoeliaque**
- E. Appendice en entonnoir.**

# Sémiologie clinique :

- Syndrome appendiculaire :
  - Douleur et Défense au point de Mac Burney
  - Fièvre
- Nausées Vomissements
- Syndrome infectieux :
  - Hyperleucocytose
  - Augmentation de la CRP et de la VS
- Bilan pré opératoire +++

# Diagnostics différentiels adultes

- Pyelonéphrite
- Diverticulite de Meckel
- MICI
- Cholecystite (forme sous hépatique)
- Diverticulites coliques droites
- Sigmoidites
- Salpingites





# Au total : moyens diagnostiques

- Cliniques purs : faux positifs 30 %
- Clinico biologiques : Score d'ALVARO (/10) faux positifs 15 à 25 %
  - Douleur à la palpation de la FID : 2 pts
  - Déplacement de la douleur vers la FID : 1 pt
  - Rebond douloureux : 1 pt
  - Anorexie : 1 pt
  - Nausées / vomissements : 1 pt
  - T°>37.3 : 1 pt
  - Leucocytes >10000/mm<sup>3</sup> : 2 pt
  - PNN>75% des Leucocytes : 1 pt

En faveur appendicite > 7/10 (x3-5)  
En sa défaveur < 4/10 (2 études)
- **Clinico radiologiques +++ Echographie TDM faux positifs <10%**  
(chiffres HEH publiés < 5 %)

# Traitement unique ?

- Chirurgical : Appendicectomie sous anesthésie générale, resection iléo caecale (rare)
- Voie d'abord : coelioscopique ou par laparotomie mac burney
- Anatomopathologie obligatoire de la pièce opératoire
- Particularité péritonite cf cours suivant
- Antibiothérapie
- Futur : traitement médical exclusif ?
- Prise en charge ambulatoire +++



# Colites aiguës

# Etiologies

- Inflammatoires : Crohn, Rectocolite ulcéro hémorragique
- Infectieuses : Yersiniose, Salmonelle, Shigelle
- Diverticulaires surinfectées : Sigmoidites +++ ou Diverticulites aiguës sigmoïdiennes
- Tumorales : cancer colique surinfecté
- Vasculaires : ischémie colique.

# Pathologie diverticulaire

- Diverticulite
- Sigmoidite aiguë diverticulaire
- Abscès péri sigmoïdien
  
- Péritonite
  - Localisée (abcès péricolique)
  - Localisée (abcès pelvien)
  - Généralisée purulente
  - Généralisée stercorrhale

# Modalités thérapeutiques

- Hospitalisation
- A jeun
- Antibiothérapie IV
- Régime sans résidu
  
- Drainage radiologique
  
- Indications chirurgicales

# Indications chirurgicales

- En urgence :
  - Péritonite
  - Réalisation d'une colostomie (cf chapitre spécifique)
- A froid : chirurgie préventive :Référentiel 11 / 2017
  - Le nombre de poussées non compliquées n'intervient plus comme élément déterminant.
  - La complication (abcès, perforation) traitée médicalement avec succès reste une indication
  - L'impact sur la qualité de vie du patient, l'immunodépression et l'insuffisance rénale entrent en ligne de compte.