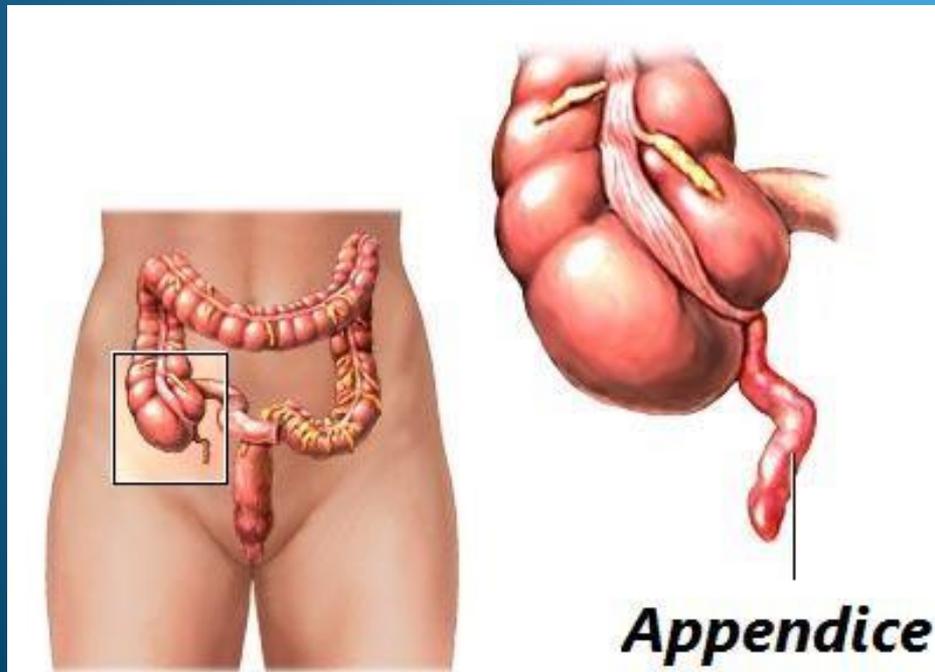


Processus obstructifs Infections abdominales : Appendicite Sigmöidite

Pr Olivier Monneuse
Pavillon G viscéral
Hôpital Edouard Herriot
IFSI



Objectifs de l'exposé

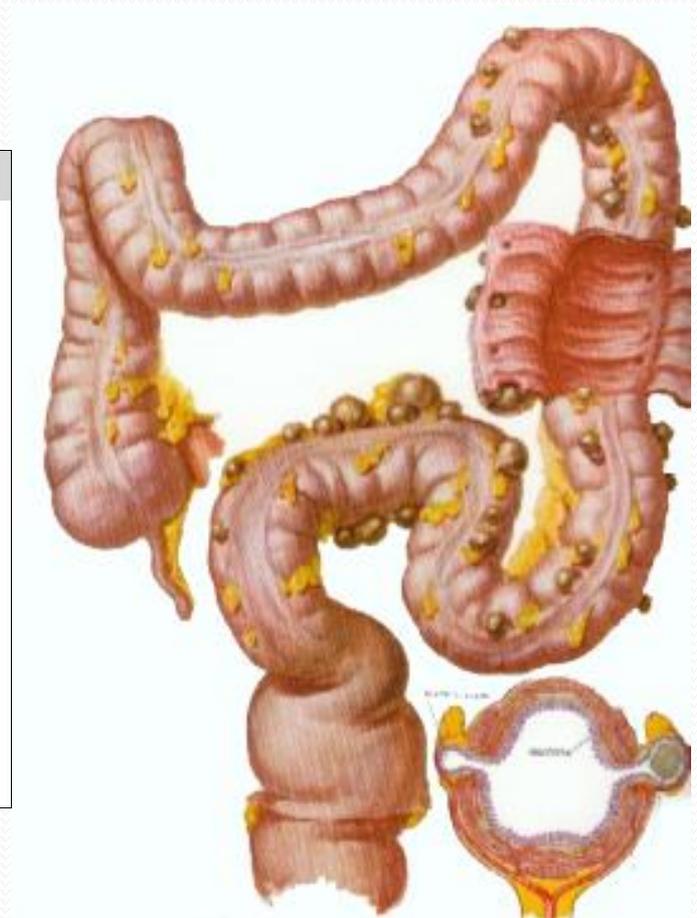
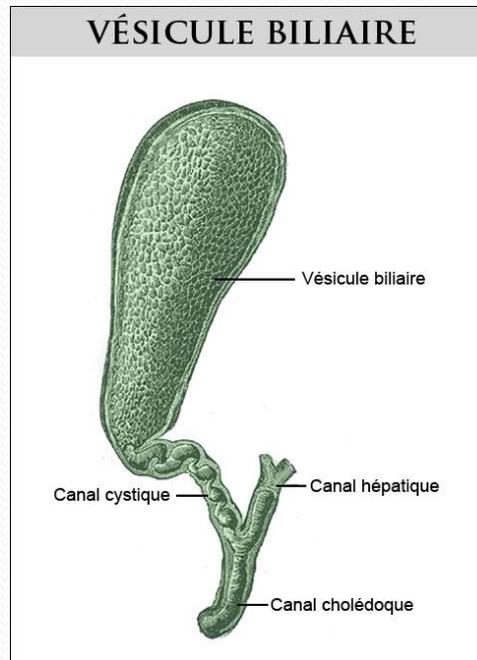
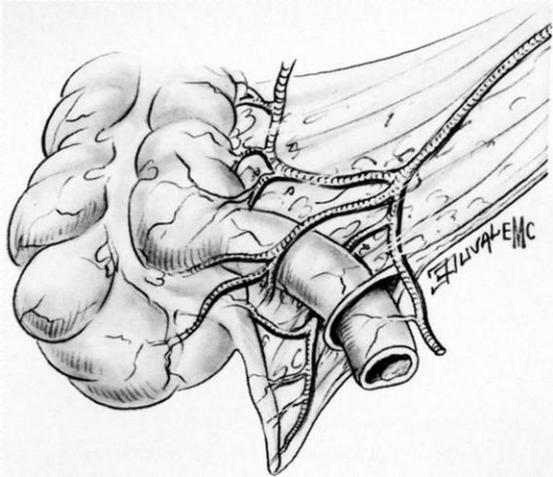
- Physiopathologie
 - Appendicite, sigmoïdite diverticulaire ... et cholécystite (cf cours spécifique)

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

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

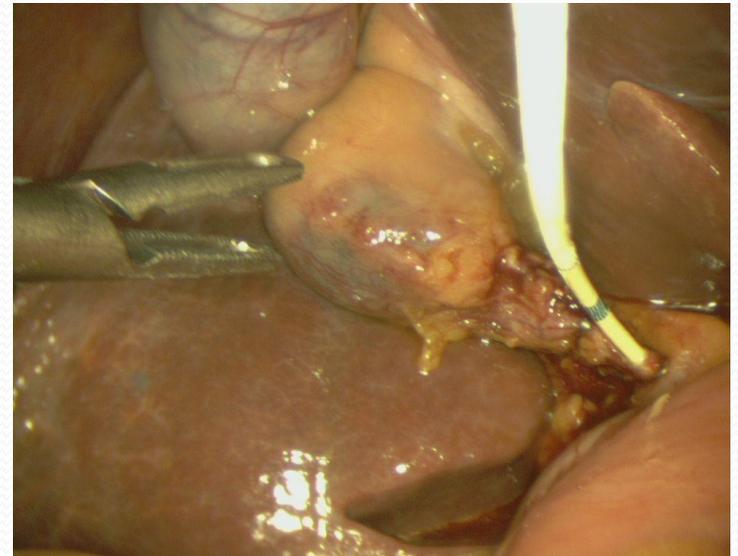
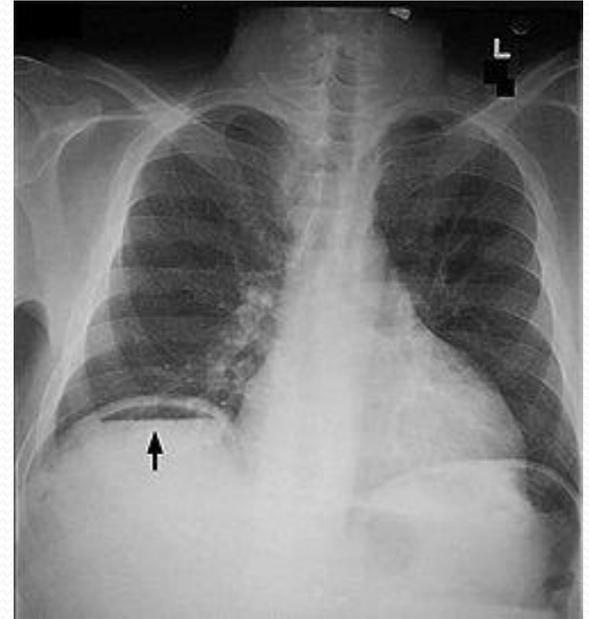
Physiopathologie

Un cul de sac qui s'infecte !



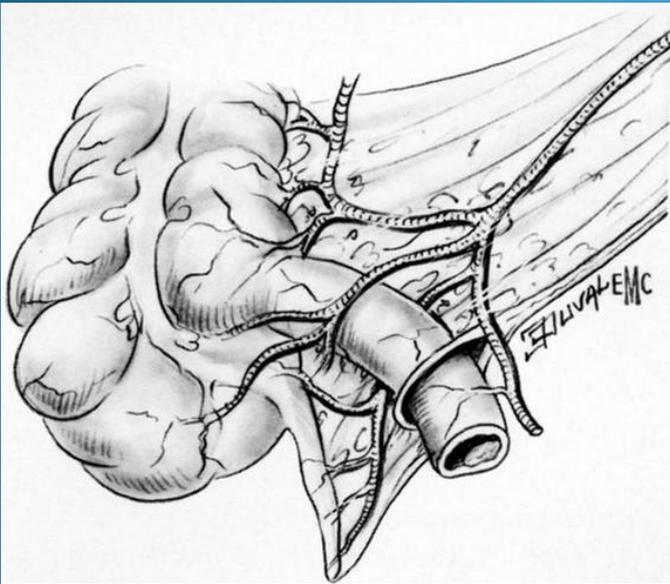
Physiopathologie

- Et qui risque de se rompre



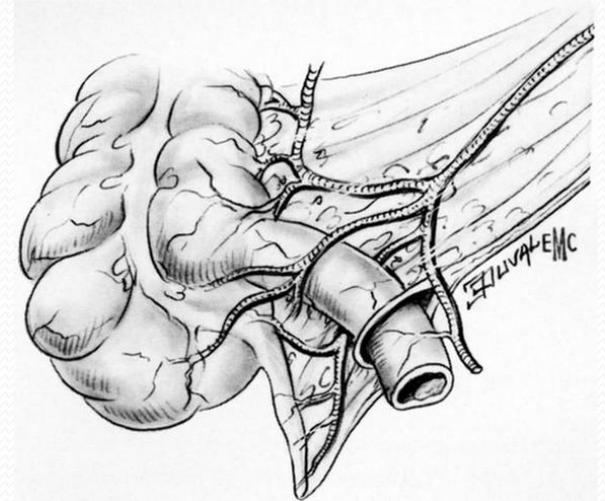
Appendicite aigue

Un diagnostic facile ?



Epidémiologie

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





A



B



C



D



E

Variations positionnelles :

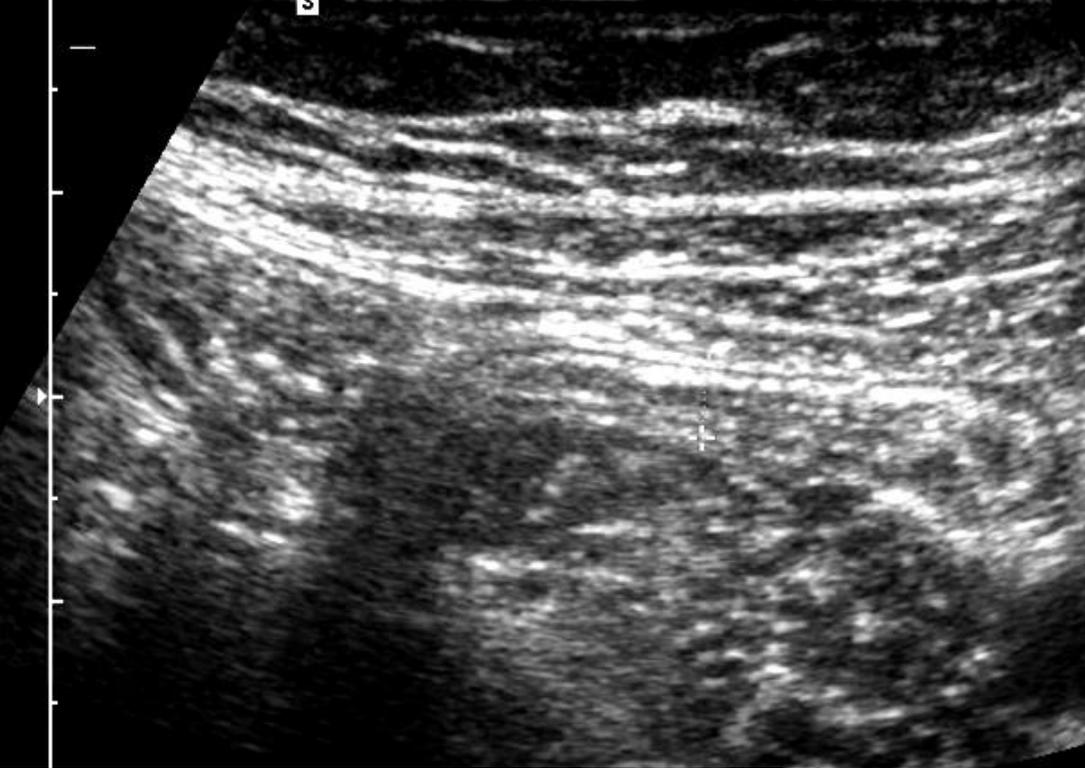
- A. Position normale.
- B. Appendice rétro-caecal.
- C. Appendice pelvien.
- D. Appendice mésocoliaque
- E. Appendice en entonnoir.

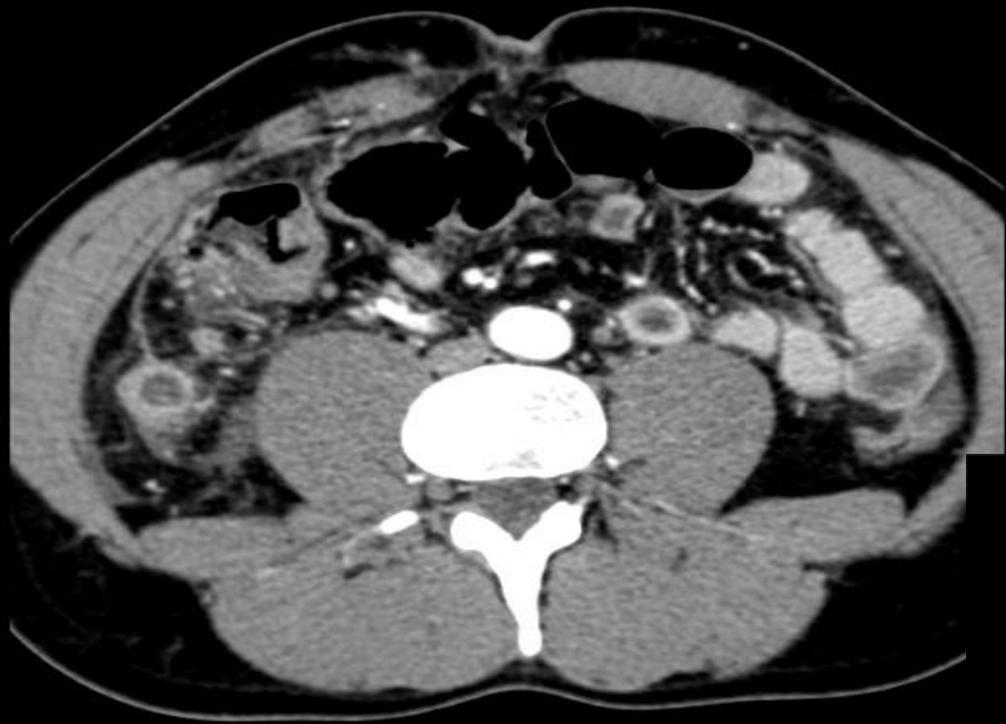
Sémiologie clinique :

- 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/mm³ : 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 ?



Colites aiguës

Etiologies

- Inflammatoires : Crohn, Rectocolite ulcéro hémorragique
- Infectieuses : Yersiniose, Salmonelle, Shigelle
- Diverticulaires surinfectées : Sigmoidite +++
- 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 :
 - 2^{ème} poussée non compliquée authentifiée
 - 1^{ère} poussée compliquée traitée médicalement avec succès