

Cas cliniques aux urgences: Abdomen aigu - les limites d'un système de soins

Dre E. Anderegg, Dr J. Celi

1er cas - abdomen aigu

Patiente de 49 ans qui se présente avec des douleurs abdominales diffuses aux quadrants inférieurs, accompagnées de nausées, et d'apparition soudaine à 10/10 sur l'échelle de la douleur (EVA).

Ces dernières selles datent du matin même, elle a ses règles en ce moment, c'est le premier épisode de ce type.

On ne trouve rien de particulier à l'examen physique: douleurs diffuses inférieures, sans défense ni détente, loges rénales souples et indolores. Mme est afebrile.

Le laboratoire est normal. Pas d'inflammation, ni d'atteinte rénale, hépatique ou pancréatique. Il y a des globules rouges au sédiment urinaire (elle a ses règles...) et le test de grossesse est négatif.

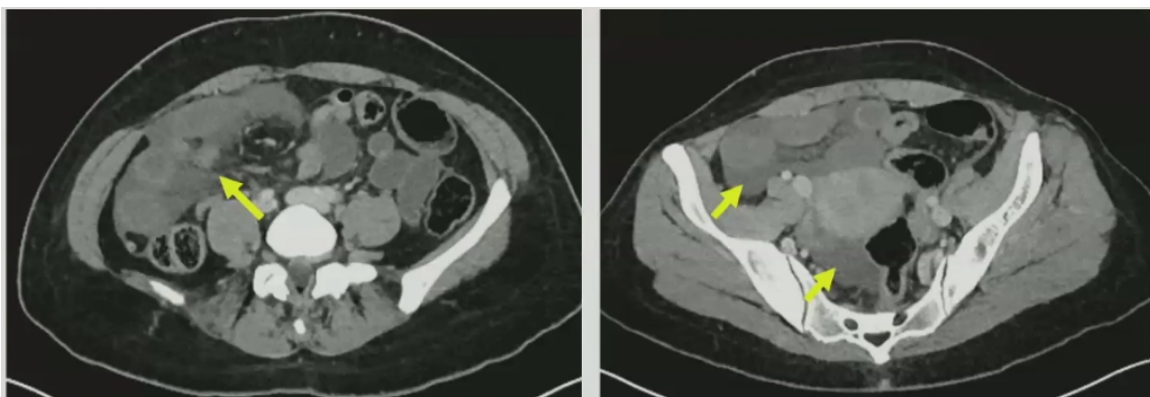
Chou blanc; donc, synthétiser: Dame avec douleur abdominale aiguë basse continue, d'apparition soudaine et intense, avec un examen clinique et un laboratoire peu contributif.

L'intensité de la douleur pourrait être contributive, avec un score EVA >5/10 pendant 3h et plusieurs doses de morphine.

A ce stade, ayant peu de signes digestifs, la patiente est envoyée aux urgences gynécologiques pour suite de prise en charge....

En gynécologie, elle subit une nouvelle investigation, un US endovaginal et il est conclu que ce n'est pas une source gynécologique. Pendant ce temps, elle a reçu toradol, morphine, tramal, buscopan et dafalgan, sans amélioration de la douleur avec un EVA à 7-8/10.

Elle retourne donc aux urgences... Et comme il se passe quelque chose que l'on ne peut pas identifier, elle fait un scanner.



Elle a des anses intestinales anormales au flanc droit, une infiltration du mésentère, du liquide libre dans le pelvis. Le radiologue décrit une image de double saut de calibre.

Elle est opérée en urgence et le diagnostic d'iléus mécanique avec boucle fermée est posé, qui a nécessité la résection d'un mètre d'intestin grêle!

Nb: temps = survie d'organe

L'ischémie de l'intestin grêle est soit d'origine artérielle, soit suite à une thrombose veineuse.

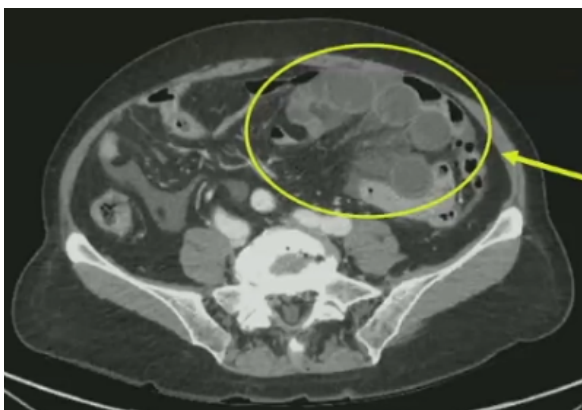
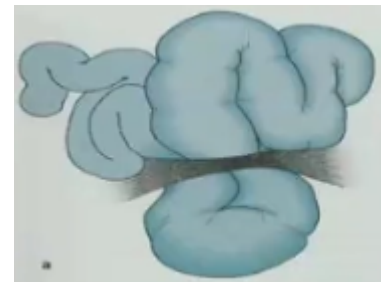
La thrombose mésentérique peut avoir une présentation vicieuse, avec un début par pics puis s'installer de façon insidieuse.

Dans les causes artérielles, la strangulation est une étiologie souvent oubliée et peut apparaître à tout âge. L'hernie étranglée doit être exclue à l'examen clinique volontaire de la région inguinale (oublis fréquents, pas toujours mentionné à l'anamnèse)

L'hernie interne est causée par une bride qui provoque des orifices anormaux dans l'abdomen, suivi d'un étranglement.



Le volvulus, une rotation du tube intestinal sur lui-même, peut atteindre le grêle, avec une prédisposition physique comme un long grêle ou une perte de poids importante et rapide, le caecum lorsqu'il est très mobile, ou encore le sigmoïde.



L'iléus à boucle fermée (ou "close loop") est une situation où un segment intestinal est bloqué proximale et distalement (hernie interne, volvulus).

C'est une occlusion, mais les symptômes ne sont pas ceux de l'iléus.

Une bride peut être spontanée et l'antécédent chirurgical n'est pas forcément présent.

Anses en bouquet avec infiltration du mésentère.

Ischémie intestinale aiguë = douleur brutale ou rapidement progressive, répondant mal à l'antalgie, avec des signes discordants à l'examen clinique.

On trouvera au CT: Absence de rehaussement de la paroi, infiltration du mésentère, liquide libre...pneumatose pariétale, aéroportie (air en périphérie du foie).

Urgences de l'abdomen aigu à exclure en priorité:

- Perforation digestive
- Ischémie intestinale / torsion ovarienne
- Sepsis d'origine abdominale
- Hémorragie intra-péritonéale

2ème cas

Patiente de 60 ans, connue pour diabète, troubles psychiatriques, institutionnalisée, tabagique et sortant d'une chirurgie du pied <3 mois.

Elle fait un arrêt cardio-respiratoire dans la rue, sans que les témoins ne réagissent...

Après 7 min sans circulation (no flow), le SMUR et l'ambulance font une réanimation durant 6 minutes (low flow): elle a une activité électrique sans pouls tout du long, reçoit 2mg d'adrénaline et fait un retour en circulation spontanée. Elle est intubée. Son ECG est sans particularité.

Aux urgences, elle arrive avec une désaturation sévère à 70% (FiO2 100%), ce qui n'était pas le cas en extra hospitalier; il y avait un problème technique de la mesure avant son arrivée, ce qui est appris plus tard...

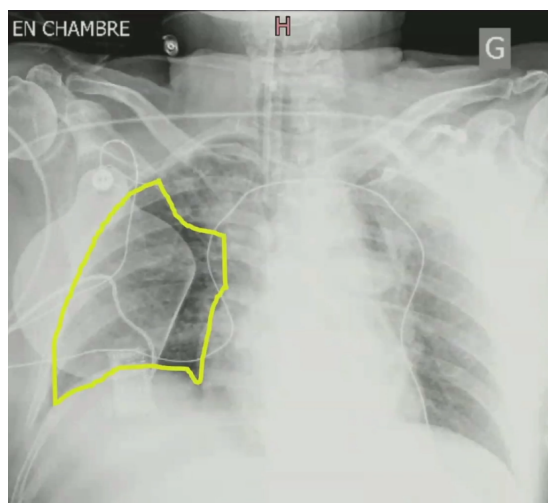
Sont exclues les causes d'hypoxémie chez le patient intubé: pneumothorax (échographie), obstruction/déplacement de la sonde (contrôle visuel-aspiration), défaut de la source d'oxygène... Sans amélioration de la saturation. La patiente fait plusieurs arrêts à nouveau.

A l'arrêt de la réanimation, c'est le radiologue qui pose le diagnostic, en annonçant un signe caractéristique et pathognomonique: Le signe de westermarck.

C'est une zone d'hyperclarté tranchant avec le parenchyme pulmonaire, qui correspond au territoire d'amputation du lit vasculaire par l'embolie pulmonaire.

Il est rare, puisque la radiographie est peu utilisée dans la démarche diagnostique d'une embolie pulmonaire à risque élevé, et décrit pour la première fois en 1938.

L'échographie POCUS montrait une dilatation droite qui parlait en faveur de l'embolie et la lyse était en cours au moment de cette radiographie..



CHANGEMENT D'HEURE ...



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch