

CAS CLINIQUE 1

Une patiente âgée de 16 ans se présente aux urgences pour douleur abdominale,

Elle a vomit à 2 reprises et présente une diarrhée depuis ce matin.

La douleur a débuté en périombilicale puis migre vers la fosse iliaque droite.

Elle se plaint d'uriner souvent.

Date des dernières règles il y a 2 semaines et métrorragie

T°38,5, pouls à 90°, asthénie,

ATCD: cystite et rhinopharyngite il y a une semaine.

1) Décrivez votre examen clinique :

- Interrogatoire

- Inspection : cicatrice, respiration abdominale

- Palpation:

- Défense +/- contracture en FID (point de Mac burney)
- Orifice herniaire
- Signe de Blumberg (dl à décompression en FID)
- Signe de Rosving (dl à décompression en FIG)
- Douleur à l'ébranlement lombaire

- Auscultation: BHA positif voir augmentés

- Percussion

- Toucher pelvien : en présence des parents ou d'un témoin

- TV: si elle n'est pas vierge, rechercher une douleur latéro-utérine droite, leucorrhée, sang
- TR: douleur?

- Examen général: angine, cardio-respiratoire, palpation des aires ganglionnaires

2) Quels sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Appendicite aigue
- Adénolymphite mésentérique
- Pylélonéphrite droite
- GEU, salpingite
- 1^{ère} poussée de maladie de crohn: iléite terminale
- Gastroentérite
- Meckelite

3) Quels examens demandez vous ?

- NFS, Ionogramme, CRP, Groupe ABO, Rhésus
- Strepto test
- Hémoculture, BU +/- ECBU
- B HCG
- Paraclinique: ASP (stercolithe, anse sentinelle)
 - **Echographie abdominale** : image en cocarde , aug du diamètre de l app > 8mm, paroi > 3 mm, abcès, diagnostic différentiel: gynéco, rein
 - **TDM sans et avec injection de PDC** en l'absence de CI: image en cocarde, infiltration de la graisse périappendiculaire

4) Vous concluez à une appendicite aigue. Quel est votre traitement ?

- Urgence chirurgicale, prévenir l'anesthésiste de garde
- **Autorisation parentale d'opérer**
- Hospitalisation en chirurgie
- A jeun, SNG déclive, double VVP, correction des troubles hydroélectrolytique
- Antalgique, antispasmodique, antibiothérapie probabiliste actifs contre BGN, anaérobie
- Bloc opératoire en urgence sous AG:
 - Laparotomie Mac Burney ou coelioscopie
 - Exploration, prélèvement bactériologique
 - Appendicectomie, pièce envoyé en anatomopathologie
 - Nettoyage, fermeture
- Prévention des complications de décubitus

5) Quel est l'évolution en l'absence de traitement ?

- Abscès appendiculaire
- Plaçon appendiculaire:
 - palpation d'une masse en fosse iliaque dte
 - antibiothérapie
- Péritonite généralisée (choc septique)
 - Pas de pneumopéritoine

A J 5 elle présente de la fièvre à 39°, une douleur abdominale en fosse iliaque dt et pelvienne et une hyperleucocytose à 20 000 et une CRP: 200

6) Quels sont vos hypothèses diagnostiques? Quel(s) examen(s) demandez-vous ?

Hypothèses diagnostiques:

- Abscès de paroi
- Abscès du douglas
- Péritonite post op par perforation cœcale ou grêle, lachage du moignon appendiculaire
- Syndrome du 5^{ème} jour: douleurs post op avec fièvre, sans étiologie particulière

Paraclinique:

- NFS, iono, CRP, procalcitonine, TP, TCA
- ASP
- TDM abdomino pelvien

MARIANNE Sylvie

THIEBAUD Oriane

Séance de révisions chirurgie digestive mardi 31 janvier 16:00-18:00 (suite)

Cas clinique numéro 2

- Homme âgé de 90 ans
- ATCD médicaux : diverticulose colique, anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale, insuffisance rénale chronique, HTA, ACFA, AOMI, tabagisme sévère
- ATCD chirurgicaux : endariectomie carotide bilatérale, résection trans-urétérale de prostate, cataracte
- TTT : Previscan, Kardégic Tahor ,Furosémide, Ramipril, Amlor, Adancor, Xatral, Avodort
- adressé pour douleur abdominale violente d'apparition brutale irradiant en thoracique
- TA D : 13/7, TA G : 14/7, Pouls : 60, apyrexie, sat : 95%
- signes cliniques
 - digestifs : abdomen distendu, défense péri-ombilicale et HPG, BHA +, pas d'arrêt du transit
 - cardio-vasculaires : pouls non perçu en pédieux et tibial, pas de souffle, OMI

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Justifiez

2. Quel est votre bilan en urgence ?

3. Interprétez les clichés?

4. Quel est votre diagnostic ? Interprétez les images

5. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

1.

- rupture anévrisme de l'aorte abdominale sous rénale : syndrome fissuraire
- sigmoïdite diverticulaire
- pancréatite aiguë
- perforation ulcère gastro-duodénale
- IDM
- ischémie mésentérique

2.

- bilan biologique :

- NFS, ionogramme sanguin avec fonction rénale (urée, créatinine), CRP

- bilan de coagulation : TP, TCA, INR

- groupe sanguin ABO, Rhésus, RAI

- lipasémie, bilan hépatique, lactatémie

- bilan radiologique :

- ASP debout et centré sur les coupes diaphragmatiques

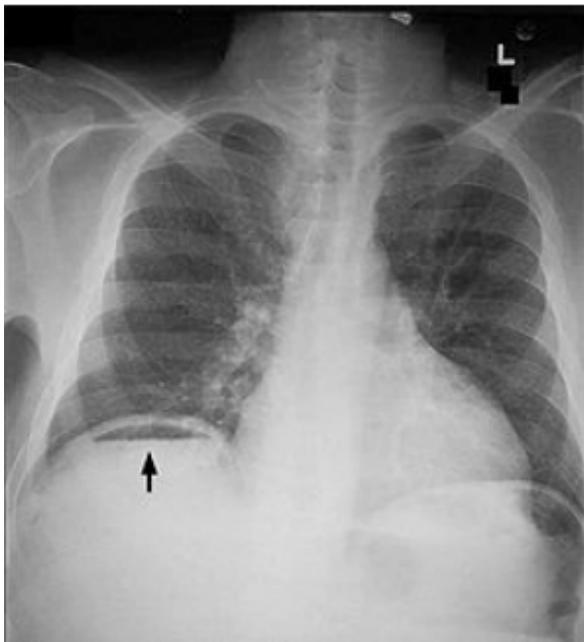
- scanner abdomino pelvien sans et avec injection de produit de contraste en l'absence de contre-indication (allergie au produit de contraste, insuffisance rénale sévère) : *dans ce cas, en raison de l'insuffisance rénale modérée, on réalise un scanner avec préparation*

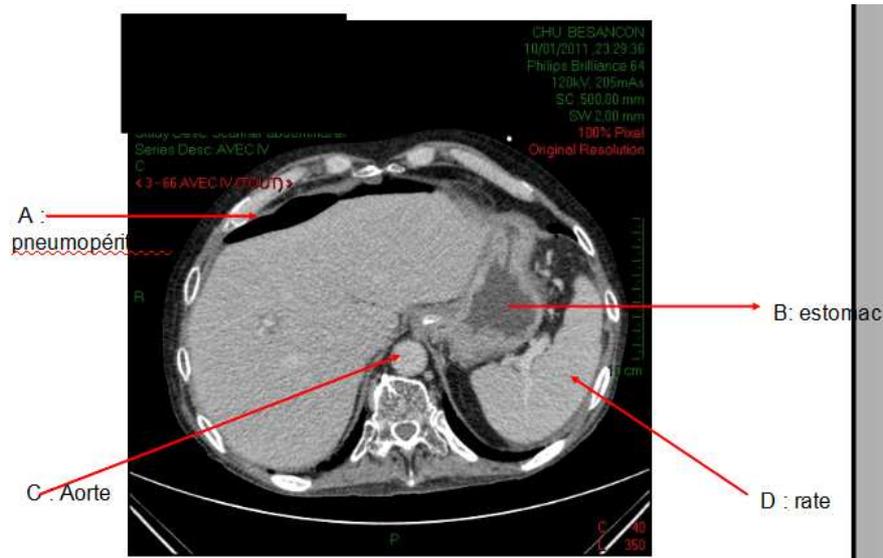
- RP, ECG

3.

- ASP : pneumopéritoine = croissant d'air gazeux sous la coupole diaphragmatique droite (flèche noire)

- scanner abdomino-pelvien avec injection : pneumopéritoine (flèche A)





4.

- ulcère gastro-duodéal perforé

- Mais attention ! Les clichés ci-dessus sont insuffisants pour éliminer le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire perforée, qui est un diagnostic possible même en l'absence de fièvre. Il aurait fallu obtenir une coupe scannographique passant par le côlon pour éliminer ce diagnostic

5.

- hospitalisation en urgence en milieu chirurgical

- prévenir anesthésiste et bloc opératoire

- informer le patient

- arrêter traitement habituel Kaskadil

- TTT médical :

- patient à jeun

- **SNG** déclive

- pose de VVP

- réhydratation et correction des troubles hydroélectrolytiques

- antibiothérapie

- antisécrétoire : mopral

- TTT chirurgical en urgence :

- laparotomie médiane ou coeliscopie
- exploration :
 - perforation de la face antérieure de l'estomac, **biopsie**
 - prélèvement bactériologique
 - pas de fausse membrane
- résection de l'ulcère
- suture de l'estomac
- toilette péritonéale
- drainage
- fermeture
- préventions des complications de décubitus
- surveillance clinico-biologique
- TTT associés :
 - éradication Helicobacter pylori si positif :
 - biantibiothérapie : clarithromycine + amoxicilline ou métronidazol si allergie (7 jours)
 - test respiratoire 4 semaines après arrêt du traitement
 - antisécrétoire IPP 6 semaines
 - contrôle endoscopie à 6 semaines
- arrêt des facteurs favorisants : tabac, alcool, épices

Cas clinique numéro 3

- Homme âgé de 55 ans consulte pour trouble du transit associé à un amaigrissement récent et asthénie
- Signe clinique : sensibilité en FIG
- Fièvre à 38.5°C, TA : 12/7, Pouls 85
- ATCD personnel : appendicectomie
- ATCD familiaux : mère décédée d'un cancer de l'endomètre à 45ans, tante atteinte d'un cancer du rectum

1. Examen clinique

2. Quel est votre bilan complémentaire ?

3. Interprétez les images suivantes

4. Quel est votre diagnostic ?

5. Quel est votre ttt immédiat et en urgence?

6. Quel est votre diagnostic complet ? Quelle est votre prise en charge familiale ?

7. Surveillance

1.

- interrogatoire

- signes cliniques à rechercher à l'examen physique

- défense abdominale localisée

- météorisme ou matité (ascite)

- ganglion de Troisier, hépatomégalie

- touchers pelviens : tumeur rectale, tumeur volumineuse du côlon, nodule de carcinose péritonéale perçu dans le cul-de-sac de Douglas

2.

- bilan biologique :

- NFS, ionogramme sanguin avec fonction rénale (urée, créatinine), CRP, procalcitonine

- bilan de coagulation : TP, TCA, INR

- groupe sanguin ABO, Rhésus, RAI

- bilan hépatique

- marqueurs tumoraux : ACE, Ca 19.9 (intérêt diagnostique non démontré)

- bilan radiologique : scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection en l'absence de contre-indication

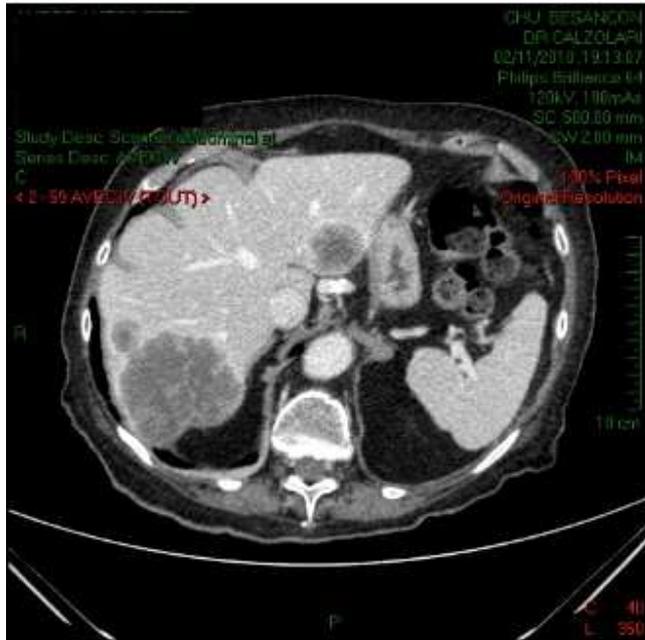
3.

- scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection en coupes axiales

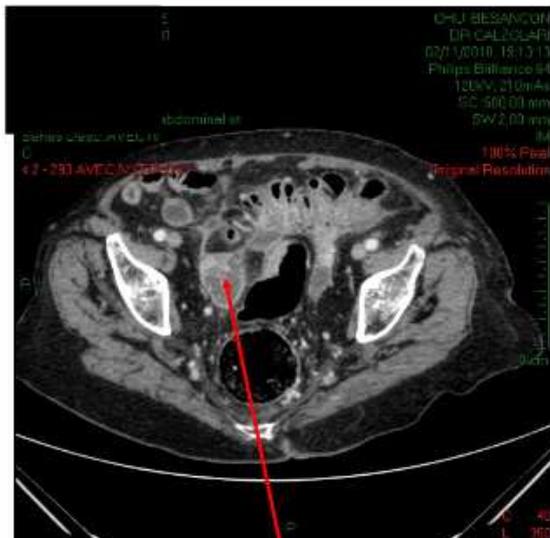
- cliché 1 : métastases hépatiques diffuses (elles correspondent aux lésions arrondies hypodenses visuablisables sur le cliché)

- clichés 2 et 3 : tumeur côlon gauche avec abcès péri-tumoral

- *pas de syndrome occlusif*



Tumeur colon



Abcès

4.

- cancer du côlon gauche avec métastases hépatiques synchrones compliqué d'un abcès colique
- stade IV (à connaître car conditionne le traitement)

TNM (UICC 2002)

- Tis : intra-épithéliale ou chorion,
- T1 : sous-muqueuse,
- T2 : musculieuse,
- T3 : sous-séreuse
- T4 : tumeur perforant le péritoine viscéral ou un organe de voisinage
- N0 : pas de métastase ganglionnaire
- Nx : ganglions non évalués
- N1 : 1 à 3 ganglions métastatiques régionaux
- N2 : 4 ganglions métastatiques régionaux ou plus
- M0 : pas de métastase
- M1 : métastases à distance (dont ganglions sus-claviculaires)
- **Stade I** = pT1-T2 N0 M0 = sous-séreuse intacte sans métastase ganglionnaire
- **Stade II A** = pT3 N0 M0 = sous-séreuse atteinte sans métastase ganglionnaire
- **Stade II B** = pT4 N0 M0 = séreuse franchie et/ou perforée, et/ou envahissement d'organes voisins, sans métastase ganglionnaire
- **Stade III A** = pT1, T2, N1 M0 = envahissement ganglionnaire
- **Stade III B** = pT3,T4, N1 M0
- **Stade III C** = tous T, N2 M0
- **Stade IV** = tous T, tous N, M1 = métastases à distance

5.

- TTT immédiat

- hospitalisation en urgence en milieu chirurgical

- TTT symptomatique : VVP, ..

- TTT curateur :

- biantibiothérapie à large spectre adapté secondairement à l'antibogramme

- TTT radiologique de l'abcès

- si échec TTT médical : TTT chirurgical de l'abcès : intervention de Hartmann avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire

- TTT à distance

- TTT chirurgical : colectomie gauche avec anastomose colo-rectale après 3 semaines

- TTT médical : chimiothérapie (car stade IV)

- OXALLIPLATINE : toxicité neurologique

- 5 FU : toxicité cardiaque

6.

- arguments en faveur d'un cancer du côlon gauche dans le cadre d'un syndrome HNPCC :

- homme 45 ans

- mère décédée d'un cancer de l'endomètre

- tante atteinte d'un cancer du rectum

- critères d'Amsterdam (*rappelés ci-dessous*)

- transmission génétique autosomique dominante à forte pénétrance
- recherche génétique : mutation constitutionnelle d'un gène de réparation de l'ADN : gènes MSH2, MLH1, MSH6
- enquête génétique familiale
- avec accord de la famille
- consentement éclairé
- psychologue

La découverte d'un syndrome HNPCC ne peut être corrélée qu'à un dépistage génétique en coordination avec l'étude du passé médical familial.

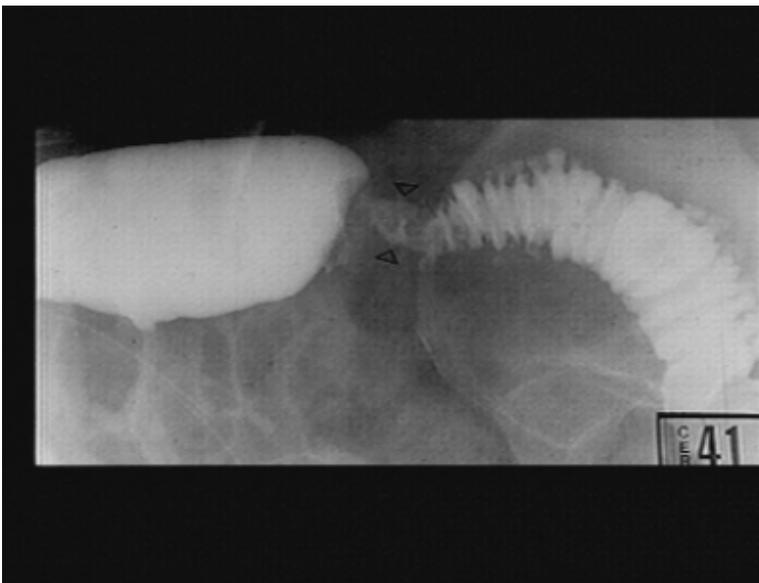
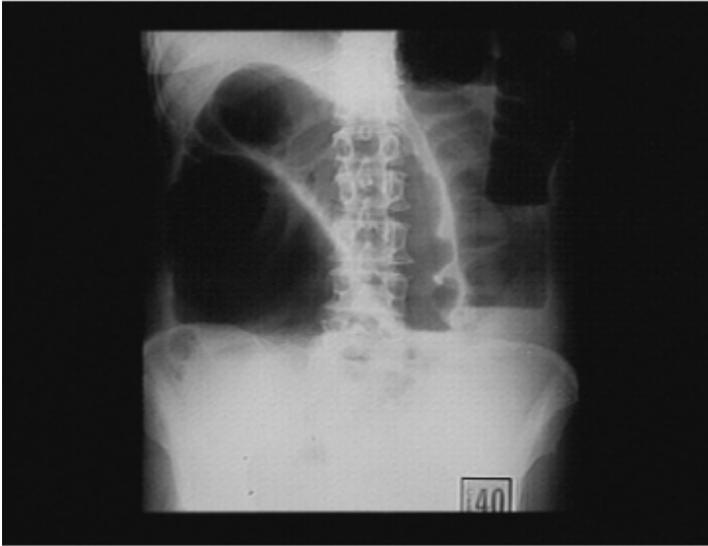
Critère d'Amsterdam ^[1]	Critère d'Amsterdam modifié ^[2]
Trois membres de la famille atteints de cancer du colon dont un au premier degré par rapport aux autres	Trois membres de la famille atteints de cancer colorectal héréditaire sans polypose dont un au premier degré par rapport aux autres
Deux générations atteintes	Deux générations atteintes
Un des cancers diagnostiqué avant l'âge de 50 ans.	Un des cancers HNPCC avant l'âge de 50 ans.
Absence de polypose colique dans la famille	Absence de polypose colique dans la famille

Cas clinique numéro 4

Corrigé rapidement

- Homme âgé de 62 ans
- ATCD : RAS
- arrivé aux urgences pour douleurs abdominales : évoluant depuis 5 jours, continue, en cadre
- arrêt des gaz depuis 24 heures, dernière selle il y a 2 jours
- T° : 37°C, Pouls : 120, TA: 10/7
- sensibilité de la FID
- météorisme abdominal généralisé
- BHA normaux
- bilan biologique :
 - Hb : 12.5, GB : 7.5, plaquettes : 250000
 - TP : 95%, TCA : 33 sec

- Na : 137, K : 4.2, Cl : 102, Bicarbonates : 21 mmol/L, prot : 60g/L, urée : 6.8, créat : 110



1. Comment définissez vous le syndrome que présente ce patient? Quels sont les arguments cliniques et radiologiques qui permettent de le justifier ?
2. Un autre examen radiologique est réalisée. Comment s'appelle t il ? Donnez en votre interprétation
3. Quel autre examen demandez vous ?
4. Quel est votre diagnostic ?
5. Quel est votre traitement chirurgical? Quelle est votre alternative ?
6. Quel est votre bilan après la chirurgie?
7. Quel est votre traitement ?

1.

- syndrome occlusif
- arguments cliniques en faveur d'une occlusion colique : douleur abdominale, arrêt des matières et des gaz, sensibilité FID (*fait suspecter une distension caecale*) météorisme, signes de gravité (tachycardie, hypotension)
- arguments radiologiques en faveur d'une occlusion colique : ASP en position debout (premier cliché) :
 - niveaux hydro-aériques coliques en cadre plus hauts que larges
 - haustrations coliques caractéristiques

2.

- deuxième cliché = lavement aux substances radio-opaques hydrosolubles
- sténose colique : image en trognon de pomme. La sténose colique est due à une tumeur colique qui envahit la lumière colique : image de soustraction, image lacunaire

3.

- scanner abdomino-pelvien injecté

4.

- cancer du côlon sigmoïde/gauche sténosant compliqué d'une occlusion colique aiguë

5.

- TTT chirurgical en urgence (*car suspicion de perforation diastatique*)
 - sous anesthésie générale
 - sous couverture antibiothérapique
 - laparotomie médiane
 - résection carcinologique de la tumeur avec rétablissement de la continuité digestive OU opération de Hartmann
 - OU colectomie totale si atteinte du caecum
 - OU colectomie en amont de la tumeur avant bilan d'extension
 - curage ganglionnaire
 - ligature des vaisseaux
- alternative = prothèse par voie endoscopique (*pour lever l'occlusion*)

6.

- bilan d'extension *dont coloscopie à distance pour rechercher une localisation secondaire*

7.

- chimiothérapie