

# Douleurs abdominales

# Points clés de l'anamnèse

- Début et mode évolutif : aigu, récidivant, chronique
- Localisation de la douleur : quadrant, diffuse
- Caractéristiques : continues, cramptoïdes, irradiations...
- Facteurs exacerbant ou soulageant : position, vomissements ...
- Signes digestifs : vomissements, constipation, diarrhée, ictère
- Signes associés : fièvre, amaigrissement, anémie
- Antécédents, comorbidités, médicaments

# Points clés de l'examen physique

- Inspection: cicatrices, ballonnement, voussures, respiration ...
- Palpation : douleur provoquée, masse, défense, contracture
- Percussion : ascite, tympanisme, globe vésical
- Auscultation : péristaltisme, souffles vasculaires
- Orifices herniaires, TV, TR

# Identifier les signes de gravité

A reconnaître d'emblée (**urgence vitale**) :

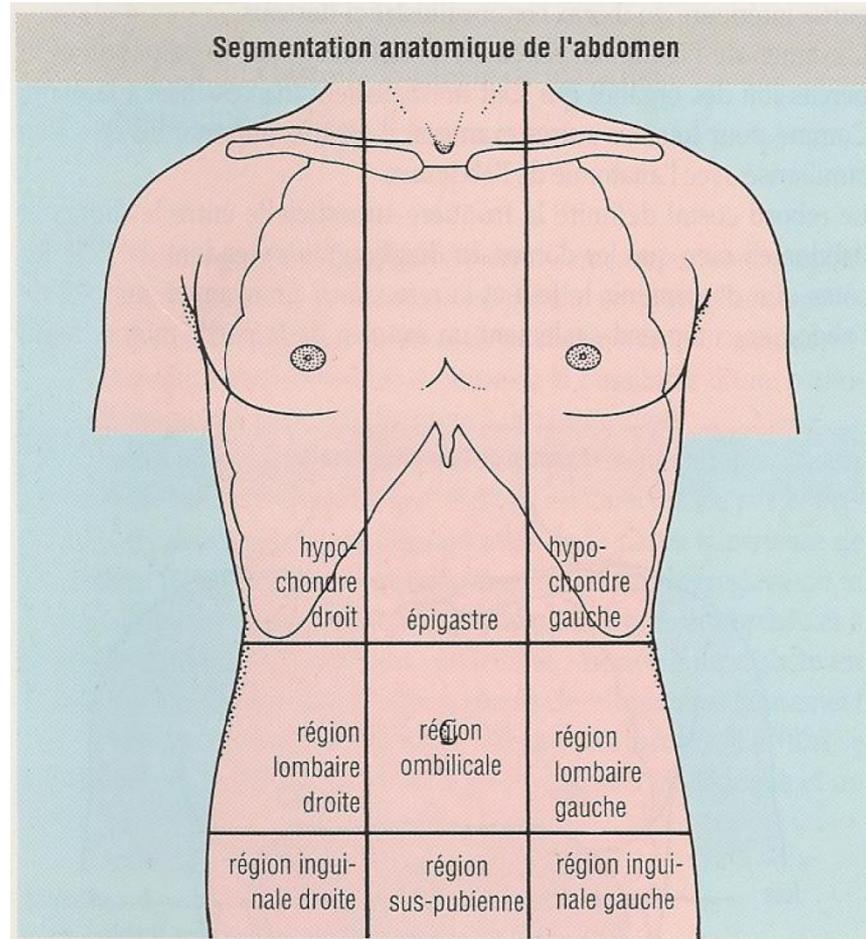
- Choc hypovolémique ou hémorragique
- Choc septique
- Ventre de bois (péritonite, perforation)

Se méfier de l'immunodéprimé et du sujet âgé

# Étiologie selon la localisation initiale

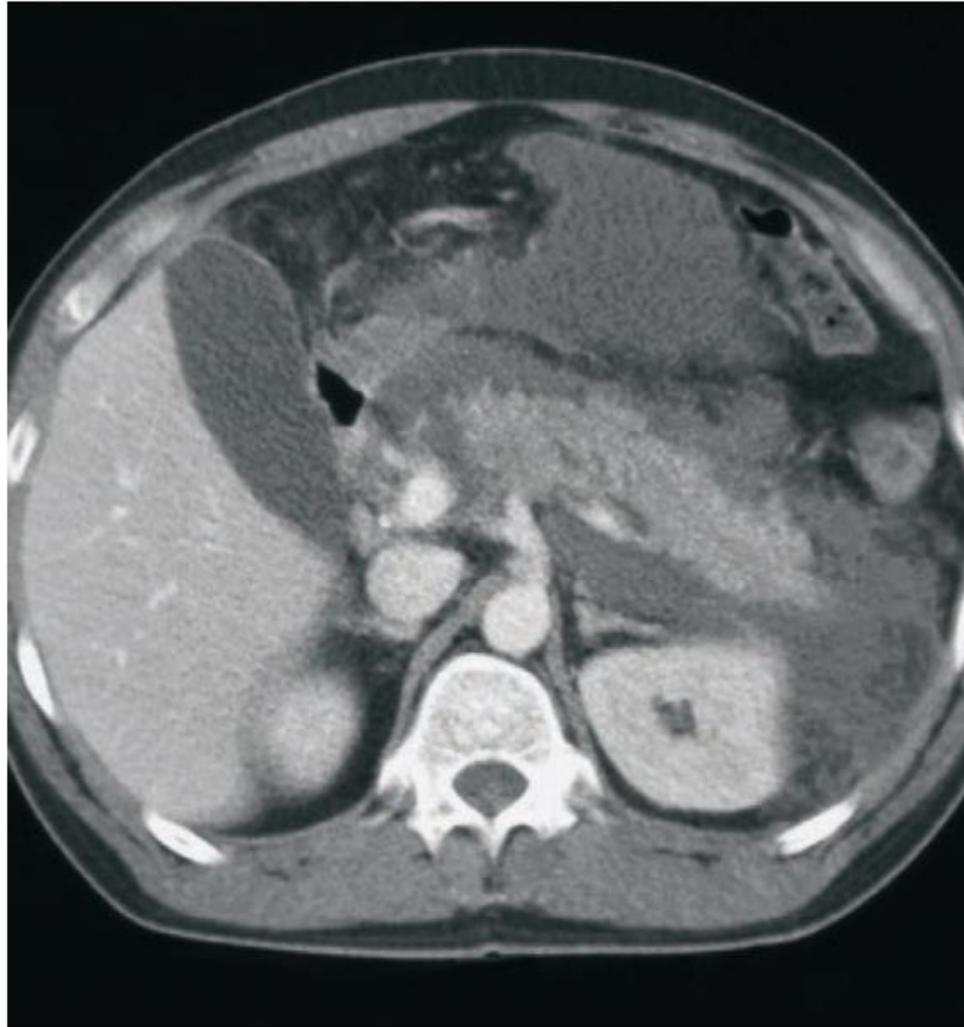
« quadrants » de l'abdomen

# Douleurs aiguës



# Épigastre

- Gastrite, ulcus (éventuellement perforé)
- Oesophagite (reflux)
- Infarctus myocardique
- Pancréatite aiguë

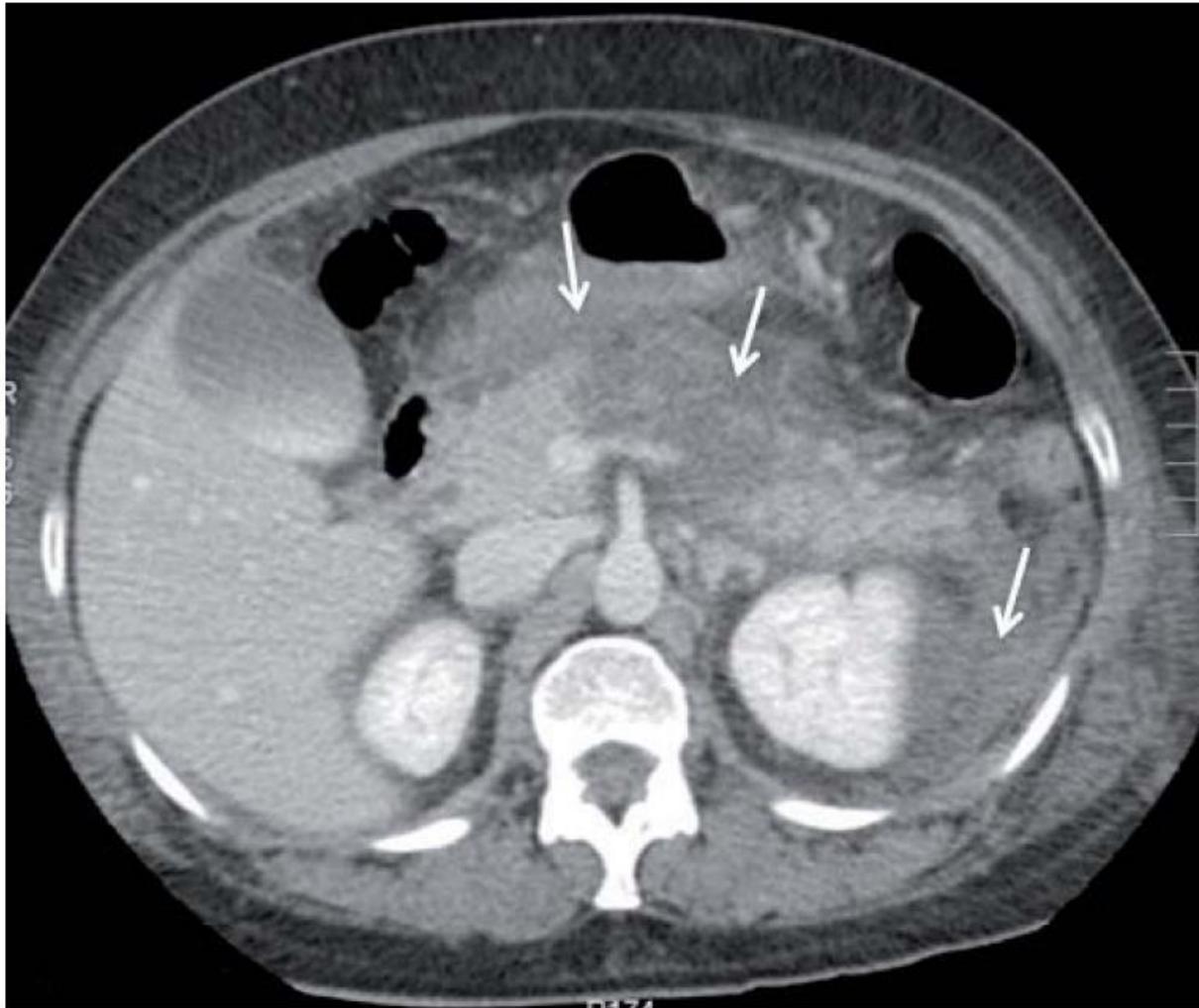


**FIGURE 14** Pancréatite aiguë grade D de la classification de Balthazar. Infiltration péripancréatique importante et coulées inflammatoires pararénales antérieures et de l'arrière-cavité des épiploons.

## INDICE DE SÉVÉRITÉ TOMODENSITOMÉTRIQUE

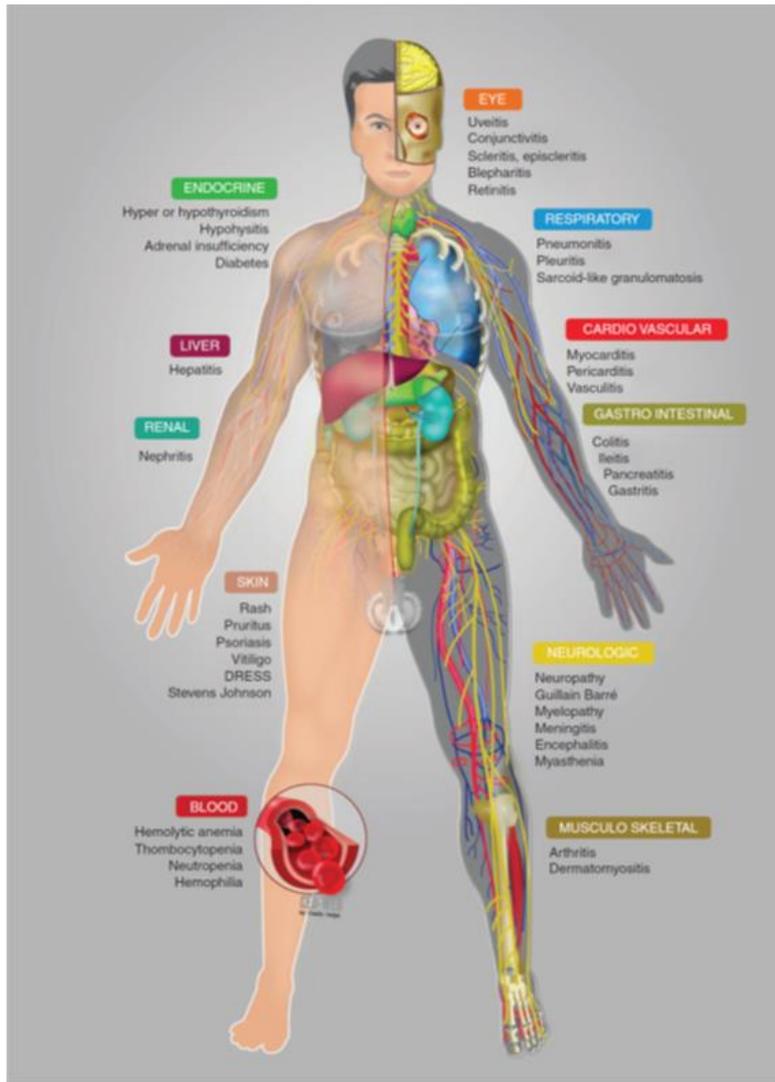
Score de Balthazar		CTSI points
Grade A	Aspect normal de la glande	0
Grade B	Œdème glandulaire isolé	1
Grade C	Infiltration de la graisse péripancréatique	2
Grade D	Infiltration péripancréatique et une coulée inflammatoire	3
Grade E	Collections nécrotico-hémorragiques ou coulées inflammatoires	4
Nécrose	0 %	0
	< 30 %	2
	30-50 %	4
	> 50 %	6

CT (0-1): 0 % de mortalité et 0 % de complication; CT (2-3): 3 % et 9 %; CT (4-6): 6 % et 35 %; CT (7-10): 17 % et 92 %. CTSI: l'indice de sévérité tomодensitométrique (CT *severity index*). D'après la réf. 8.



**FIGURE 5** Nécrose glandulaire pancréatique avec extension rétropéritonéale et à l'espace pararénal gauche (flèches), à la TDM au cours d'une pancréatite aiguë. (Photo : Dr F. Pierucci).

# Toxicité des immunothérapies



**Table 1.** Immune checkpoint blockade (ICB) toxicities

## Frequent (>10%) ICB toxicities

Ipilimumab (anti-CTLA4): diarrhea, rash, pruritus, fatigue, nausea, vomiting, decreased appetite and abdominal pain

Nivolumab (anti-PD1): fatigue, rash, pruritus, diarrhea and nausea

Pembrolizumab (anti-PD1): diarrhea, nausea, pruritus, rash, arthralgia and fatigue

## Rare (<10%) life-threatening ICB toxicities

Colitis and risk of gastrointestinal perforation

Pneumonitis including acute interstitial pneumonia/acute respiratory distress syndrome

Infusion reaction and anaphylactic shock

Type 1 diabetes and risk of diabetic ketoacidosis

Severe skin reactions, DRESS, Stevens Johnson syndrome

Hemolytic anemia or immune thrombocytopenia and hemorrhagic risk

Neutropenia and sepsis risk

Encephalopathy and neurological sequelae

Guillain-Barré syndrome and respiratory risk

Myelitis and motor sequelae

Myocarditis and cardiac insufficiency

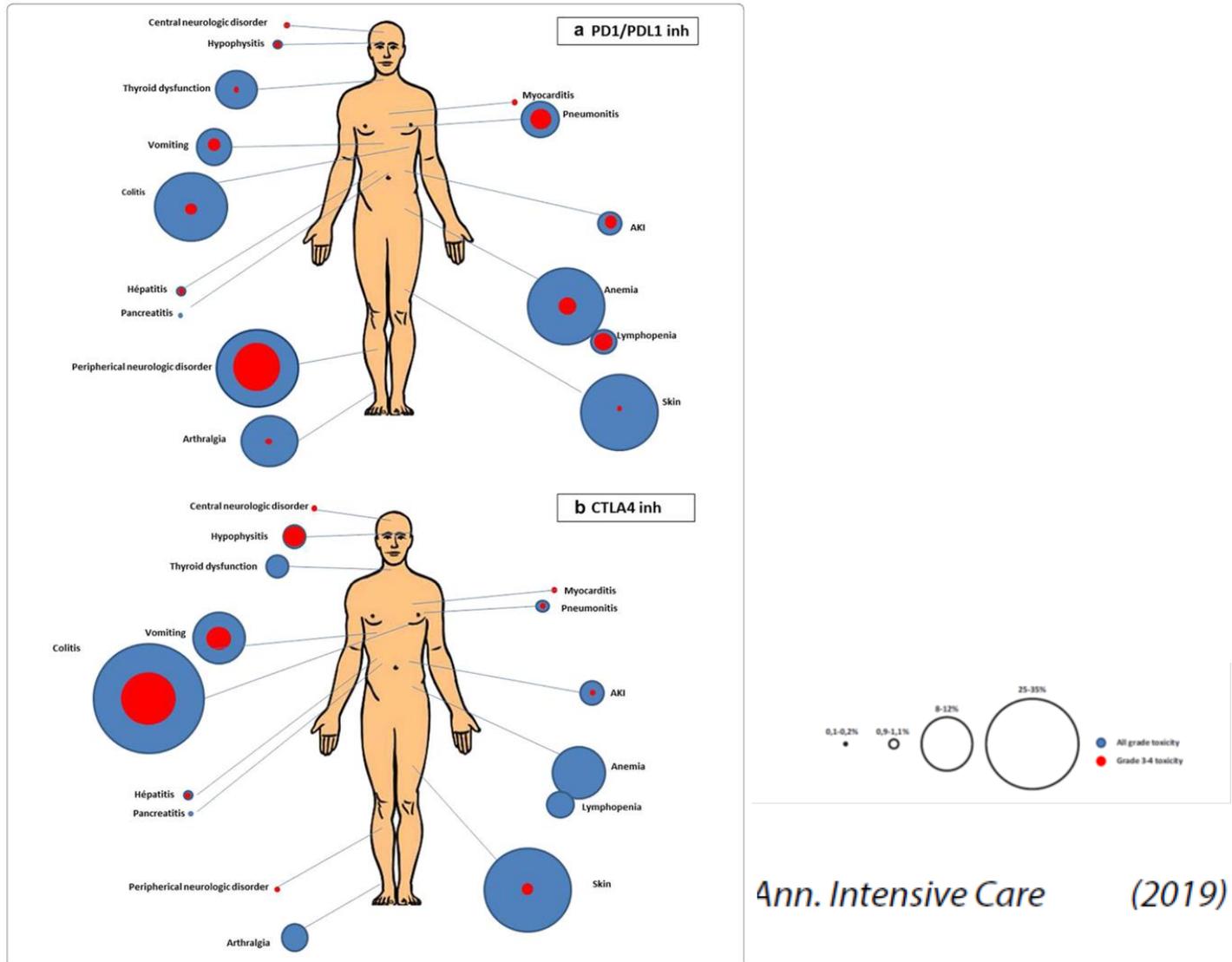
Acute adrenal insufficiency and hypovolemic shock

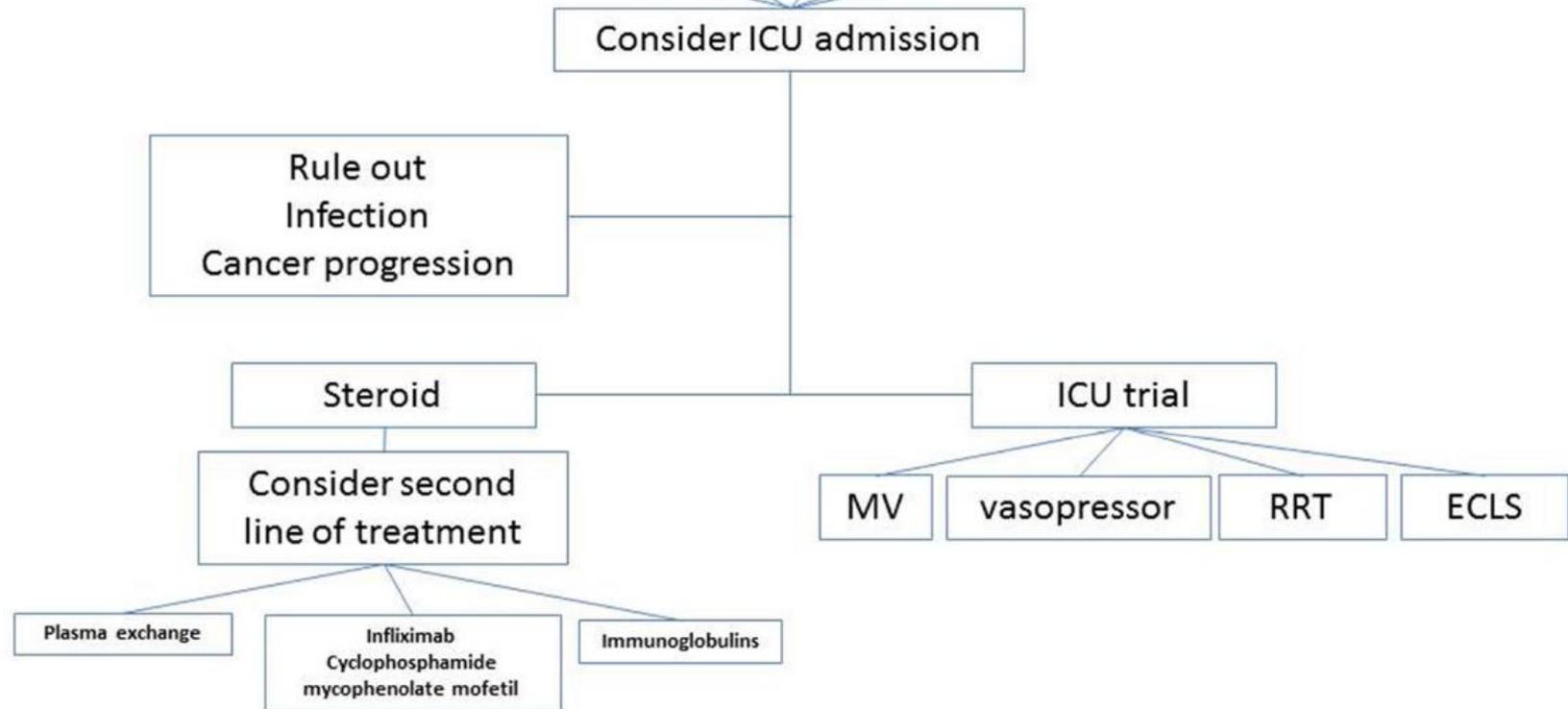
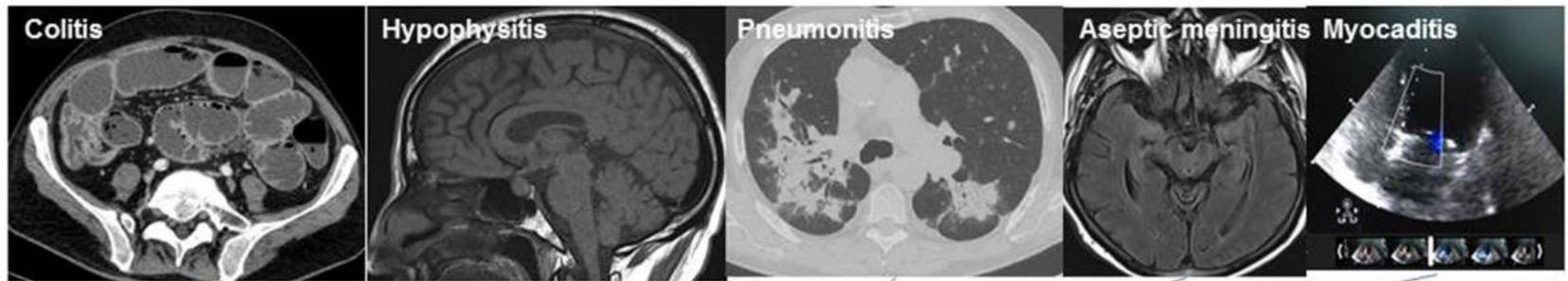
Pleural and pericardial effusion

Nephritis

# Severe toxicity from checkpoint protein inhibitors: What intensive care physicians need to know?

Virginie Lemiale<sup>1\*</sup>, Anne-Pascale Meert<sup>2</sup>, François Vincent<sup>3</sup>, Michael Darmon<sup>1,4</sup>, Philippe R. Bauer<sup>5</sup>, Andry Van de Louw<sup>6</sup>, Elie Azoulay<sup>1,4</sup> and Groupe de Recherche en Reanimation Respiratoire du patient d'Onco-Hématologie (Grrr-OH)





**Fig. 6** Management of the most frequent IrAEs in the ICU. *ICU* intensive care unit, *MV* mechanical ventilation, *RRT* renal replacement therapy, *ECLS* extracorporeal life support

**Table 4.** Typical management of irAEs

Severity— CTCAE grade	Ambulatory versus inpatient care	Corticosteroids	Other immunosuppressive drugs	Immunotherapy
1	Ambulatory	Not recommended	Not recommended	Continue
2	Ambulatory	Topical steroids or Systemic steroids oral 0.5–1 mg/kg/day	Not recommended	Suspend temporarily <sup>a</sup>
3	Hospitalization	Systemic steroids Oral or i.v. 1–2 mg/kg/day for 3 days then reduce to 1 mg/kg/day	To be considered for patients with unresolved symptoms after 3–5 days of steroid course Organ Specialist referral advised	Suspend and discuss resumption based on risk/benefit ratio with patient
4	Hospitalization consider intensive care unit	Systemic steroids i.v. methylprednisolone 1–2 mg/kg/day for 3 days then reduce to 1 mg/kg/day	To be considered for patients with unresolved symptoms after 3–5 days of steroid course Organ specialist referral advised	Discontinue permanently

Some dysimmune toxicities may follow a specific management: this has to be discussed with the organ specialist.

<sup>a</sup>Outside skin or endocrine disorders where immunotherapy can be maintained.

# Emergency presentations in patients treated with immune checkpoint inhibitors

Tim Cooksley\*, Avinash Gupta, Tamer Al-Sayed, Paul Lorigan

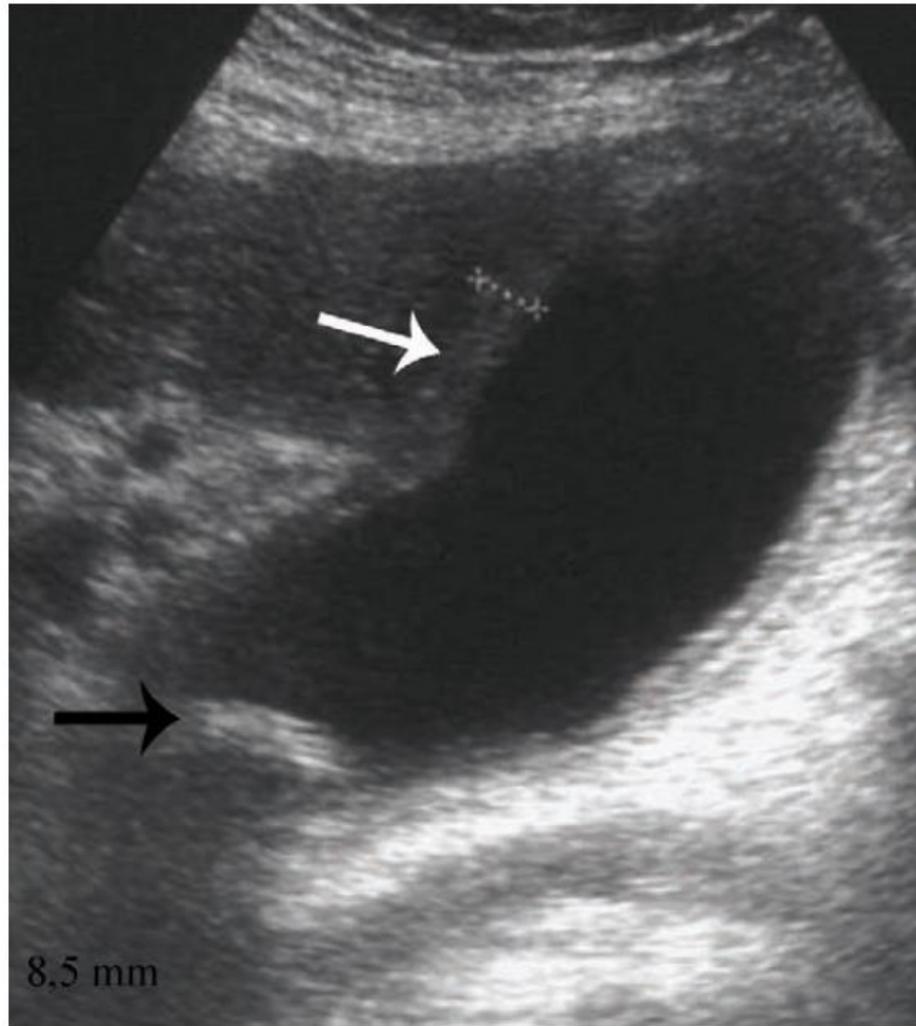
Table 4  
Frequency and nature of immune-mediated toxicities in emergency presentations in patients treated with ICIs.

Diagnosis	Number
<b>Immune-mediated</b>	<b>98 (32.7%)</b>
Colitis	38 (12.7%)
Hepatitis	19 (6.3%)
Pneumonitis	14 (4.7%)
Nephritis	7 (2.3%)
Hypophysitis	6 (2.0%)
Dermatitis	6 (2.0%)
Cerebral vasculitis	1 (0.3%)
DKA	1 (0.3%)
Gastritis	1 (0.3%)
Meningoencephalitis	1 (0.3%)
Myocarditis	1 (0.3%)
Pancreatitis	1 (0.3%)
Pruritus	1 (0.3%)
Thrombocytopaenia	1 (0.3%)
<b>Non-immune-mediated presentation</b>	<b>202 (67.3%)</b>

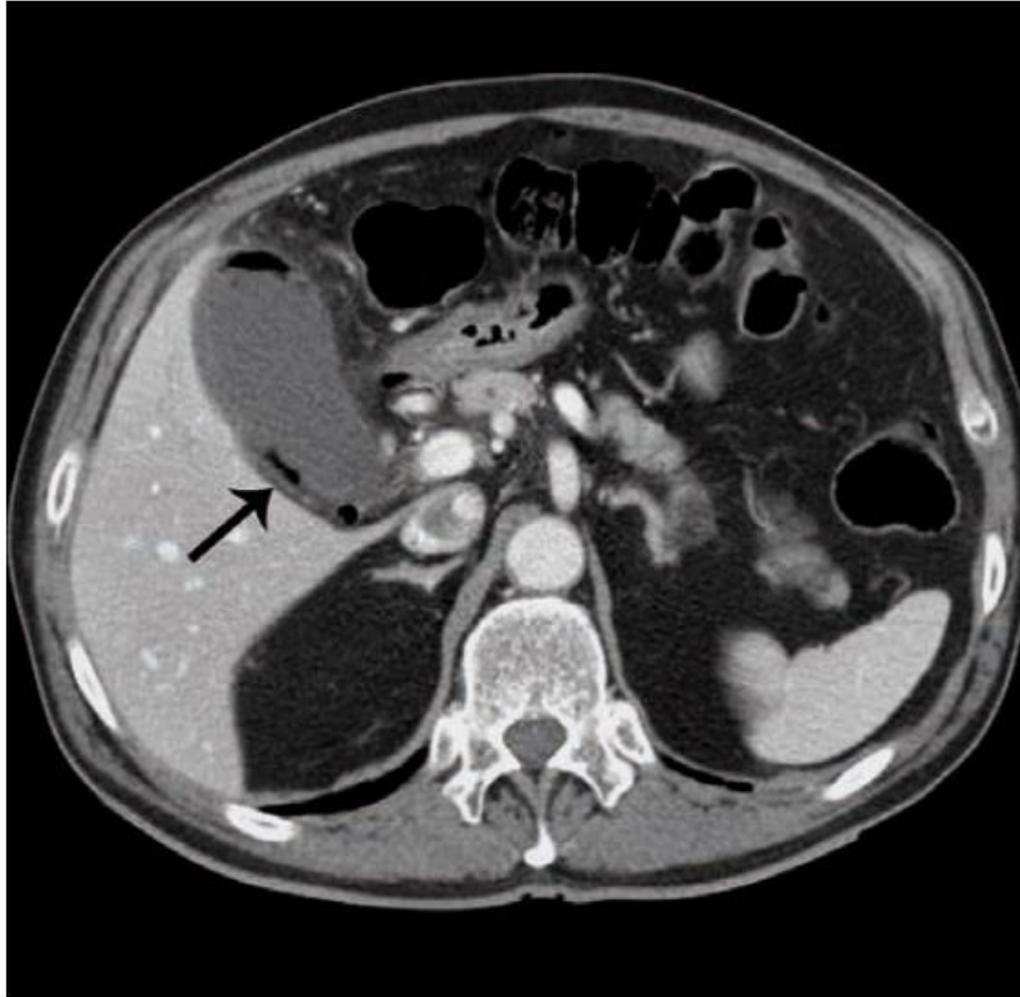
2% de mortalité liée

# Hypocondre droit

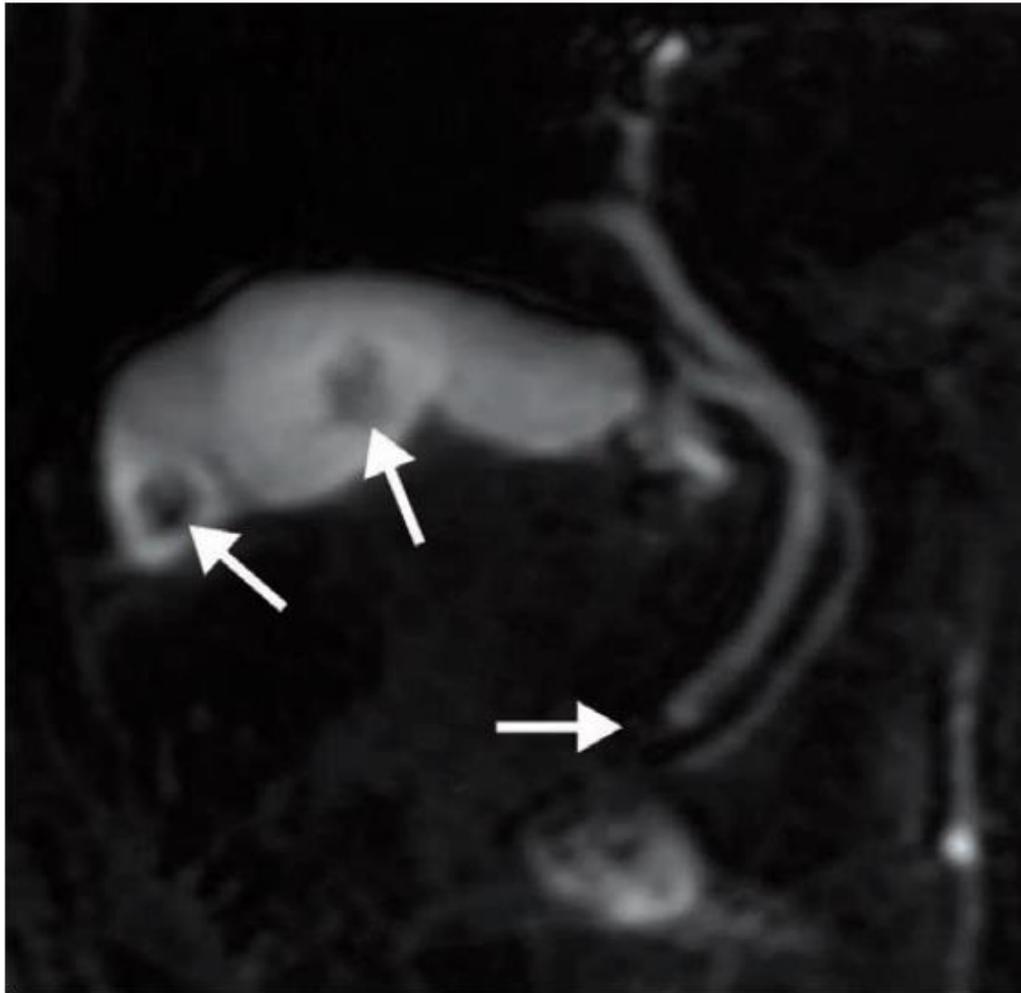
- Colique hépatique (lithiase)
- Cholécystite, cholangite
- VOD hépatique
- Candidose hépatique, hépatite
- Pneumopathie base droite, embolie pulmonaire, pleurésie
- Foie de stase, syndrome de Budd-Chiari
- Gros foie métastatique
- Abscès sous-diaphragmatique
- Pancréatite



**FIGURE 15 Lithiase vésiculaire.** Échographie vésiculaire objectivant un épaississement pariétal juxtacentimétrique feuilleté (flèche blanche) avec distension vésiculaire et contenu lithiasique (hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur) [flèche noire].



**FIGURE 16 Cholécystite gangreneuse.** Vésicule biliaire à paroi épaissie mais faiblement rehaussée par le produit de contraste avec présence d'air disséquant sa paroi, signant une cholécystite gangreneuse (flèche). Pas d'anomalie du parenchyme hépatique adjacent.



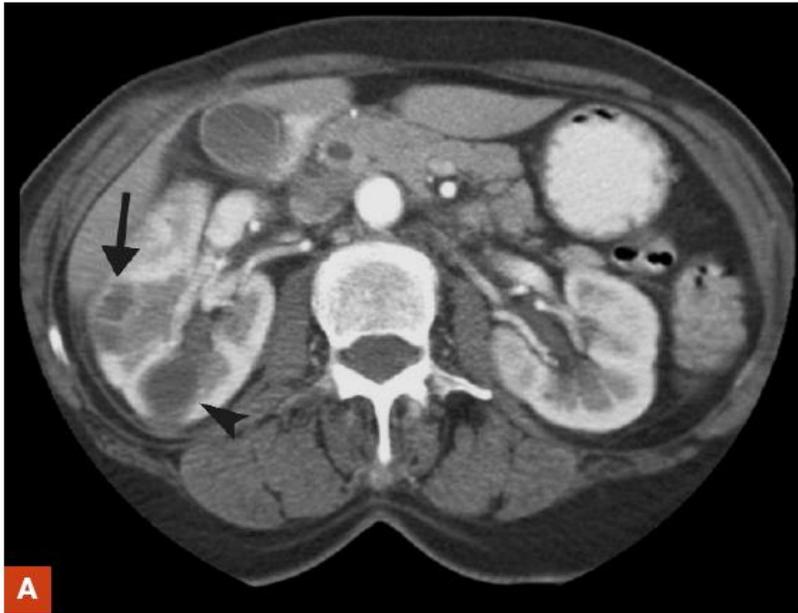
**FIGURE 17 Lithiase de la voie biliaire principale.** Bili-IRM mettant en évidence une grande vésicule biliaire avec deux lithiases en son sein. Absence de signal dans la partie distale de la voie biliaire principale avec arrêt cupuliforme témoignant d'une très probable lithiase de la voie biliaire principale.

# Flanc (région lombaire) droit

- Colique néphrétique, pyélonéphrite
- Appendicite rétrocaecale
- Hématome psoas (anticoagulants)

**FIGURE 20 Bilan d'une pyélonéphrite compliquée.**

- A)** Augmentation de la taille du rein avec image hypodense rehaussée en périphérie en faveur d'un abcès rénal (flèche noire) [temps parenchymateux]. Incidemment, présence d'un kyste cortical simple sans paroi visible (tête de flèche).
- B)** Foyer de pyélonéphrite triangulaire à base périphérique et pointe hilare ne se rehaussant pas (flèche) [temps tardif].



# Fosse iliaque (région inguinale) droite

- Colique néphrétique
- Appendicite
- Typhlite du neutropénique
- Tumeur cæcale compliquée
- Grossesse ectopique
- Hernie inguinale
- Maladies inflammatoires intestinales



**FIGURE 11 Appendicite aiguë.**

**A)** Volumineux stercolithe appendiculaire (flèche), avec augmentation du diamètre de l'appendice et infiltration de la graisse péri-appendiculaire.

**B)** Les reconstructions sagittales objectivent l'appendice inflammatoire rétrocaecal ascendant (flèche blanche) avec le stercolithe à sa base (flèche noire).

# Entérocolite (typhlite) du neutropénique

- principale cause d'abdomen aigu observée chez le neutropénique
- encore appelée entérolite nécrosante, colite agranulocytaire ou typhlite (en cas d'atteinte du caecum)
- mortalité de 20 à 60 % selon les séries

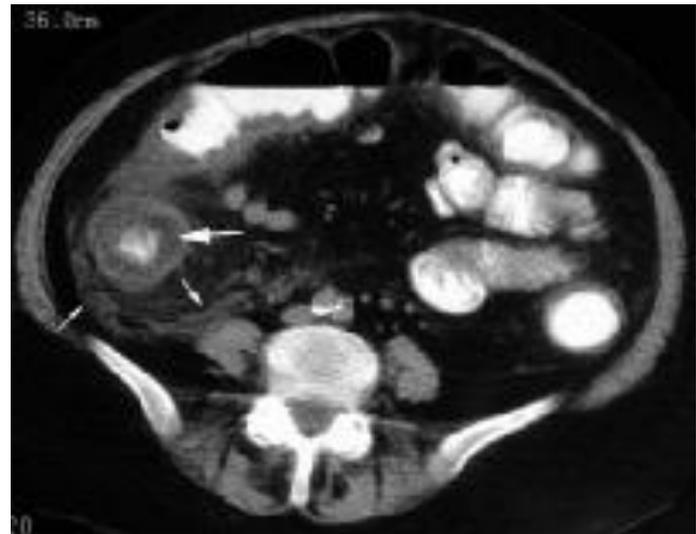
# Tableau clinique

très variable

- neutropénie fébrile
- diarrhée aqueuse
- douleurs abdominales diffuses ou localisées
- complications :
  - perforation digestive
  - Abscès
  - *pneumatoxis intestinalis*
  - hémorragie digestive
  - obstruction
  - sepsis et choc septique

# Mise au point

- abdomen à blanc
- échographie abdomen
- TDM abdomen
- hémocultures: positives dans 30 à 40 % des cas
- diagnostic d'exclusion en fait :  
exclure
  - Pancréatite
  - Candidiase hépatique
  - Diverticulite
  - Perforation digestive
  - Obstruction colique
  - Infarctus splénique
  - Cholécystite lithiasique
  - Appendicite
  - Gastrite
  - ...



## Review article

# Neutropenic enterocolitis in adults: systematic analysis of evidence quality

Gorschlüter M, Mey U, Strehl J, Ziske C, Schepke M, Schmidt-Wolf IGH, Sauerbruch T, Glasmacher A. Neutropenic enterocolitis in adults: systematic analysis of evidence quality.

*Eur J Haematol 2005: 75: 1–13. © Blackwell Munksgaard 2005.*

**Marcus Gorschlüter, Ulrich Mey,  
John Strehl, Carsten Ziske, Michael  
Schepke, Ingo G. H. Schmidt-Wolf,  
Tilman Sauerbruch, Axel  
Glasmacher**

Table 3. Cohort studies included for calculation of incidence rates

No.	First author, journal, year, reference	Type	Underlying disease	Pat withNE	Pat at risk	NE (%)	AL-S
1.	Bow EJ, J Clin Oncol, 1997 (149)	Ret	AML after induction chemotherapy	12	110	10, 9	x
2.	Buyukasik Y, Int J Hematol, 1997 (6)	Ret	AL and CL	20	401	5, 0	–
3.	Cartoni C, J Clin Oncol, 2001 (136)	Ret	AL after chemotherapy	88	1450	6, 1	–
4.	Gorschluter M, Cancer Invest, 2001 (5)	Ret	AL and high-grade lymphoma	10	553	1, 8	x
5.	Gorschluter M, Br J Haematol, 2002 (4)	Pro	AL after chemotherapy	4	62	6, 5	x
6.	Hogan WJ, Mayo Clin Proc, 2002 (150)	Ret	De novo AML after idarubicin + cytarabine	10	78	12, 8	x
7.	Jones GT, Cancer Invest, 1983 (2)	Ret	AL Relapses	13	50	26, 0	x
8.	Koshida K, Int J Urol, 2002 (61)	Ret	Testicular cancer after auto-SCT + HD chemotherapy	1	14	7, 1	–
9.	Leger CS, Biol Blood Marrow Transplant, 2000 (13)	Ret	NHL (age >60 yr) after auto-SCT + HD chemotherapy	3	30	10, 0	–
10.	Letendre L, Am J Clin Oncol, 1995 (99)	Ret	AL refractory after etoposide/carboplatin continuous infusion	2	10	20, 0	x
11.	Martell RW, Postgrad Med J, 1986 (101)	Ret	AL after chemotherapy	3	104	2, 9	x
12.	Micozzi A, Support Care Cancer, 1996 (102)	Ret	AML after first induction chemotherapy	3	35	8, 5	x
13.	Moir CR, Am J Surg, 1986 (147)	Ret	AL and AML after HD-cytarabine	16	186	8, 6	x
14.	Mower WJ, Arch Surg, 1986 (151)	Ret	AL	13	499	2, 6	–
15.	Pastore D, Leuk Lymphoma, 2002 (152)	Ret	AML after induction chemotherapy	7	161	4, 3	x
16.	Picardi M, Haematologica, 1999 (23)	Pro	AL after chemotherapy	2	20	10, 0	x
17.	Salazar R, Bone Marrow Transplant, 1999 (1)	Ret	Lymphoma and solid tumours after auto-SCT + HD chemotherapy	1	126	0, 8	–
18.	Villar HV, Surg Gynecol Obstet, 1987 (12)	Ret	AL and CL	20	438	4, 6	–
19.	Vlasveld LT, Ann Hematol, 1991 (157)	Ret	AL, CL and NHL after cytarabine	34	461	7, 4	–
20.	Weinberger M, Arch Intern Med, 1993 (16)	Ret	Aplastic anaemia	2	150	1, 3	–
21.	Yuen KY, Diagn Microbiol Infect Dis, 1998 (24)	Pro	AL, CML, lymphoma and others after BMT more allogeneic than autologous	2	120	1, 7	x
	Total	–	–	266	5058	5, 3	–

NE, neutropenic enterocolitis; AL, acute leukaemia; CL, chronic leukaemia; AML, acute myeloid leukaemia; HD, high-dose; SCT, stem cell transplantation; AL-S, selected for incidence calculation of acute leukemias.

Table 4. Suggested diagnostic criteria for neutropenic enterocolitis

---

Presence of *fever* (axillary temperature  $>38.0^{\circ}\text{C}$  or rectal temperature  $>38.5^{\circ}\text{C}$ )

*Abdominal pain* (at least degree 3 determined by the patient using a visual analogous scale pain score ranging from degree 1 to 10)

Demonstration of the *bowel wall thickening* of more than 4 mm (transversal scan) over more than 30 mm (longitudinal scan) in any segment by US or CT

---

# Attitude thérapeutique

conservatrice si possible :

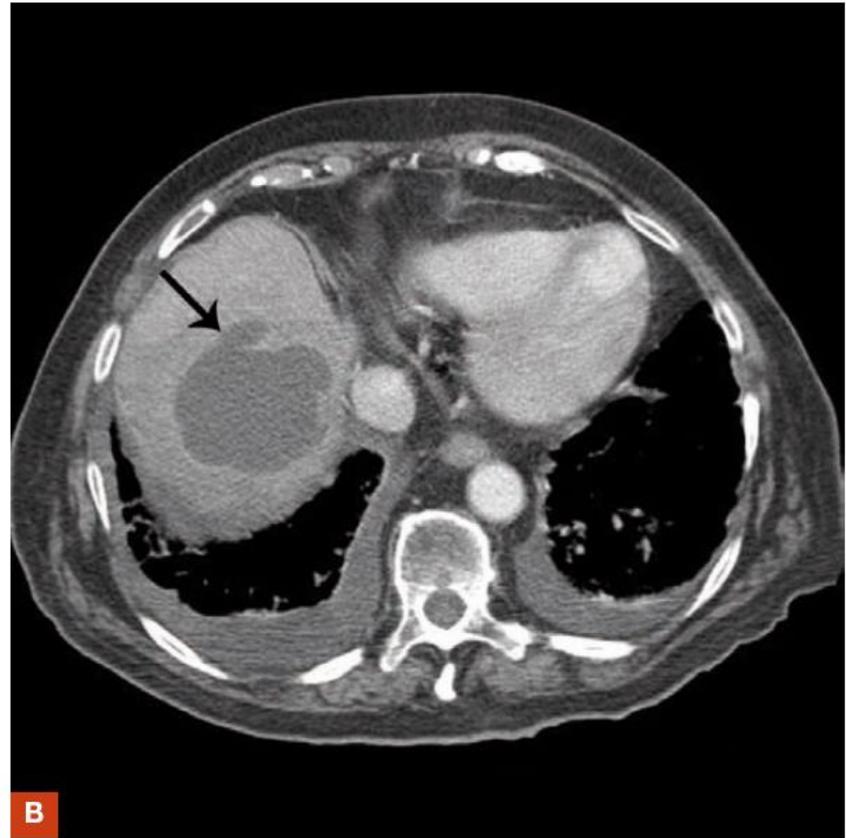
- mise au repos digestive : aspiration digestive, alimentation parentérale
- antibiothérapie i.v. à large spectre (couvrant les anaérobies)
- examens radiologiques (TDM, écho) répétés avec ponction transpariétale des collections identifiées ou intervention chirurgicale en cas de complication ou de sepsis prolongé de plus de 24 h

## Sous-ombilical (région sus-pubienne)

- Appendicite pelvienne
- Globe vésical
- Torsion de kyste ovarien
- Rupture grossesse extra-utérine
- Salpingite, endométrite



**FIGURE 21** Grossesse extra-utérine avec hémopéritoine. Volumineux épanchement abdominal avec masse hétérogène latéro-utérine droite, chez une jeune femme ayant des  $\beta$ -hCG positifs.



**FIGURE 13** Diverticulite sigmoïdienne.

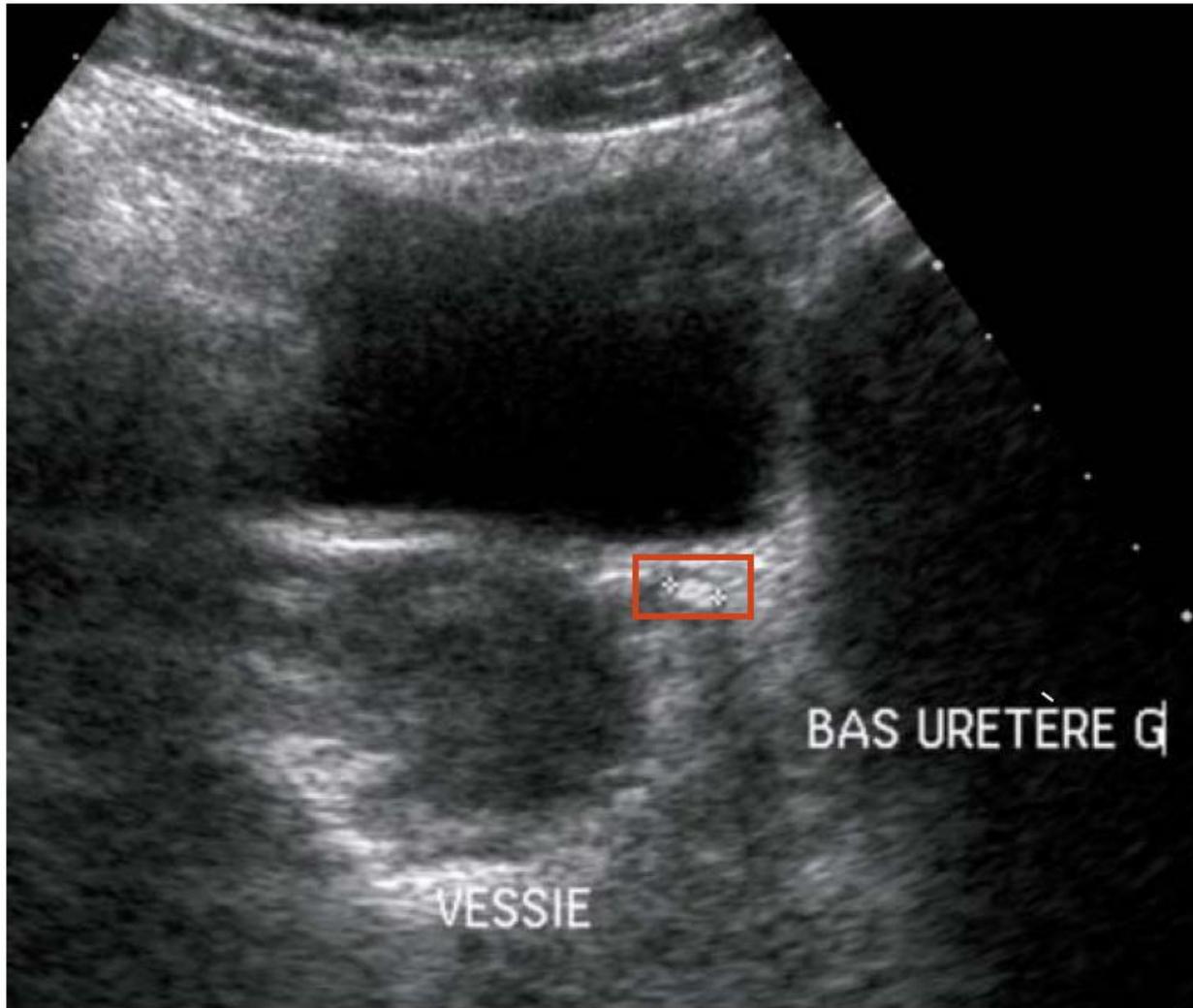
- A)** Épaississement pariétal et infiltration de la graisse périsigmoïdienne en faveur d'une sigmoïdite diverticulaire (flèche blanche). Formation ovale liquidienne multilocisonnée au contact du bord gauche du sigmoïde avec une coque rehaussée en périphérie d'un abcès profond (flèche noire).
- B)** Formation intrahépatique avec coque périphérique et contenu liquidien, témoignant d'un abcès hépatique secondaire à la sigmoïdite.

# Flanc (région lombaire) gauche

- Colique néphrétique, pyélonéphrite
- Anévrisme aortique compliqué
- Tumeur côlon gauche compliquée
- Diverticulite
- Hématome psoas (anticoagulants)
- Colite ischémique
- Colon irritable



**FIGURE 1** Lithiase calcifiée des cavités rénales gauches visible à l'ASP (flèche)  
(photo : Dr F. Pierucci).

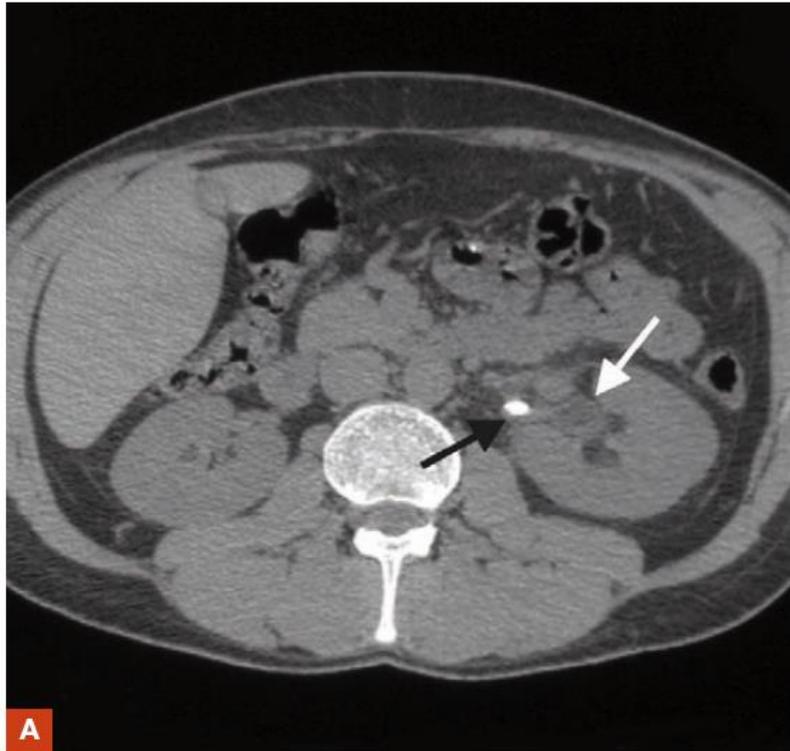


**FIGURE 4** Calcul du bas uretère gauche visible à l'échographie (+ —+) (photo : Dr F. Pierucci).

**FIGURE 19 Tomodensitométrie basse dose après un premier épisode de colique néphrétique gauche.**

**A)** Présence d'une image calcique (flèche noire) dans les voies excrétrices urinaires à la jonction pyélocalicielle. Dilatation du pyélon en amont de l'obstacle (flèche blanche).

**B)** Reconstruction sagittale en coupe épaisse mettant en évidence la lithiasie pyélo-urétérale et une lithiasie dans le groupe caliciel inférieur.



# Fosse iliaque (région inguinale) gauche

- Colique néphrétique
- Diverticulite (sigmoïdite)
- Tumeur sigmoïdienne compliquée
- Grossesse ectopique
- Hernie inguinale
- Maladies inflammatoires intestinales

# Diverticulose et diverticulite

# Facteurs favorisants

- régime alimentaire : pauvre en fibres
- âge
- structure du tissu de soutien: maladies du collagène
- motricité médiée par les neurotransmetteurs

# Classification de Hinchey modifiée

## Stade

- 0 : diverticulite simple
- Ia: phlegmon péricolique
- Ib: abcès péricolique
- IIa: abcès pelvien
- IIb: péritonite localisée
- III: péritonite généralisée purrulente
- IV: péritonite stercorale
- fistule: colovésicale, vaginale, entérique, cutanée
- obstruction: colique, intestin grêle

# Tableau clinique

- fièvre
- douleurs fosse iliaque gauche
- diarrhée ou occlusion incomplète
- TR: douleur latéralisée à gauche, abcès cul de sac de Douglas
- syndrome inflammatoire
- hémorragies

# Diagnostic

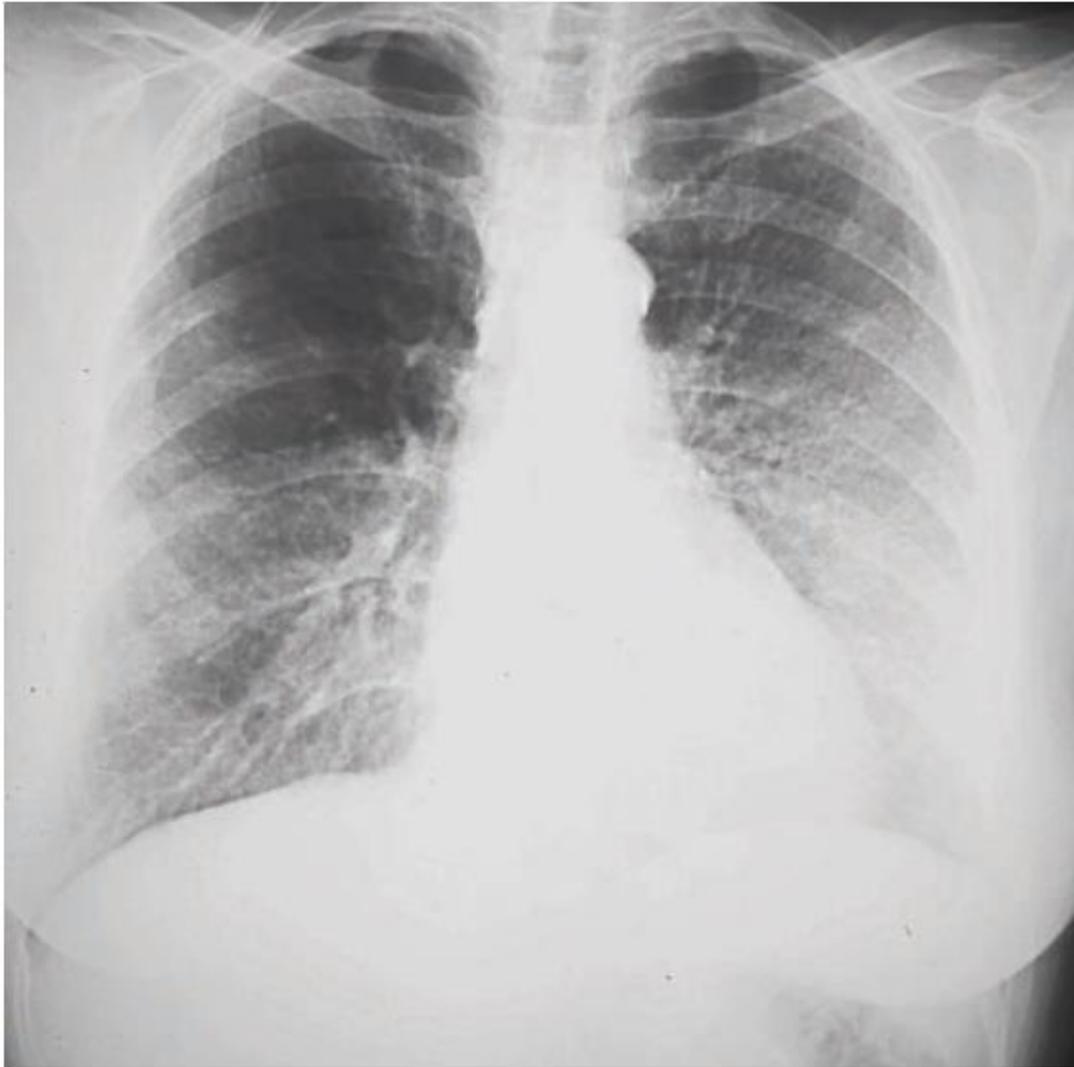
- TDM abdominale avec injection de produits de contraste iodés

# Attitude thérapeutique

- stades 0 à II : antibiothérapie de type amoxicilline - acide clavulanique (7 à 10 j)
- abcès, péritonite localisée sans signe de gravité: drainage radiologique ou coelioscopique
- formes les plus graves (péritonites, fistules, poussées persistant sous antibiothérapie, immunodéprimé): chirurgie avec sigmoïdectomie
- en cas d'hémorragie diverticulaire : traitement endoscopique voire embolisation

# Hypochondre gauche

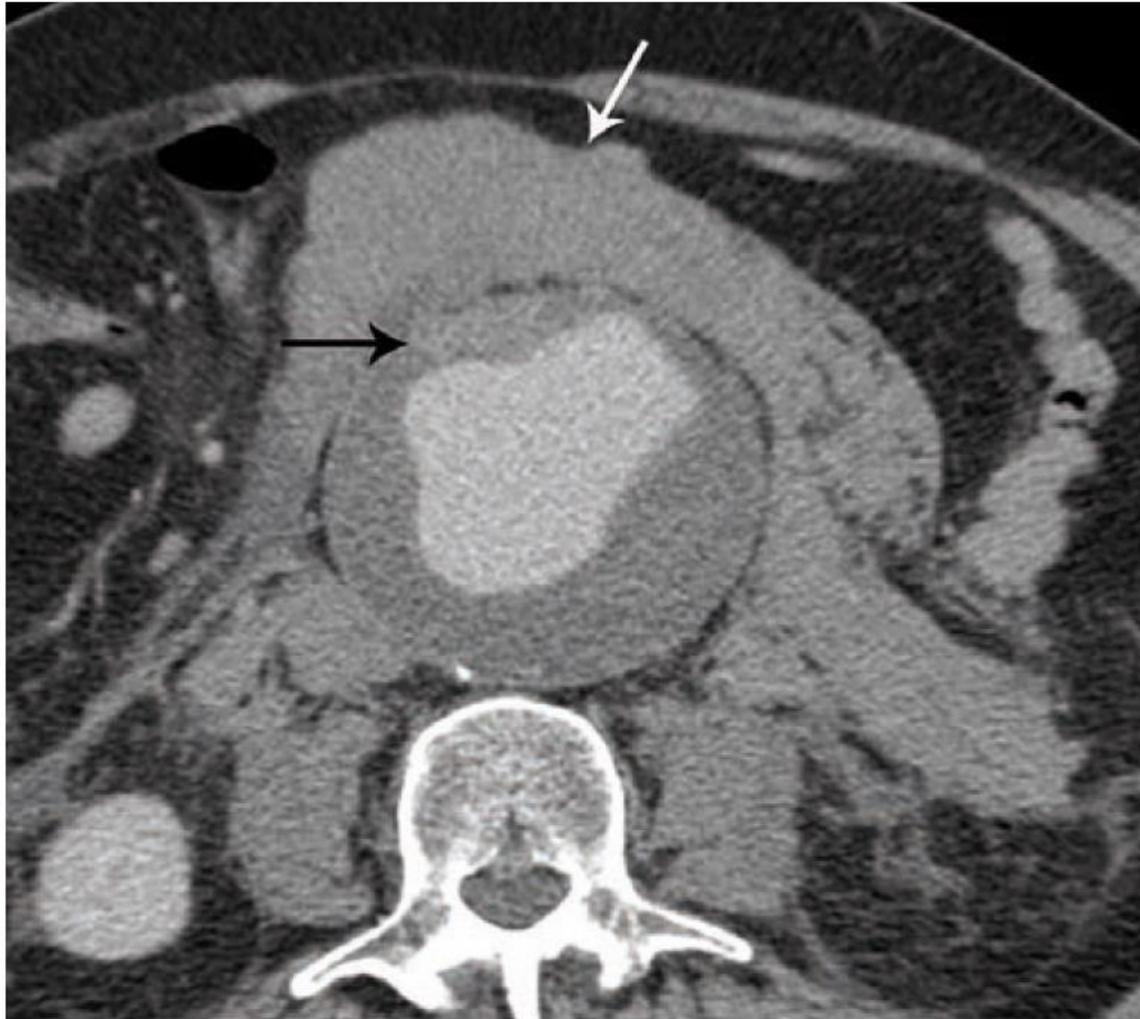
- Hématome splénique (anticoagulants)
- Infarctus splénique
- Abscès splénique
- Pneumopathie et pleurésie base gauche, embolie pulmonaire
- Pancréatite
- Ulcère gastrique



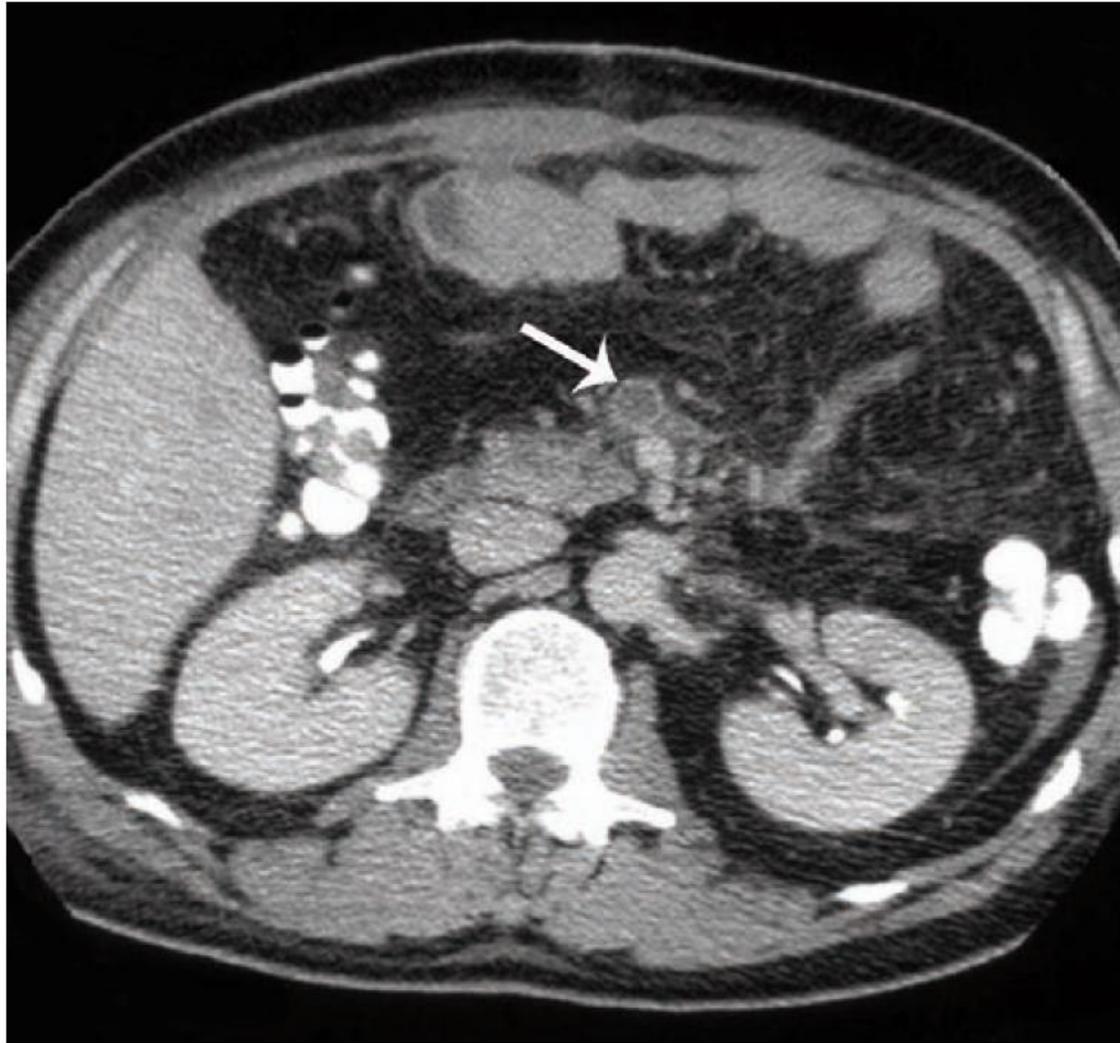
**FIGURE 22** Douleur de l'hypocondre gauche révélant un foyer de pneumopathie de la pyramide basale gauche.

# Atteinte diffuse

- Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale
- Hémopéritoine
- Péritonite aiguë généralisée
- Occlusion grêle, colique
- Infarctus mésentérique
- Hématome rétropéritonéal
- Ileus paralytique (alcaloïdes pervenche, hypokaliémie, morphiniques)
- Gastroentérite
- Colon irritable
- Fécalome
- Insuffisance surrénalienne aiguë, diabète acido-cétosique, porphyrie
- Crise hémolytique, hémoglobinurie paroxystique nocturne



**FIGURE 3** Volumineux anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale partiellement thrombosé et fissuré dans la cavité péritonéale (flèche noire) avec hémopéritoine et hémorétropéritoine (flèche blanche).



**FIGURE 4** **Thrombose de la veine mésentérique supérieure.** Non-opacification de la lumière de la veine mésentérique supérieure (flèche) satellite de son artère bien opacifiée.

**FIGURE 5 Souffrance digestive.**

**A)** Épaississement pariétal circonférentiel des anses jéjunales (flèche noire).

**B)** Présence d'air disséquant les parois intestinales signant une pneumatose pariétale (flèche blanche).

Noter la présence de bulles d'air dans la veine mésentérique supérieure et le défaut de rehaussement multifocalisé du parenchyme hépatique (flèche noire).



# Principales causes

## Hommes

- Appendicite (30%)
- Cholécystite (8%)
- Occlusion (8%)
- Ulcère perforé (6%)
- Pancréatite (6%)
- Colique néphrétique (4,5%)

## Femmes

- Appendicite (23%)
- Cholécystite (13%)
- Occlusion (9%)
- Salpingite (4,5%)

TABLEAU I

### Prévalence des principales causes de douleurs abdominales aiguës en fonction du sexe<sup>1</sup>

Diagnostic	Sexe masculin %	Sexe féminin %
Appendicites	30,5	23
Cholécystites	8,1	12,8
Occlusions	8,1	8,8
Coliques néphrétiques	4,6	1,8
Perforations ulcéreuses	5,8	1,6
Pancréatites	5,9	2
Sigmoïdites	2,1	2,2
Salpingites		4,5
Kystes de l'ovaire		3,3
Grossesses extra-utérines		2,6
Infections urinaires	0,4	3
Ulcères-gastrites	4,1	0,9
Péritonites intestinales	2,1	2,1
Hernies étranglées	2,2	3,3
Cancers digestifs	1	1,1
Anévrisme aortique rompu	0,6	0,1
Foyer suppuré abdominal	0,5	0,3
Pneumopathie	0,4	0,2
Diagnostics divers	3,2	2,5
Douleurs non spécifiées	20,4	23,9

TABLEAU II

### Répartition de l'âge dans les principales causes de douleurs abdominales aiguës<sup>1</sup> (en pourcentage)

ÂGE	moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	plus de 80 ans
Appendicites	37	31,7	12,2	6	5,1	3,3	3,4	1,3
Cholécystites	1	7,5	9,8	11,6	14,5	15	22,8	18
Occlusions	4,1	11,4	8,2	12,1	13,5	14,5	19,7	16,5
Coliques néphrétiques	4,8	27,5	19,6	20,3	13,8	8,3	4,5	1,4
Perforations ulcéreuses	1,2	13	18,2	14,5	17,9	8,1	15,3	11,9
Pancréatites	0,9	8,5	26,6	16,4	18,4	14,5	11,1	3,7
Sigmoïdites	0	1	3,8	9,5	28,6	15,2	21	21
Salpingites	15,9	48,9	21	9,9	3	0,9	0,4	0
Kystes de l'ovaire	23,4	46,1	12	6,6	6,6	4,2	0,6	0,6
Grossesses extra-utérines	8,2	55,2	28,4	4,5	0	0	0	0
Infections urinaires	19,4	42,9	14,1	7,1	6,5	4,1	4,1	1,8
Ulcères-gastrites	3,4	19,2	26	22,6	13,6	5,1	8,1	2,1
Péritonites intestinales	1,5	5,9	3,5	9,4	11,4	18,3	26,7	23,4
Hernies étranglées	0	3	2,3	5,6	9	11,2	36,5	32,3
Cancers digestifs	1	1	5	15	13	26	29	11
Anévrisme aortique rompu	0	0	0	0	8,3	27,8	36,1	27,8
Foyer suppuré abdominal	2,8	30,6	19,5	5,6	13,9	22,2	5,6	0
Pneumopathie	27	3,9	23,1	23,1	3,9	7,7	3,9	7,7
Diagnostics divers	16,6	17,4	10,7	9,3	16,7	10	11,1	8,2
Douleurs non spécifiées	33,7	28,6	14,1	7,6	6,2	3,3	3,4	3

# Les complications intestinales graves

- Ileus mécanique
- Ileus paralytique
- Perforation
- Hémorragie

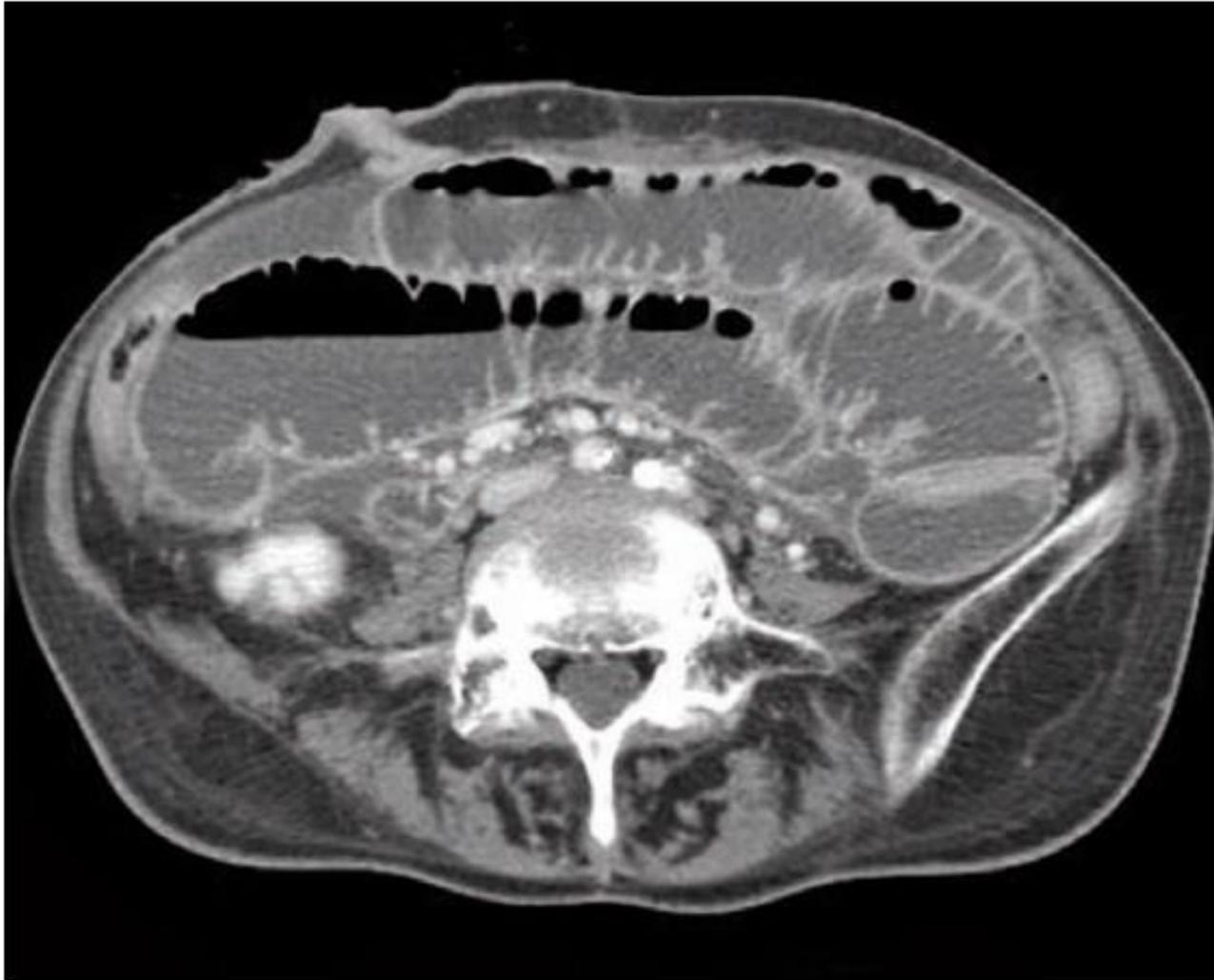
# Ileus mécanique

## Présentation clinique :

- Douleurs de type colique durant quelques secondes à quelques minutes
- Début progressif en cas d'obstacle mécanique, début brutal en cas d'étranglement
- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- État de choc (3e espace)
- Péristaltisme accru

# Principales étiologies à rechercher

- bride postchirurgicale
- tumeur primitive ou métastatique de l'intestin
- hernie étranglée
- carcinomatose péritonéale
- invagination, volvulus
- diverticulite
- iléite radique
- fécalome



**FIGURE 6** Dilatation des anses grêles avec un diamètre transverse supérieur à 30 mm et niveaux hydro-aériens, signant l'occlusion intestinale.



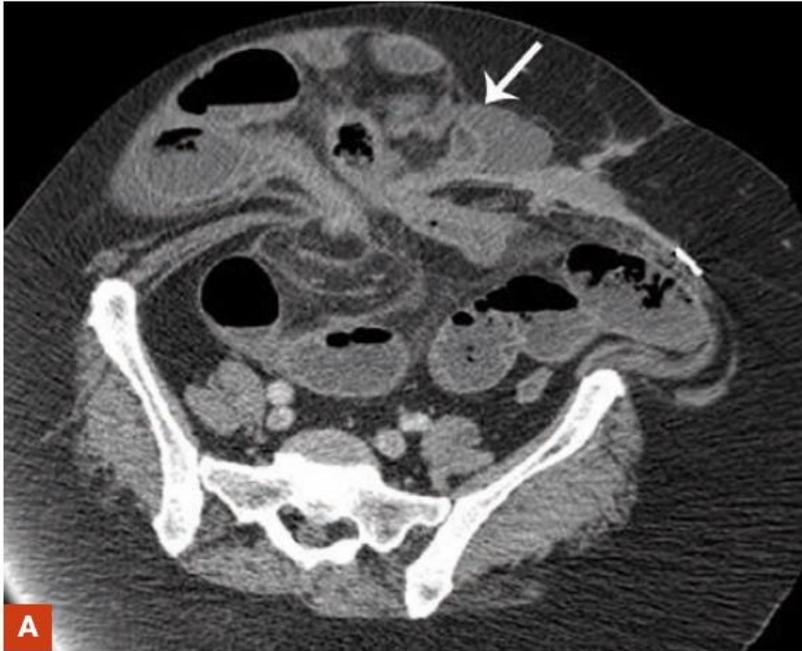
**FIGURE 7** **Invagination intestinale aiguë.** Aspect en cocarde caractéristique du « boudin » d'invagination avec visualisation de la graisse mésentérique incarceration au sein du boudin.



**FIGURE 8 Occlusion sur bride.** Vue sagittale objectivant la transition (flèches) entre les anses intestinales plates et dilatées, en faveur d'une occlusion mécanique sur bride.



**FIGURE 10** **Hernie inguinale gauche étranglée.** Incarcération d'une anse digestive ayant des parois épaissies avec infiltration de graisse en faveur d'une souffrance pariétale (flèche).



**FIGURE 9 Hernie ombilicale.**

**A)** Volumineuse hernie ombilicale avec incarceration d'anses digestives (flèche) et niveaux hydro-aériens grêles en amont dans la cavité abdominale, signant l'occlusion.

**B)** Reconstruction sagittale objectivant l'importance de la hernie ombilicale.



**B**

# Ileus paralytique

## Présentation clinique :

- douleurs persistantes, rarement sous forme de coliques
- abdomen ballonné
- vomissements, arrêt des matières et des gaz
- état de choc
- péristaltisme diminué ou absent

# Principales étiologies à rechercher

- péritonite
- morphiniques
- hypercalcémie
- stade terminal de l'ileus mécanique
- infarctus mésentérique
- hypokaliémie
- chimiothérapie (alcaloïdes de la pervenche : VCR, VBL, VDS, VNR)
- coma diabétique

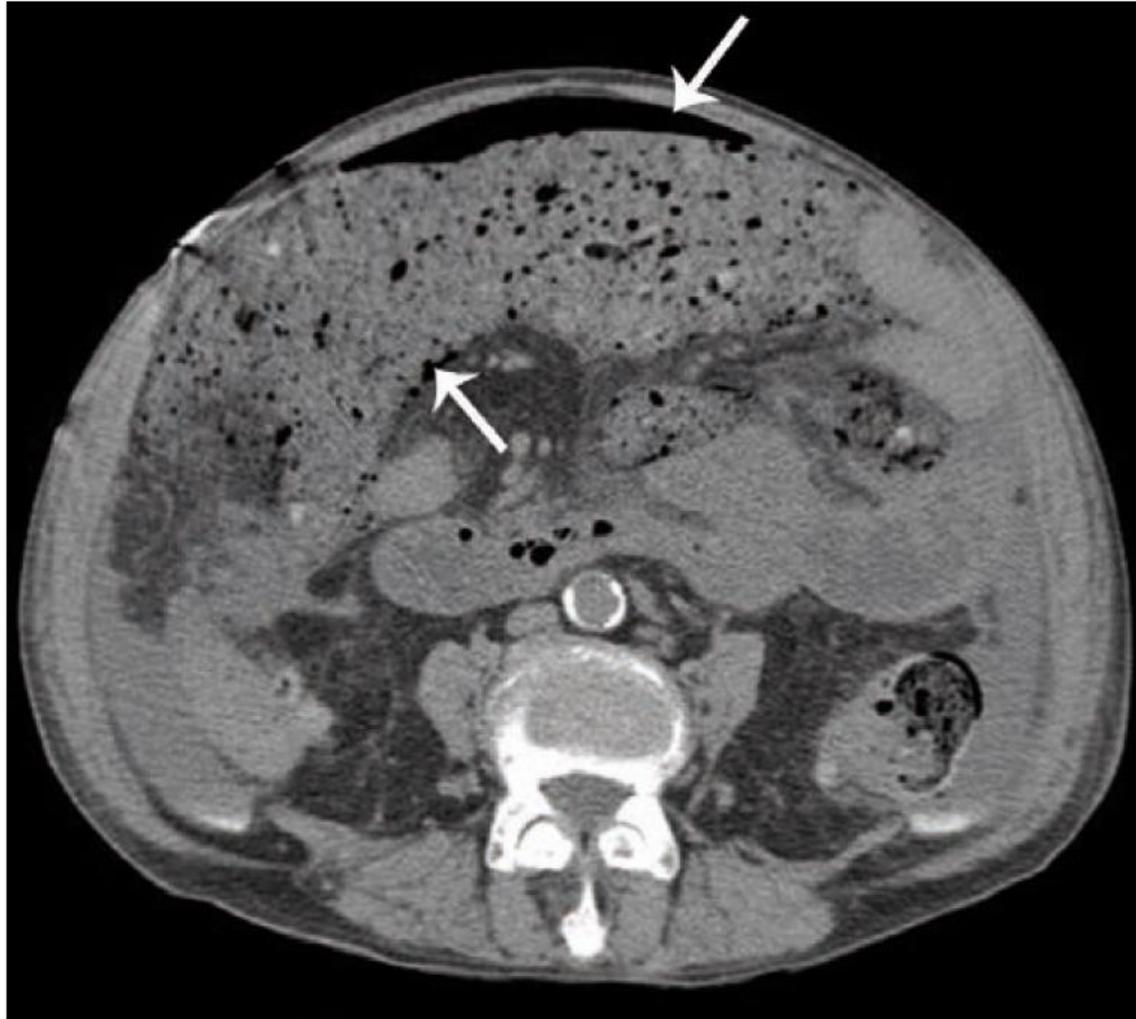
# Perforation digestive

## Présentation clinique :

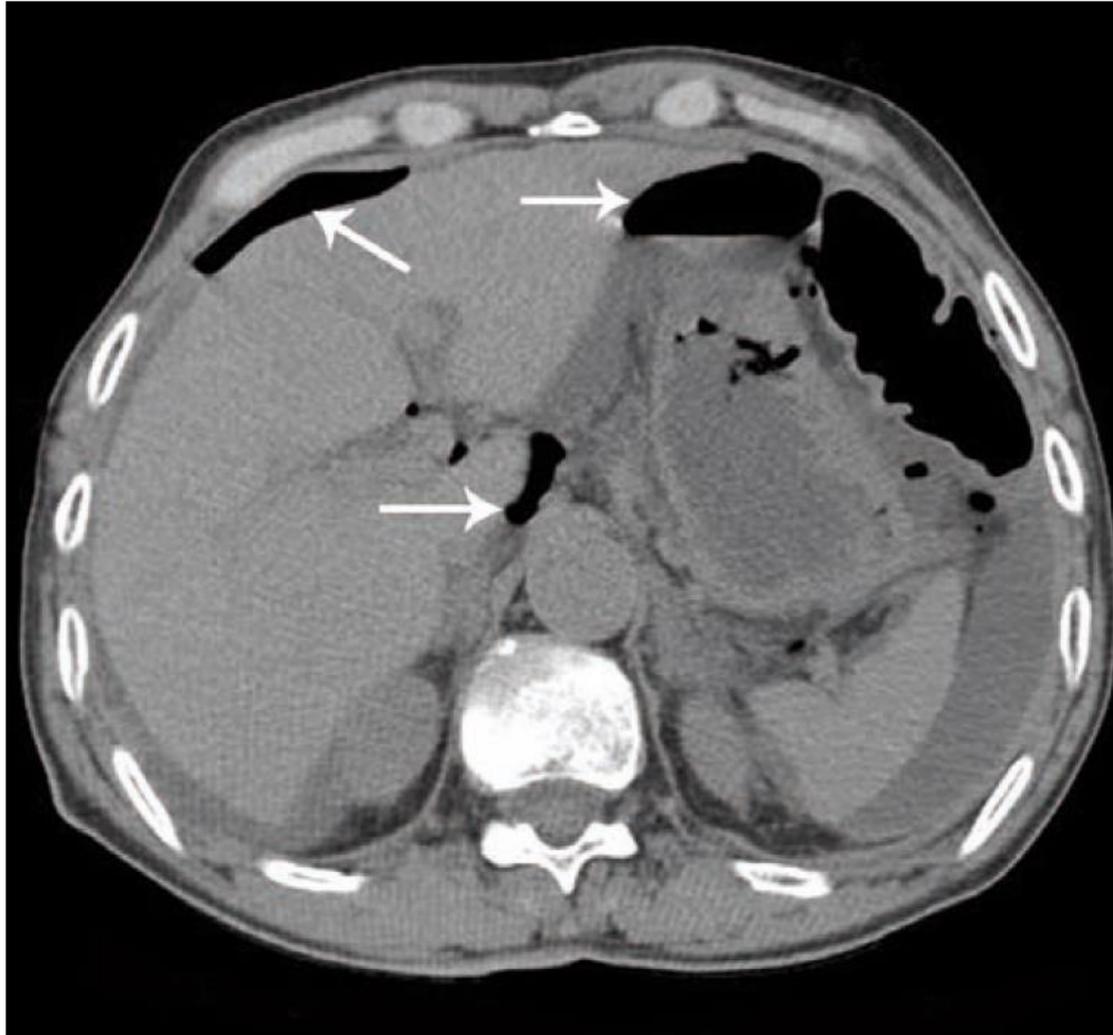
- Douleurs abdominales initialement souvent localisées puis généralisées
- Fièvre (peut manquer)
- Ileus paralytique
- Abdomen figé avec contracture et défense
- Diagnostic: TR, abdomen à blanc (air sous les coupes)

# Principales étiologies à rechercher

- perforation d'ulcère gastroduodénal
- sigmoïdite, perforation de diverticule
- appendicite
- tumeur digestive (colique)
- évolution compliquée d'une obstruction digestive
- péritonite biliaire (ileus biliaire)



**FIGURE 1 Péritonite stercorale.** Pneumopéritoine et matière fécale (flèches) dans la cavité abdominale, secondaire à une perforation colique. La graisse mésentérique apparaît infiltrée avec des épanchements liquidiens dans les gouttières pariétocoliques.



**FIGURE 2 Pneumo- et rétropneumopéritoine.** Présence d'air extradiigestif dans la cavité péritonéale en avant du foie mais aussi en rétropéritonéale (flèches) devant faire rechercher une perforation duodénale.

# Diagnostic différentiel

- péritonite primitive
- hématomes pariétaux ou rétropéritoneaux sous anticoagulants
- autres causes d'ileus paralytique

# Douleurs chroniques et récidivantes

# Épigastre et périombilic

- Gastrite, ulcus
- Oesophagite (reflux)
- Pancréatite chronique, lithiase biliaire
- Parasitose intestinale (lamblia, ascaris, tenia)
- Maladie coeliaque
- Tumeur du grêle
- Diverticule de Meckel
- Artériopathie mésentérique

# Hypochondre droit

- Colique hépatique (lithiase)
- Pancréatite chronique
- VOD hépatique
- Candidose hépatique
- Hépatite virale ou alcoolique
- Foie de stase, syndrome de Budd-Chiari
- Gros foie métastatique
- Abscès sous-diaphragmatique
- Parasitose (kyste hydatique, douve du foie)
- Pneumopathie ou pleurésie base droite
- Distension aérique colique

# Hypochondre gauche

- Pneumopathie ou pleurésie base gauche
- Pancréatite chronique
- Ulcère gastrique, gastrite
- Pathologie colique : fonctionnelle, tumorale, infectieuse, inflammatoire
- Colite ischémique
- Colite pseudomembraneuse
- Pathologie splénique : hématome, infarctus, tumeur ...

# Fosse iliaque et flanc droit

- Pathologie colique : fonctionnelle, tumorale, infectieuse, inflammatoire
- Colique néphrétique, pyélonéphrite
- Grossesse ectopique, salpingite
- Hématome psoas et grand droit (anticoagulants)

# Fosse iliaque et flanc gauche

- Hématome psoas et grand droit (anticoagulants)
- Pathologie colique : fonctionnelle, tumorale, infectieuse, inflammatoire
- Grossesse ectopique, salpingite
- Colique néphrétique, pyélonéphrite

# Douleur diffuse

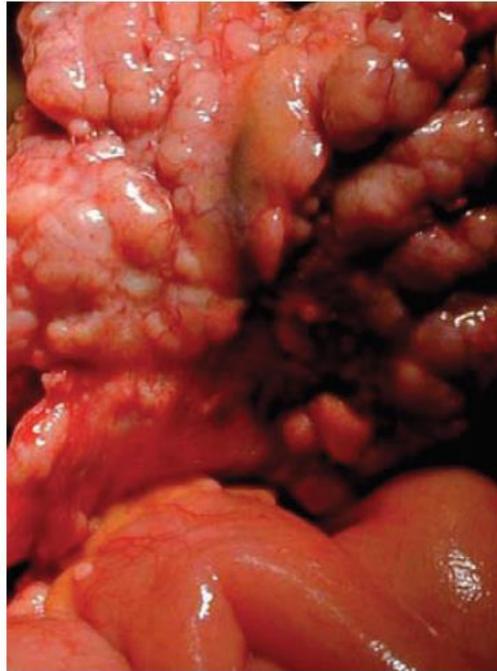
## Causes digestives

- Carcinomatose péritonéale
- Intolérance au lactose, maladie coeliaque
- Péritonite tuberculeuse
- Ischémie mésentérique
- Hématome rétropéritonéal
- Colon irritable

## Causes extradigestives

- Porphyries, maladie périodique
- Hypertriglycéridémies
- Hypercalcémies
- Phéochromocytome
- Hémolyses (drépanocytose)
- Saturnisme
- Fibrose rétropéritonéale, adénopathies
- Vascularites digestives (PAN, purpura rhumatoïde, cryoglobulinémie)
- Causes neurologiques : zona, radiculalgies, syndrome de la queue de cheval, épidurite, tumeur médullaire, épilepsie complexe ...

# Carcinomatose péritonéale



**Figure** Anses grêles : nodules de carcinose péritonéale sur le grand épiploon, dans le cadre d'un mésothélium malin.

# Cancers en cause

- Cancer gastrique
- Cancer ovarien
- Cancer colorectal
  
- Mésothéliome péritonéal
- Pseudomyxome peritoneal
- Carcinome péritonéal primitif (tumeur embryonnaire)

# Tableau clinique

- distension progressive de l'abdomen liée à la présence d'ascite
- douleurs abdominales diffuses.
- altération de l'état général avec perte de poids et fatigue.
- occlusion, entraînant nausées et vomissements

*Table 1*  
**Clinical Signs Depending on the Level of  
 Obstruction**

Symptoms	Enteral Bowel Obstruction	Colic Bowel Obstruction
Vomiting	Bilious, aqueous Abundant No or not very foul-smelling	Small volume Sometimes absent Foul-smelling, even fecaloid
Pain	Early sign Periumbilical Brief colicky pain	Late sign Localized Colicky pain with sometimes long periods between episodes
Abdominal distension	Sometimes absent	Present
Anorexia	Always	Sometimes absent

# Attitude initiale dans l'abdomen aigu

- surveillance en réanimation si signes de gravité
- garder à jeun, éventuellement mise en aspiration digestive en cas d'ileus ou d'occlusion
- perfusion iv
- montrer le patient au chirurgien de garde
- antalgiques : morphine si un diagnostic chirurgical a été éliminé ou si l'indication opératoire est posée (sinon paracétamol ou antispasmodiques)

# Examens complémentaires de première intention

- Biologie : EHC, CRP, ionogramme, urée, créatinine, enzymes hépatiques, bilirubine, amylase, lipase
- Test de grossesse (si applicable)
- EMU
- ECG, enzymes cardiaques
- Imagerie : abdomen à blanc, échographie, TDM

