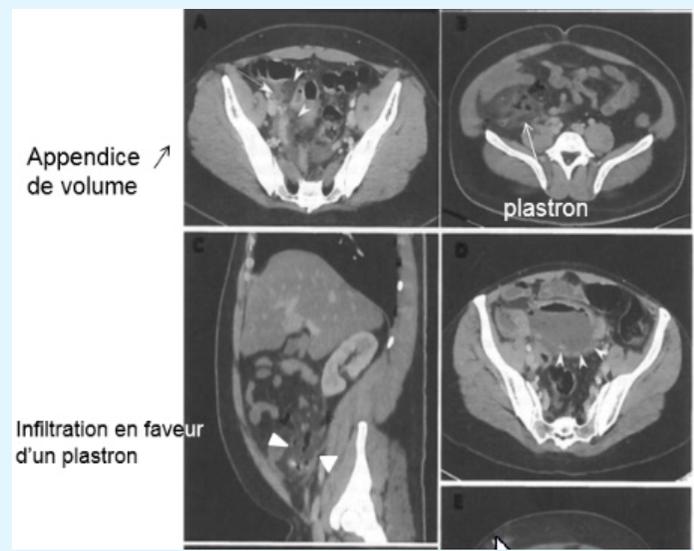
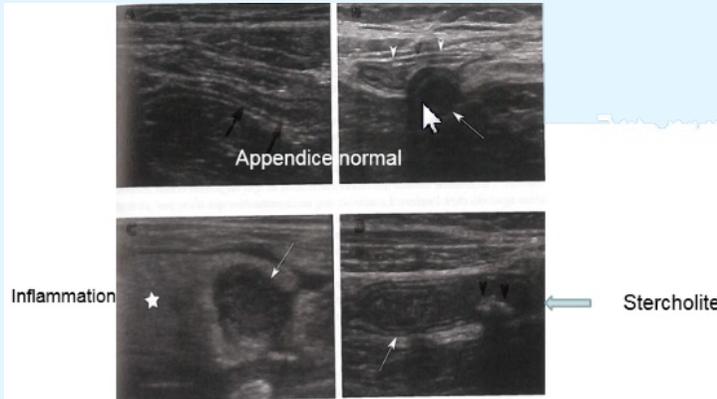


Pathologie	Généralités et formes	Clinique	Evolution	Imagerie et EC	Traitement
<b>Appendicite aigüe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Inflammation aigüe de l'appendice</b></li> <li>▪ Pic de fréquence <b>15-30 ans</b></li> <li>▪ Pas de parallélisme anatomo-clinique</li> <li>▪ Souvent début brutal avec douleur vive de la FID</li> <li>▪ +/- Précédée d'une douleur épigastrique</li> <li>Formes particulières : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Toxique</b> : rare, contraste entre sigens locaux modérés et état général grave avec vomissements+++ (immunodéprimés)</li> <li>▪ <b>Appendicite de l'enfant</b> (gastroentérite) ou du <b>vieillard</b> (cancer caecal)</li> <li>▪ <b>Femme enceinte</b> (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre) : examiner en décubitus latéral G. Peut simuler une cholécystite, une colite néphrétique, une pyélonéphrite</li> <li>▪ <b>Fistules</b> : cutanée organe de voisinage, hernie</li> </ul> </li> <li>Selon le siège : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Pelvien</b> : douleur hypogastrique, au TR ++ abcès du Douglas</li> <li>▪ <b>Sous-hépatique</b> : tableau de cholécystite</li> <li>▪ <b>Rétro-caecal</b> : psoïtisme douleur parfois lombaire basse</li> <li>▪ <b>Méso coeliaque</b> : siège devant le promontoire, tableau occlusion fébrile</li> <li>▪ <b>Appendicite herniaire</b> : simule une hernie étranglée</li> </ul> </li> </ul>	<p>Crise iliaque <b>droite</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Douleurs vives</b>, continues avec parfois des paroxysmes, pouvant irradier</li> <li>▪ <b>Vomissements</b> discrets, alimentaires ou bilieux parfois simples nausées, parfois constipation (témoin de iléus réflexe lié à infection)</li> <li>▪ <b>Fièvre</b> modérée 38-38,5°C</li> <li>▪ Puls en rapport, langue saburrale</li> <li>▪ Bio : <b>hyperleucocytose</b>, CRP</li> <li>▪ <b>Palpation</b> : douleur au point de Mac Burnay</li> <li>▪ <b>Sensibilité</b> ou <b>défense</b>, parfois hyperesthésie cutanée</li> <li>▪ Douleur + vive la jambe levée (psoïtisme)</li> <li>▪ Douleur à la décompression FID (S. de <b>Blumberg</b>)</li> <li>▪ Douleur à la décompression FIG (S. de <b>Rovsing</b>)</li> <li>▪ <b>T. pelviens</b> : douleur du Douglas</li> <li>▪ Heel drop test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Régression</b> mais récidives +++</li> <li>▪ <b>Plastron</b> : empâtement de la paroi mal limité, douleur majorée TR...</li> <li>▪ <b>Abcès</b> : douleur pulsatile, arrêt du transit, fièvre oscillante, hyperleucocytose</li> <li>▪ <b>Péritonite</b> en 1 ou 2 temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Echographie ++</b></li> <li>▪ <b>TDM +++</b></li> <li>▪ <b>IRM</b></li> <li>▪ <b>ASP</b> n'est plus utilisé aujourd'hui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Appendicite aigüe</b> : chirurgie (ATB seuls discuté si pas de stercolite)</li> <li>▪ <b>Plastron</b> : ATB thérapie &gt;&gt; chirurgie secondaire surtout si stercolite</li> <li>▪ <b>Abcès</b> : drainage ATB thérapie &gt;&gt; chirurgie secondaire surtout si stercolite</li> <li>▪ <b>Péritonite</b> : ATB + chirurgie en urgence</li> </ul>



## Sigmoïdite aiguë

- Inflammation aiguë d'un ou plusieurs diverticules
- Pic de fréquence > 50 ans
- 10% des diverticules se compliquent
- Favorisé par **AINS, corticoïdes**
- Souvent lors d'un **effort de poussée**, de début brutal avec douleur vive de la **FIG**

### Formes compliquées :

- **Fistules** (souvent du fait de poussées répétées) :
  - **Colo vésicale** : infections urinaires à répétition, à germes digestifs et multiples (diagno : TDM (air dans vessie))
  - **Colo-vaginale** : souvent après hystérectomie
  - **Colo iléale** : diarrhée ++
- **Pseudo tumorale** : masse palpable, trb transit, diagno difficile, coloscopie à distance de la poussée
- **Formes occlusives**
- **Formes médico dépendantes**
- **Hémorragie** : souvent abondante, sang rouge

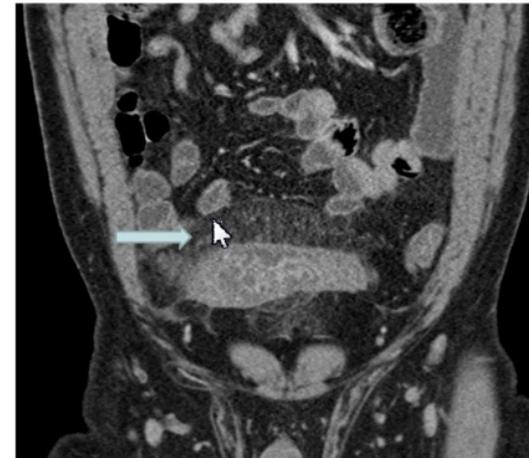
### Crise iliaque gauche :

- **Douleurs** vives, paroxystiques, pouvant irradier
- **Vomissements** discrets, alimentaires ou bilieux, parfois simples nausées, constipation parfois diarrhée
- **Fièvre** modérée 38-38,5°C
- Pouls en rapport, langue saburrale
- Bio : **hyperleucocytose, CRP**
- Palpation : **sensibilité voire défense**, présence d'un boudin iliaque, douleur au TR
- **Bruits hydro-aériques diminués**

- ASP => iléus, élimine un penumopéritoine
- **Echographie ++**
- **TDM +++**

- **Régression sous ATB** mais **récidives** d'autant plus **fréquentes** que le sujet est jeune, crises antérieures, poussée initiale sévère
- **Plastron** : empâtement de la paroi mal limitée, douleur et fièvre majorées au TR
- **Abcès** : douleur pulsatile, arrêt du transit, fièvre oscillante, hyperleucocytose majorée
- **Péritonite** en 1 ou 2 temps

Densification de la graisse et hyperhémie



## Cholécystite aigüe

- Etiologie : **lithiase** ++, causes rares (post-op, SIDA, diabète, PAN...)
- Lithiase chez 20% de la population après 50 ans
- Souvent notion familiale de lithiase
- **Douleur** HD ou épigastrique, apparition brutale, souvent repas copieux, **continue**, irradiation en **hémi-ceinture** et **épaule**, inhibe respiration profonde, parfois pseudo angineuse
- **Fièvre** 37,5-38°C
- **Nausée, vomissements**
- Palpation : **douleur + défense**, patient stoppe son inspiration lors palpation (**S. de Murphy**), **vésicule palpable**
- Bio : **hyperleucocytose**, CRP augmentée, +/- modification du bilan hépatique

## Echographie ++



Echographie et scanner de cholécystite Aigüe



## Hydrocholécyste

- Secondaire à un **calcul enclavé**
- Vésicule distendue contenant une **bile blanche**
- Survient au **décours** d'une crise aigüe
- Risque de surinfection
- **Grosse vésicule palpable**

## Pyocholécystite

- « **Abcès vésiculaire** », parfois associé à abcès péri vésiculaire => péritonite si perforation
- **Douleur** intense
- **Majoration des signes** de cholécystite
- **Défense** confinante à la contracture
- **Grosse vésicule palpable**

- **Echographie** : grosse vésicule, lithiase (zone hyperéchogène avec cône d'ombre), paroi épaissie

## Fistules biliaires

- Souvent après plastron
- **Cholécysto-cholédocienne (syndrome de Mirizzi)**, ictère => possible angiocholite
- **Cholécysto-duodénale** => **iléus biliaire** : ASP (opacité du calcul, occlusion du grêle, aérobilie)
- **Cholécysto-colique** : aérobilie