

Intérêt de la qualité de la prise en charge dans les urgences abdominales aiguës dans le pronostic des patients : à propos d'un cas : péritonite aiguë par perforation d'ulcère

Poster N°: P 28

R. BOUHOREIRA; R. BENCHIKH; A. YAHIA; S. LOUNIS; A. NOUCER.

Service de chirurgie générale ; EPH MOHAMED BOUDIAF OUARGLA .

Introduction :

- L'abdomen aigu est un motif fréquent de consultation au service des urgences . Il nécessite, pour une prise en charge optimale, un diagnostic précis et dans délai précis . Pour une majorité de patients, l'examen clinique et les examens simples de laboratoire suffisent à établir ou évoquer un diagnostic. Néanmoins, en raison du tableau clinique similaire que peuvent prendre nombre de maladies, des examens complémentaires d'imagerie sont souvent nécessaires mais ils doivent jamais retarder la prise en charge . Leur traitement repose sur le délai et la qualité de prise en charge et une bonne coordination médico chirurgicale .

Observation :

- Homme de 48 ans tabagique , traitées par des AINS pour cellulite dentaire il y a 2 semaines.
- Douleurs abdominales + des hématuries de moyen abondances depuis 3 jours .
- **À l'admission** : patient en état général altéré stable sur le plan hémodynamique .
- **Examen clinique** : une contracture abdominal généralisée
- Le patient patient n'a pas pu supporter le délai d'attente de la mise en condition , sortie sans avis (quitter l'hôpital) ; 4 heures après , il est revenu avec un état très altéré
- Un ASP fait montrant un pneumopéritoine bilatéral



- une IRA d'allure fonctionnel avec une hypokaliémie et une hyponatrémie .
- Entrepris en urgence au bloc opératoire en urgence vu son état général
- **Au BO** : après intubation , le patient a présenté un ACR de 2 minute récupérer après une RCP .
- L'exploration retrouve un perforation pré pylorique de 3 cm .
- On a procédé à une toilette péritonéale avec suture de la perforation bulbaire + epiploplastie .
- ATB : claforon / gentamicine / flagyl
- **J2 post op**: le malade a présenté un tableau de détresse respiratoire (dyspnée désaturation à 83 %) le TLT un aspect de poumon gauche non ventilé blanc dans sa totalité
- Le TDM thoracique montre une pneumopathie bilatérale d'inhalation + épanchement associé nécessitant un Avis de pneumologie indiquant une aspiration endoscopique .



- Le patient a présenté un syndrome de sevrage tabagique avec un syndrome dépressif au cours de son hospitalisation , un avis psychiatrie a été demandé indiquant la mise en route d'un traitement à base d'anxiolytique .
- Un avis ORL a été demandé pour son abcès dentaire indiquant un traitement médical .
- Patient a été mis sortant en **J10** post opératoire avec un traitement médical et RDV de consultation

Discussion :

- D'après l'OMS, les urgences abdominales chirurgicales sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence [1].

- En Afrique globalement, les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune de sexe masculin [3,4, 5, 6] comme était le cas pour notre patient .

- Leur prise en repose sur une étroite coopération interdisciplinaire pendant toute la période péri opératoire ; qu'est d'une grande importance pour le pronostic de ces syndromes potentiellement mortel [2]

- La correction des troubles hydro électrolytiques est primordiale et influence le pronostics des patients .Notre patient à présenter en préopératoire des troubles ioniques (hypokaliémie et hyponatrémie) qui ont été corriger avant la rentrer au BO .

- Les défaillances viscérales aussi doivent être gérer avant et après l'opération , prenant l'exemple de la défaillance rénal , si elle est fonctionnel , une bonne réhydratation peut suffire , en cas d'oligurie persistante, l'administration de diurétiques peut faire déclencher la diurèse . notre patient à présenter une IRA et elle a été juguler pas une bonne réhydratation (1L de SSI 9 % en pré opératoire).

- L'antibiothérapie doit être administrée par voie IV et active sur les germes habituellement en cause, il faut redouter les germes gram(-) et les anaérobies. Notre patient a bénéficié d'une ATB a base de claforon 2g en pré opératoire ; en post opératoire en rajouter du flagyl et de gentamicine .

- L'exploration radiologique débute par l'ASP, cet examen est ainsi devenu systématique et ne semble pas près à perdre sa place. Les ASP ont peu de valeur devant des douleurs diffuses ou non spécifiques. Cependant, lorsque on suspecte une perforation d'organe creux, une ischémie, un infarctus intestinal, une occlusion, cet examen prend une place primordiale telle rapportée dans la littérature [7,8].



- Le traitement chirurgicale va aboutir à explorer et traiter l'étiologies si c'est possible de l'urgence abdominale , le plus important qu'il doit être dans le plus bref délai . la corrélation réanimateur –chirurgien est la clé pour aboutir à une prise en charge de qualité et dans les plus bref délai en periopératoire .

Conclusion :

Les urgences chirurgicales abdominales occupent une place importante dans l'activité chirurgicale des services des urgences chirurgicales. Elles nécessitent une prise en charge multidisciplinaire avec une collaboration étroite entre chirurgiens et anesthésistes réanimateurs. Les causes sont diverses mais ils restent responsables d'une morbidité non négligeable, souvent inhérente au retard diagnostique et à une prise en charge défaillante.

References :

- [1] Vally NT. Fréquence et prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie de l'hôpital provincial de Kananga du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2012. Mémoire de médecine. Université notre Dame du Kasai-ROC, 2013. Google Scholar.
- [2] Freitag S, Schweder B. Acute abdomen: anesthesiologic and intensive care management. Anesthesiology and Reanimation. 1993;19(5):127-136. PubMed | Google Scholar.
- [3] Padonou N, Diagne Bar Goye M, Cherbonnel GM et al. Urgences abdominales non traumatiques au CHU de Dakar: Statistique de quatre années (1973 – 1978). Dakar médical 1979; 24 (1): 90-97.
- [4] Ajaio OG. Abdominal emergencies in a tropical African population. Br J Surg 1981; 68(5): 345-7.
- [5] Adesunkanmi A, Agbakwura EA. Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropic African population. East Afr J Med 1996; 73 (11): 727-31.
- [6] Databu - Bown OD, Adotey JM. Pattern of surgical acute abdomen in the University of Port Harcourt, Teaching Hospital. West Afr J Med 1990; 9(2): 59-62.
- [7] Paterson - Brown S, Wipond MN. Modern aids to clinical decision-making in the acute abdomen. Br J Surg 1990; 77: 13-18.
- [8] Wind P, Malamut G, Guénod C et al. Stratégie des explorations des douleurs abdominales. Encycl. Med Chir. 24-039-C-10, 2004, 10p.