

# Questions pour un champion !

6

par Jacques Labrèche

**Vous voilà à l'urgence, frais et dispos, dans le calme et la sérénité habituels ! Les trois prochains patients viennent vous consulter. Voyons si votre flair clinique est bien aiguisé ! (N.B. : ces cas cliniques sont tout à fait authentiques !)**

## Cas n° 1

Monsieur X., 56 ans, vous consulte à la salle d'urgence. Il présente un éthyliste actif important et des antécédents de pancréatite chronique et d'ulcère bulbaire traité médicalement en 1987. Il souffre aussi d'une maladie cardiaque et d'une maladie vasculaire périphérique athérosclérotique ayant entraîné l'amputation du membre inférieur droit. Ses médicaments : Zantac®, Prevacid®, sulfate ferreux et aspirine.

Il y a deux jours, à la suite d'une chute dans un escalier, une douleur abdominale est apparue d'abord limitée à la région supérieure, puis diffuse et progressive, accompagnée de nombreux vomissements dont les derniers étaient teintés de sang. Monsieur X. n'a pas eu de selles depuis la veille, mais il avait jusque-là des selles normales, sans rectorragie ni méléna. À l'examen clinique, le patient est agité et souffrant. Il semble déshydraté, mais est afebrile. La pression artérielle systolique fluctue de 90 à 120 mm Hg, et le pouls est à 140. L'abdomen est silencieux, très tendu et ballonné, avec une douleur qui semble généralisée et très importante. Le toucher rectal révèle des selles noires.

Le bilan sanguin comporte plusieurs valeurs anormales :

- Hb : 103 g/l ;
- Leucocytes :  $24,3 \times 10^9/l$  ;
- Bilan de coagulation : normal ;
- Créatinine :  $165 \mu\text{mol/l}$  ;
- Glucose : 21 mmol/l ;
- Amylase : 400 mmol/l ;
- AST : 80 mmol/l ;
- ALT : 93 mmol/l ;

Voici maintenant le cliché de l'abdomen pratiqué à l'arrivée (photo 1).



Photo 1.

Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

- a) Ulcère bulbaire perforé
- b) Rupture traumatique de la rate
- c) Ischémie mésentérique
- d) Pancréatite aiguë hémorragique
- e) Cholécystite gangréneuse

Réponse : \_\_\_\_\_

Le Dr Jacques Labrèche, chirurgien général, exerce à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville.

73

## Cas n° 2

Monsieur Y., 74 ans, vient vous consulter sur les bons conseils de sa femme. Il a subi une appendicectomie en bas âge. Par ailleurs, il présente un diabète non maîtrisé ainsi qu'une hypertension artérielle pour lesquels il ne prend pas les médicaments prescrits.

Au questionnaire, le patient rapporte un arrêt complet du passage de gaz et de selles depuis cinq jours, sans douleur abdominale ni nausées ou vomissements. Il a habituellement des selles normales, sans rectorragie ni méléna. Son état général et son appétit n'ont pas changé. Ce qui l'amène à consulter, c'est qu'il se sent ballonné et a de la difficulté à attacher ses pantalons !

À l'examen, Monsieur Y. n'éprouve pas de douleur et n'est pas souffrant. Ses signes vitaux sont normaux, et il est afebrile. Par contre, l'abdomen est très distendu, tympanique et ne montre aucun péristaltisme, mais il demeure souple. Les aires inguinales sont normales, de même que le toucher rectal.

Consultez maintenant son cliché simple de l'abdomen (photo 2).

74



Photo 2.

### Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

- a) Fécalome hautement situé
- b) Hernie interne
- c) Sub-occlusion sur adhérences
- d) Volvulus du sigmoïde
- e) Excès de bons petits plats récemment !

Réponse : \_\_\_\_\_

## Cas n° 3

Monsieur Z., 74 ans, consulte pour une douleur au bas de l'abdomen. Il a déjà été opéré pour une hernie inguinale, côtés droit et gauche. Son état de santé est, par ailleurs, bon. Il y a quatre jours, il a ressenti une douleur abdominale sus-pubienne modérée, apparue de façon progressive et augmentée par les mictions. Il rapporte une diminution de la force du jet urinaire et une sensation de vidange incomplète. Il ne présente pas d'hématurie franche. La veille, la douleur s'étant nettement amplifiée, il s'est dirigé à l'urgence. Au questionnaire Monsieur Z. signale que ses selles semblent plus petites et parfois liquides, mais surtout qu'elles sont moins fréquentes. Depuis deux jours, il vomit fréquemment.

À l'examen clinique, le patient est peu souffrant, afebrile et son état général est bon. L'abdomen est souple et non distendu. On note une vague sensibilité de la région inférieure, mais aucun péritonisme. Les seules anomalies au bilan sanguin sont une leucocytose à  $20,9 \times 10^9/l$  et une hématurie microscopique. Le cliché simple de l'abdomen montre un intestin grêle distendu avec des niveaux hydro-aériques, et de l'air dans le côlon.

Monsieur Z. est admis avec un diagnostic d'infection urinaire, et on lui administre de l'ampicilline et de la gentamicine par voie intraveineuse. Les douleurs abdominales s'estompent partiellement, mais Monsieur Z. demeure nauséux et se met à vomir des matières fécaloïdes. Pendant les deux jours suivants, les clichés simples de l'abdomen restent identiques.

Voir réponses à la page suivante.

### Quelle serait votre hypothèse diagnostique la plus probable actuellement ?

- a) Gastro-entérite virale
- b) Occlusion intestinale d'étiologie indéterminée
- c) Iléus réflexe secondaire à l'infection urinaire
- d) Aversion prononcée pour la nourriture de l'hôpital !

Réponse : \_\_\_\_\_

## Réponse au cas n° 1

La radiographie de ce patient révèle des éléments franchement inquiétants. On note de l'air libre, en bonne quantité, entre les anses digestives dont les parois sont mises en relief, le long des parois abdominales et sous les coupoles diaphragmatiques. On observe également une pneumatose intestinale diffuse et un œdème marqué des parois intestinales. Le tableau clinique et les résultats radiologiques commandaient une laparotomie d'urgence. Celle-ci a permis de découvrir une **ischémie intestinale** massive de tout l'intestin grêle et d'une bonne partie du côlon. Le patient en est mort quelques heures plus tard.

L'ischémie mésentérique aiguë est une condition plutôt rare mais très morbide<sup>1</sup>. Jusqu'à 90 % des patients qui subissent une résection intestinale étendue peuvent en décéder. Elle peut être secondaire à un phénomène embolique ou thrombotique. Elle peut également être non occlusive (à bas débit). On note toutefois des similarités dans la présentation clinique, car celle-ci reflète l'ischémie intestinale subséquente.

Les patients sont souvent âgés (70 ans en moyenne) et nombre d'entre eux ont des antécédents de maladies vasculaire et coronarienne. La douleur abdominale est intense, diffuse, souvent accompagnée de vomissements et parfois de diarrhée, sanglante ou non. Au début du processus, l'abdomen est souvent souple, mais il peut rapidement montrer des signes de péritonisme à mesure que l'ischémie progresse. Les tests de laboratoire révèlent souvent une leucocytose, une acidose métabolique ainsi qu'une élévation de l'amylase sérique, des CK, LDH et transaminases.

Idéalement, une artériographie doit être pratiquée afin de confirmer le diagnostic et d'infuser, par voie du cathéter laissé en place, des vasodilatateurs pouvant temporiser l'ischémie. Une chirurgie est en général inévitable, sauf dans de rares cas d'ischémie légère ou focalisée. Il s'agit d'abord de rétablir la circulation sanguine mésentérique (par pontage ou embolectomie lorsque la chose est possible) et de pratiquer les résections intestinales nécessaires.

## Réponse au cas n° 2

À la suite du cliché simple de l'abdomen, un lavement baryté est prescrit. Ce dernier a confirmé le diagnostic de **volvulus du sigmoïde** (photo 3). Le cliché montre une obstruction complète du sigmoïde, sans épaulement ni atteinte de la muqueuse, avec un aspect en « queue de rat ».



Photo 3.

Le volvulus met en cause une torsion plus ou moins complète du sigmoïde autour d'un axe mésentérique court et fixe<sup>2</sup>. Il peut survenir de façon aiguë, sub-aiguë ou chronique et intermittente. Ce phénomène s'observe surtout chez des patients âgés et souvent débilites ayant des antécédents de constipation chronique. L'examen clinique peut donner des résultats très variables. En effet, l'abdomen peut être strictement normal si la torsion s'est résolue, mais à l'opposé, il peut être d'emblée chirurgical si la torsion a entraîné une ischémie ou provoqué une perforation.

Le cliché simple de l'abdomen est très utile dans l'établissement du diagnostic. Il montre un segment fortement dilaté de côlon à gauche, en forme de « grain de café ». Le lavement baryté confirme en général le diagnostic en révélant le classique « bec d'oiseau » à l'emplacement du volvulus.

Le traitement initial est, en général, non chirurgical. Une décompression par coloscopie s'impose en premier lieu, avec mise en place subséquente d'un tube rectal. Une chirurgie semi-urgente doit ensuite être pratiquée, de préférence au cours de la même hospitalisation, afin de réséquer le sigmoïde redondant. S'il y a échec à ce traitement plus usuel, une chirurgie d'urgence pourra alors être pratiquée.

## S U M M A R Y

**Questions for a champion!** The author presents three challenging and particular clinical cases for which the reader must find the appropriate diagnosis. The right choices are mentioned at the end of the article.

**Key words:** Mesenteric ischemia, volvulus of sigmoid, appendicitis.

### Réponse au cas n° 3

Manifestement, le patient souffre d'une sub-occlusion intestinale. Un tube naso-gastrique a été mis en place et draine plus de 400 ml de liquide verdâtre par période de huit heures. Malgré ce drainage et une forte réhydratation, aucune amélioration clinique n'a été observée. Le résultat du lavement baryté demandé en vue d'exclure une cause occlusive s'est révélé normal.

Or, nous sommes en présence d'une occlusion de l'intestin grêle chez un patient qui n'a jamais subi de chirurgie intra-abdominale. Par conséquent, une laparotomie exploratrice sera pratiquée. Celle-ci révèle un énorme **abcès appendiculaire** englobant le grêle distal, ce qui explique l'effet d'occlusion. Comme quoi une appendicite peut souvent être sournoise et difficile à diagnostiquer! ❗

**Date de réception :** 13 mars 2003

**Date d'acceptation :** 5 mai 2003

**Mots clés :** ischémie mésentérique, volvulus du sigmoïde, appendicite

### Bibliographie

1. Zuidema GD. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*, 4<sup>e</sup> éd. Saunders 1996 ; 5 : 17-54.
2. Zuidema GD, Yeo CJ. *Surgery of the Alimentary Tract*, 5<sup>e</sup> éd. Saunders 2001 ; 4 : 62-5.