

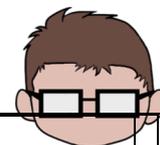


LIO - LES INFECTIONS DIGESTIVES

INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES

Cholécystite	Signes cliniques	Forme typique	Infection de la vésicule biliaire Se présente avec une fièvre de début brutal avec frissons Douleur de l'hypocondre droit Examen avec une défense ou une masse sous le foie . Généralement secondaire à une lithiase ou une obstruction.
		Forme compliquée	Forme bactériémique : bactéries circulantes Forme abcédée : pyocholécystite, abcès périvasculaire. Forme perforée = complication est la péritonite localisée ou généralisée ou gangreneuse (risque de perforation important)
	Diagnostic	Essentiellement clinique Données biologiques <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome inflammatoire - Hyperleucocytose à dominance neutrophile - Bilan hépatique : cytolysé hépatique parfois. (Élévation transaminase) - Hémoc + des fois formes bactériémiques Imagerie : écho abdo. <ul style="list-style-type: none"> - Vésicule à paroi épaissie avec +/- présence d'un ou plusieurs calculs (=lithiase) - Forme gangréneuse : évoquée devant la présence de gaz à l'imagerie 	
TT	Urgence ATB thérapie probabiliste secondairement adaptée si nécessaire. Drainage possible par voie percutanée ou chirurgicale d'un pyocholécyste <ul style="list-style-type: none"> - Infection souvent plurimicrobienne - Pathogène en cause = entérobactéries, entérocoques, anaérobies Cholécystectomie avec vérification de la voie biliaire principale : pratiquée secondairement, sauf pour les formes compliquées où elle est pratiquée en urgence.		
Angiocholite	Description	Aussi infection sur les voies biliaires Infection secondaire à un obstacle sur les voies biliaires	
	Clinique	Ictère Triade : douleur, fièvre, ictère Douleur épigastrique ou épichondre droit , majorée par <u>l'inspiration profonde</u> Fièvre élevée, frissons avec l'apparition ictère. Infections qui évoluent rapidement vers le choc septique	
	Diagnostic	Clinique +++ Biologie <ul style="list-style-type: none"> - Inflammatoire, cholestase +/- cytolysé - Hémoc positive dans la moitié des cas. Imagerie <ul style="list-style-type: none"> - Échographie +++ : dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatique avec éventuelle lithiase vésiculaire et épaississement de la paroi vésiculaire - Obstacle plus souvent par un calcul cholédocien 	
	TT	Urgence absolue Levée d'obstacle Hydratation IV, abord vasculaire + ATB thérapie Antalgique Chirurgie en urgence si complication évolutive ou choc septique, sinon ATB et geste chirurgical différé <ul style="list-style-type: none"> - Cholécystectomie et drainage VBP après amélioration du tableau septique - Drainage précoce de la VBP par sphinctérotomie endoscopique puis cholécystectomie à distance. 	
	ATB	Immédiate probabiliste puis secondairement adaptée Infection souvent polymicrobienne : entérobactérie 5 à 7 jours	
Appendicite	Signes cliniques	Pic de fréquence entre 15 et 25 ans Cause la plus fréquente des tableaux abdominaux aigus fébriles chez l'enfant + jeune adulte Diagnostic difficile , tableau parfois trompeur (localisation appendice)	
		Forme typique	Douleur continue dans la fosse iliaque droite , majorée par les efforts Fièvre modérée 38-38.5° Constipation voire arrêt des matières et des gaz Nausées vomissement Douleur à la palpation, défense fosse iliaque droite





			Douleur à la décompression au point de Mac Burney - Jonction 1/3 externe et 2/3 interne. Douleur à l' extension passive à la cuisse .	
		Formes atypiques	Diagnostics difficiles Douleur diffuse ou alors localisée à un autre endroit Défense absente	
	Complications	Péritonite	Par perforation ou diffusion Majoration de la douleur, de la fièvre et contracture abdominale pouvant évoluer vers un iléus et état de choc	
		Plaстрon appendiculaire	Péritonite localisée non abcédée Abscès péri-appendiculaire, majoration des signes cliniques, masse de la FID	
		Diagnostic	Clinique essentiellement Bio : syndrome inflammatoire et hyperleucocytose Imagerie - Epaissement de la paroi de l'appendice - Stercolithe (accumulation selles) - Hypervascularisation - Douleur au passage de la sonde échographie	
	TT	Chirurgical par coelioscopique parfois ATB thérapie IV Antalgique, hydratation Durée et choix ttt dépendent des constatations du chirurgien - Simple : pas d'ATB		
Sigmoïdite	Description	Partie terminale avant rectum		
	Clinique	Douleur localisée en regard de la fosse iliaque gauche associé à une constipation / diarrhée Fièvre Personne âgée TR douloureux Complication = péritonite		
	Diagnostic	Scanner : diverticule sigmoïdien Aspect inflammatoire du colon Évolution vers abcédassions		
	TT	1ere poussée : ATB thérapie pour éviter la chirurgie ou alors réaliser la chirurgie à distance. Chirurgie avec sigmoïdectomie et rétablissement de continuité immédiat.		
Péritonites	Description	Inflammation aigue du péritoine par inoculation septique ou chimique A partir d'un organe intra-péritonéal , par perforation d'un organe creux ou alors associé à autre Beaucoup plus rarement par voie systémique (péritonite primitive) latrogène dans les suites d'une dialyse péritonéale, d'une coloscopie		
	Clinique	Douleurs abdominales intenses et brutales localisées puis diffuses Arrêt des matières et des gaz Contractures abdominales douloureuses et invincibles (« ventre de bois ») Toucher rectal hyper-algique au cul-de-sac de Douglas Choc septique si retard de prise en charge		
		Péritonites asthéniques ou toxiques	Formes trompeuses chez les patients à terrain débilisé - Age et/ou porteurs de lourdes comorbidités - Et/ou sous traitements immunosuppresseurs Douleurs et contractures peuvent être modérées Signes généraux marqués	
		Péritonites localisées	Identification difficile	
	Pathogènes	Formes communautaires : entérobactéries, anaérobies et entérocoques Formes nosocomiales / post op : BGN résistant ou multi résistant = Pyo		
Diagnostic	Essentiellement clinique Les examens ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale Echographie et surtout TDM Hémoc et prélèvement opératoire			
TT	Chirurgie URGENCE Abord veineux pour le remplissage vasculaire ATB probabiliste IV Durée ATB courte car ttt chir : 2 à 3 jours			
A retenir	Infection pouvant être grave : choc septique, déshydratation Surveillance rapprochée de la douleur, constantes +++ Voie d'abord veineuse pour remplissage vasculaire rapide et ATB IV Mettre à jeun pour prévision d'un bloc éventuel Hémocultures ATB couvrant les germes digestifs.			

