

# URGENCES NON TRAUMATIQUES

cliquer sur les textes,  
les images  
ou les boutons actifs



Proctologie

CE orifices  
pelviens



Melaena,  
rectorragies



Hématémèse

Perforation de l'œsophage  
(Boerhaave)

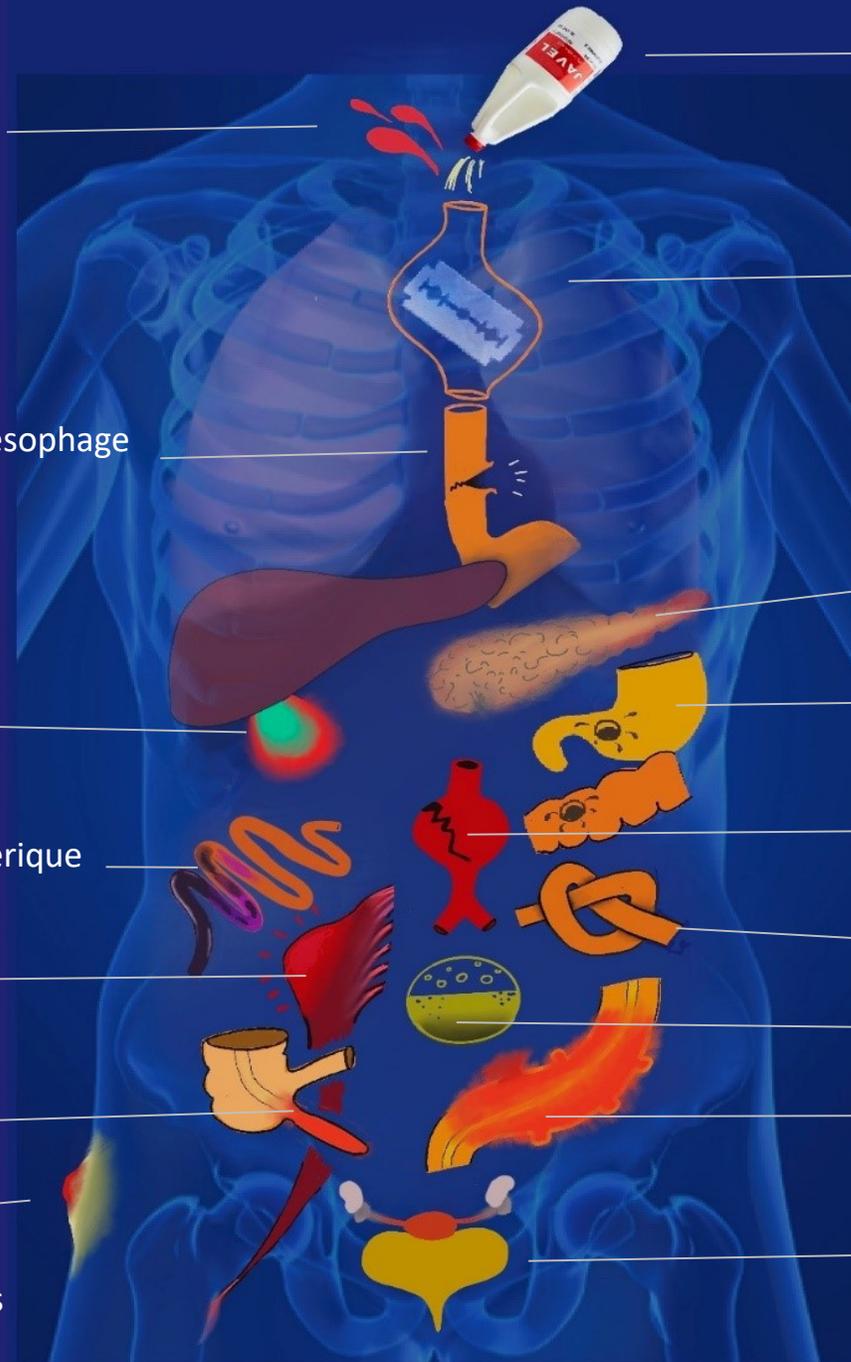
Patho. biliaire

Ischémie mésentérique

Hématome sous  
anticoagulants

Appendicite

Abcès /  
phlegmons  
des parties molles



Brûlures digestives  
par caustique

Corps étrangers  
ingérés

Pancréatite aiguë

Perfor. digestive

Rupture anévrysme  
aorte abdominale

Syndrome occlusif

Foyer profond

Diverticulite colique

Gynécologie  
Urologie (globe)

## BIOLOGIE de calcul dans la VBP

ASAT, ALAT, Bili Tot. et Conjug., GGT, PAL, NFS, CRP,  
Lipase (si suspicion de pancréatite aiguë ou migration lithiasique\*)

± bilan pré-op

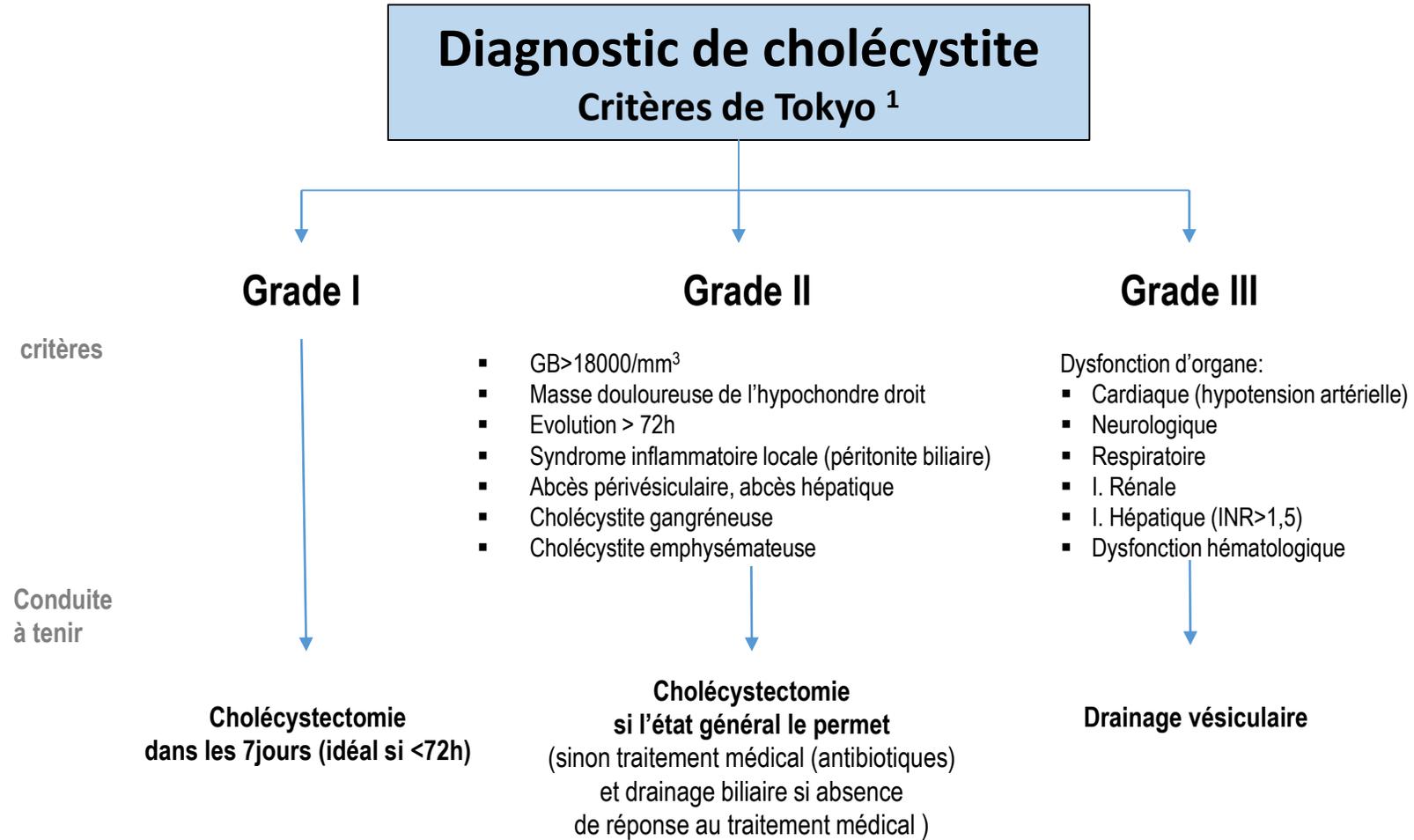
## IMAGERIE

<b>ECHOGRAPHIE</b>	Recherche de calcul vésiculaire, de cholécystite, de migration lithiasique*
<b>TDM AI</b>	Pour pancréatite aiguë biologiquement prouvée (lipase 3x la normale) Si doute diagnostique ou cholécystite alithiasique
<b>BILI - IRM</b>	Si angiocholite* (après ECHO dès l'admission) Si suspicion de calcul dans la VBP sans contexte infectieux (migration*)

\* avis gastro-entéro. : discussion de sphinctérotomie endoscopique

**ALGORITHME DECISIONNEL  
CHOLECYSTITE**





**NB:** - prélèvement bactériologique de la bile systématique pour les grades II et III  
- Scanner recommandé pour le diagnostic des cholécystites emphysémateuses et gangréneuses  
- Antibiothérapie: ceftriaxone (ou ofloxacet si allergie) + métronidazole +/- amikacine

1. Mayumi T et al.  
J Hepatobiliary Pancreat Sci.  
2018 ; 25: 96-100



# APPENDICITE (1/2)

## BIOLOGIE

NFS, CRP, Créatinine si TDM envisagé d'emblée (âge, terrain...)

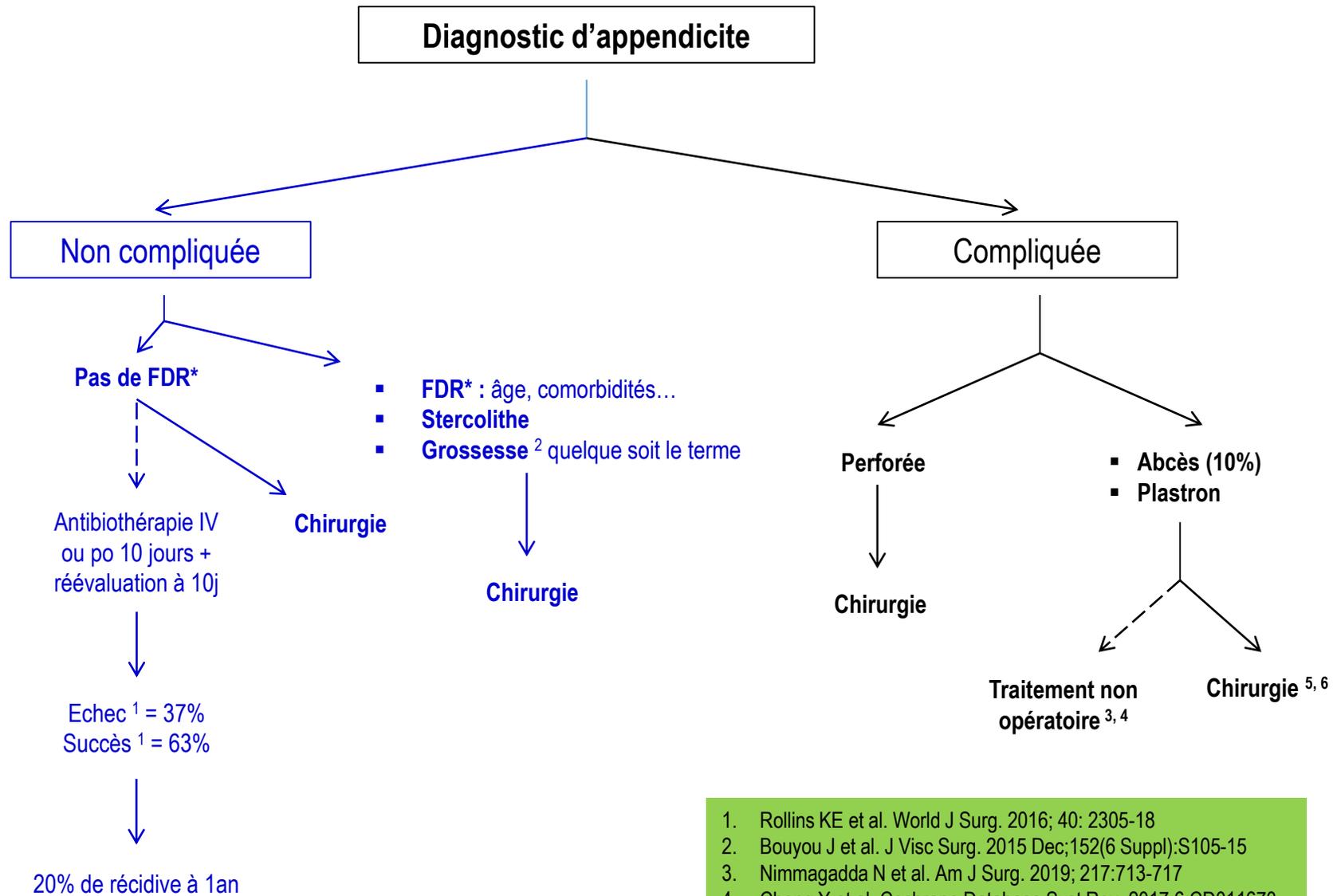
*Le cas échéant, ne pas attendre la biologie pour réaliser l'échographie*

## IMAGERIE

<b>ECHOGRAPHIE</b>	en première intention chez femme 15-50 ans ou doute avec pathologie gynéco ou chez sujet maigre
<b>TDM AI</b>	D'emblée si suspicion de complication (péritonite, sepsis) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...) ou sujet >50 ans ou obèse, ou si échographie non conclusive Avec les résultats biologiques (GB, CRP) sur le bon de Rx
<b>IRM sans injection</b>	En seconde intention après l'échographie non contributive chez la femme enceinte

ALGORITHME DECISIONNEL





1. Rollins KE et al. World J Surg. 2016; 40: 2305-18
2. Bouyou J et al. J Visc Surg. 2015 Dec;152(6 Suppl):S105-15
3. Nimmagadda N et al. Am J Surg. 2019; 217:713-717
4. Cheng Y et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6:CD011670
5. Wang V et al. Am Surg. 2019;85: 1179-1183
6. Am J Surg. 2018; 215: 586-592

\*FDR : facteur de risque



## APPENDICITE (2/2)

- Devant une douleur abdominale, aucun signe ou symptôme clinique (y compris la fièvre ou l'apyrexie) n'a de valeur diagnostique individuelle suffisamment élevée pour permettre de confirmer ou d'exclure un diagnostic d'appendicite.
- Devant une douleur abdominale, aucun paramètre biologique (leucocytes, PNN, CRP) n'a de valeur diagnostique individuelle suffisamment élevée pour permettre de confirmer ou d'exclure un diagnostic d'appendicite.
- Devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, l'absence concomitante d'une défense en fosse iliaque droite, d'une leucocytose supérieure à  $10 \times 10^9$  cellules/L et d'une CRP supérieure à 8 mg/L rend le diagnostic d'appendicite aiguë **peu probable**.
- Devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, la combinaison d'une défense en fosse iliaque droite à une leucocytose supérieure à  $10 \times 10^9$  cellules/L et une CRP supérieure à 8 mg/L chez l'homme jeune rend le diagnostic d'appendicite aiguë **très probable**.
- **Les scores** clinico-biologiques d'Alvarado et d'Andersson ne peuvent pas être considérés validés, mais peuvent apporter une aide pour apprécier la probabilité d'appendicite et pour orienter la suite de la prise en charge du patient.
- L'intérêt diagnostique de l'**échographie** paraît variable, opérateur et patient dépendant. Lorsque l'échographie visualise l'appendice, sa valeur diagnostique semble être importante. En revanche, la non visualisation de l'appendice ne permet pas d'exclure une appendicite.
- le **scanner** est performant pour établir le diagnostic d'appendicite ou pour l'exclure. L'indication de cet examen doit être posée en considérant son caractère i radiant.
- La **coelioscopie exploratrice** n'est pas à réaliser en première intention, elle peut être proposée chez la femme jeune lorsque l'imagerie (échographie puis scanner) n'est pas contributive et après avis gynécologique.
- Le traitement antibiotique de l'appendicite ne peut actuellement être considéré validé. (*ce document date de 2012*)



# DIVERTICULITE COLIQUE (1/2)

## BIOLOGIE

NFS, CRP, CREAT.

## IMAGERIE

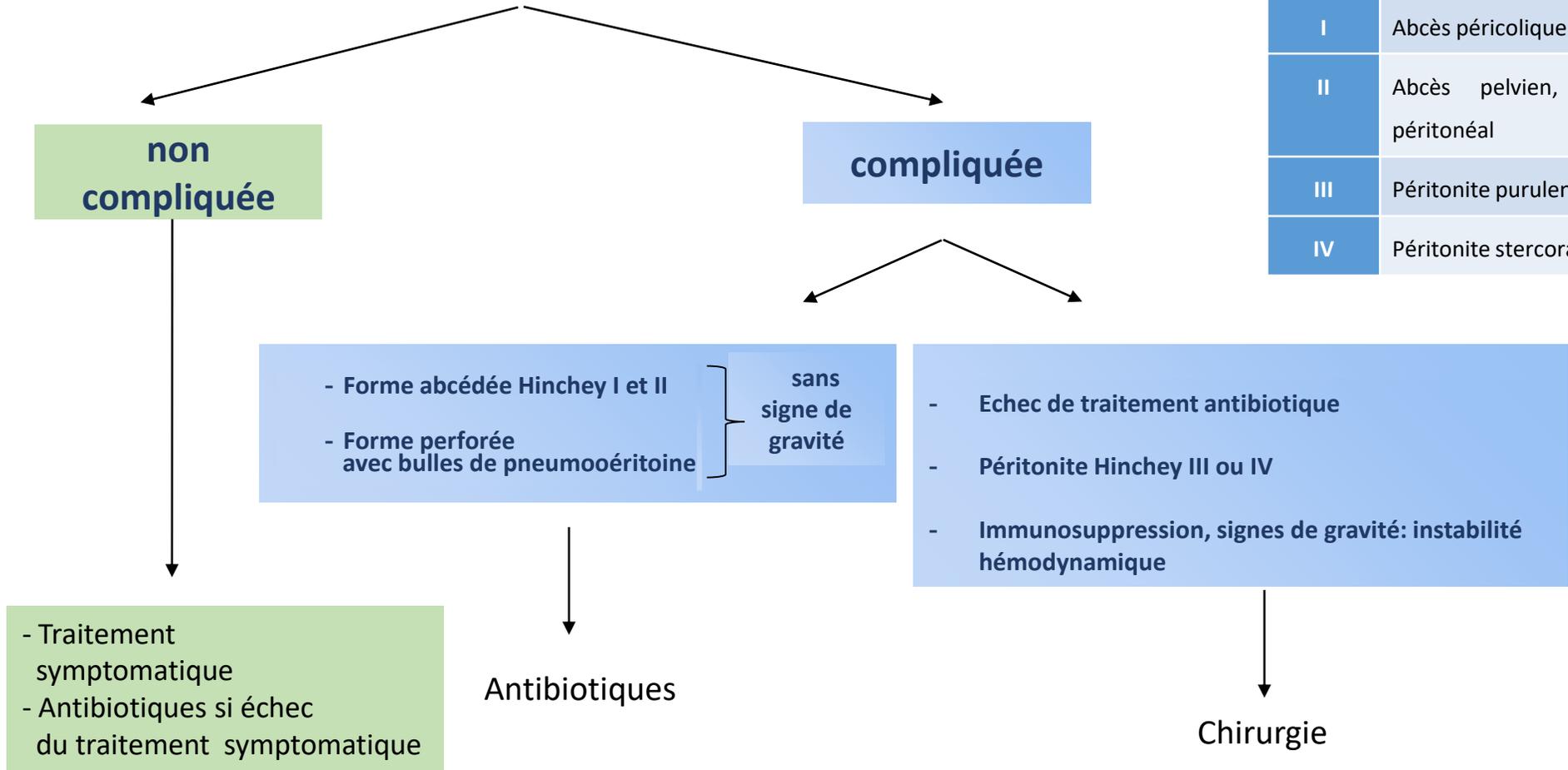
### TDM AI

(une diverticulite sur une longue boucle sigmoïdienne large peut simuler cliniquement une appendicite)  
Recherche de signes de complications (perforation, abcès...)

**ALGORITHME DECISIONNEL**



# Diverticulite sigmoïdienne



Hinchey	Description
I	Abcès péricolique
II	Abcès pelvien, intra-abdo. ou rétro-péritonéal
III	Péritonite purulente
IV	Péritonite stercorale

*voir plus...*



# PANCREATITE AIGUE

## BIOLOGIE

*Amylase inutile*

Lipase (ne pas répéter)

NFS, CRP, ASAT, ALAT, Bili Tot., Bili conj., GGT, PAL, Créat

## IMAGERIE

<b>ECHOGRAPHIE</b>	D'emblée si suspicion de pancréatite biliaire
<b>TDM AI</b>	D'emblée si doute diagnostique (la lipase peut être normale) ou formes graves (défaillance d'organe) Sinon à partir 72h des symptômes (J3-J5)
<b>Cholangio IRM</b>	En seconde intention après l'échographie si suspicion de migration alithiasique et pas de calcul à l'échographie

complément / complications

algorithme PANCREATITE BILIAIRE



# Pancréatite aiguë d'origine biliaire <sup>1</sup>

Pancréatite **Légère**: CTSI 0-3  
Pancréatite **modérément sévère**: CTSI 4-6  
Pancréatite **grave**: CTSI 7-10

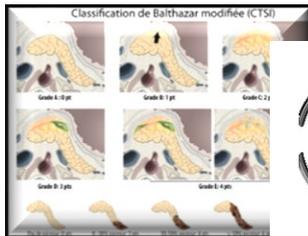
1. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. Pancreatology. 2013 ;13:e1-15.

Evaluation de la gravité

**Critères de sévérité: SIRS à l'admission et à 48h (≥ 2 critères)**

- Température > 38° ou <36°
- Pouls >90 bpm
- Fréquence respiratoire > 20/mn ou Pa CO<sub>2</sub> <32 mmHg
- GB >12 000/mm<sup>3</sup> ou <4000/mm<sup>3</sup>

Scanner avec et sans injection au 5<sup>e</sup> j après le début des douleurs  
Evaluation du CT severity index (CTSI)



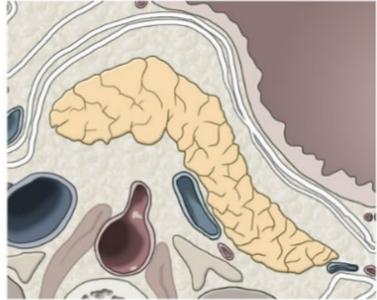
## Traitement

- Remplissage par Ringer 5-10 ml/kg/h
- Pas d'antibiotique systématique
- Surveillance du syndrome du compartiment abdominal (P°intra-abdominale > 20 mmHg)
- En cas de nécrose surinfectée, le drainage ou la chirurgie doit se faire après 4 semaines. Il faut privilégier le drainage radiologique.
- ERCP indiquée en cas d'obstacle de la voie biliaire principale
- Pancréatite légère: La cholécystectomie est à privilégier au cours de l'hospitalisation
- Pancréatite sévère: > 6 semaines

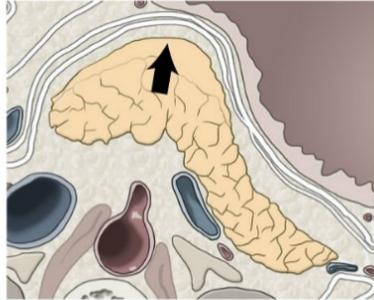


**Le Computed tomography severity index (CTSI) est coté de 0 à 10**

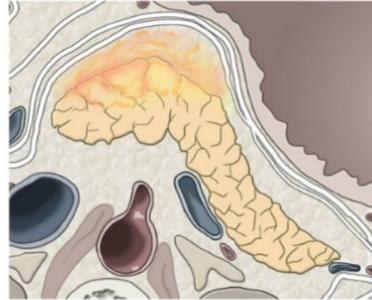
**Classification de Balthazar modifiée (CTSI)**



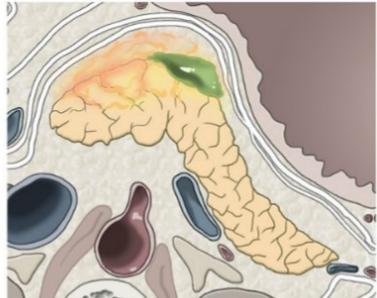
**Grade A : 0 pt**



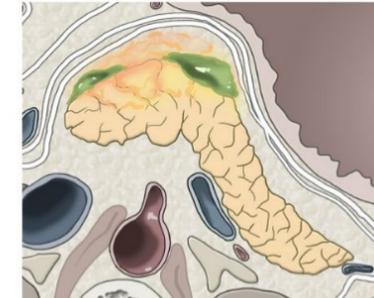
**Grade B: 1 pt**



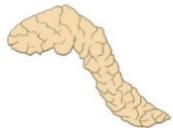
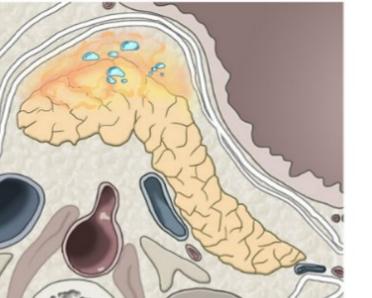
**Grade C: 2 pts**



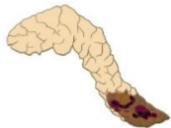
**Grade D: 3 pts**



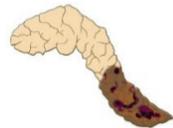
**Grade E: 4 pts**



**Pas de nécrose: 0 pts**



**0 -30% necrose: 2 pts**



**30-50% necrose: 4 pts**



**> 50% necrose: 6 pts**

**Inflammation pancréatique (classification de Balthazar):**

- A** Pancréas normal : 0 pt
- B** Elargissement focal ou diffus de la glande pancréatique : 1 pt
- C** Densification de la graisse péripancréatique : 2 pts
- D** Collection unique : 3 pts
- E** Au moins deux collections ou une collection contenant des bulles d'air : 4 pts

**Nécrose pancréatique :**

- Pas de nécrose :** 0 pt
- Nécrose < 30 % :** 2 pts
- Nécrose 30-50 % :** 4 pts
- Nécrose > 50 % :** 6 pts



# Pancréatite aiguë:

actualisé : avril 2021

## Diagnostic:

- Douleur épigastrique
- Lipase > 3xN

Bio: ALAT 3xN : suspicion lithiasique (mémo: **ALAT** / **Lithiase**)

## Imagerie:

Echo: recherche lithiase

Scanner à faire au 5<sup>ème</sup> jour (recherche complications)

## Evaluation gravité:

**SRIS** (sd de réponse inflammatoire systémique): 2 critères:

- T° > 38° ou < 36°
- FC > 90/mn
- FR > 20/mn
- GB > 12000 ou < 4000

**A l'admission et à 48h**

## **Gravité:**

- PA mineure
- PA moyennement sévère: défaillance d'organe résolutive en 48h
- PA sévère: défaillance persistante > 48h

Remplissage

Pas d'antibioprophylaxie

Alimentation orale précoce après cholécystectomie et réduction des douleurs dans les pancréatite bénigne

Alimentation entérale continue précoce par sonde naso-jéjunale ou sonde nasogastrique

CPRE si angiocholite associée (<24h)

Quand faire la cholécystectomie ?

48-72h – 1 semaine: après le début des symptômes + cholangiographie

A distance si PA sévère



# Pseudokyste du pancréas:

Constitution en 4 semaines, on parle de pseudokystes après 6 semaines  
50% résorption spontanée

## Risques:

- Hémorragie
- Surinfection
- Compression des organes de voisinage

voir ex. scanner

## Pseudokyste qui saigne:

- Traitement radiologique = embolisation
- Traitement chirurgical = gastrotomie antérieure et postérieure, kystotomie, et hémostase +/- colle hémostatique (floseal)

## Pseudokyste infecté

- Traitement radiologique = drainage percutané
- Traitement chirurgical = drainage avec Petzer

## Indication dérivation pseudokyste: PK > 5 cm pendant > 6 semaines

### Alternatives:

- 1) Traitement médical
- 2) Traitement endoscopique: dérivation kystogastrique
- 3) Traitement radiologique interventionnel: dérivation externe
- 4) Traitement chirurgical: kysto-gastrostomie ou kystojéjunostomie transmésocolique

### Risques:

- 1) Risque hémorragique: A et V spléniques
- 2) Risque infectieux kysto-gastrique car anastomose non déclive

Si pancréatite d'origine lithiasique: prévoir cholécystectomie à distance



# Pancréatite nécrosante:

*actualisé : avril 2021*

Dépend de 2 facteurs: défaillance multiviscérale et surinfection de la nécrose  
PAN sévère: 10-20% des pancréatites aiguës

**Indications du traitement de la nécrose:** si nécrose pancréatique surinfectée

La chirurgie de la nécrose doit s'effectuer après 4 semaines minimum

**Step up approach:** augmentation du degré d'invasivité en fonction de la réponse (t°, GB, CRP)

**Stratégie 3D:** Delay, Drain and Debride

## Techniques:

- Drainage radiologique: cartographie des coulées
- En l'absence d'amélioration après 72h, amélioration du drainage: lavage + drainage
- Nécrosectomie vidéoassistée à s'aidant du drainage radiologique + drainage avec gros drain
- Nécrosectomie par voie endoscopique Transgastrique
- Nécrosectomie par laparotomie +/- VAC

## Autres complications de la pancréatite aiguë:

- Hémorragie intrapéritonéale aiguë: embolisation
- Syndrome du compartiment abdominal
- Ischémie et perforation digestive



# PERFORATION DIGESTIVE

## BIOLOGIE

NFS, CRP, ASAT, ALAT, Bili T, Bili conj., GGT, PAL, Créat

*Lactates : inutile*

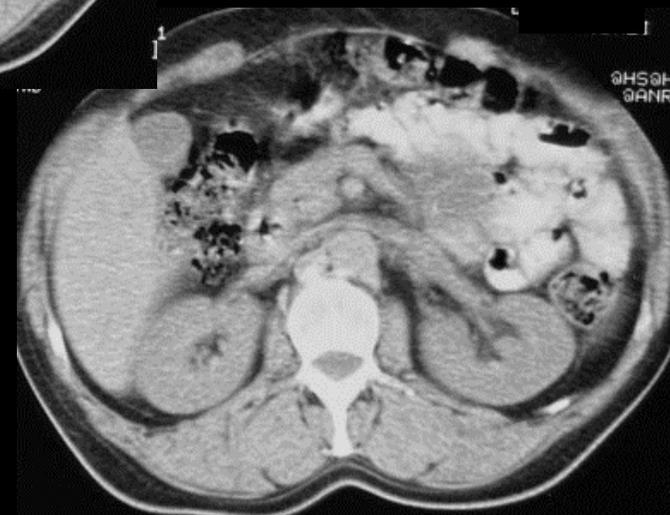
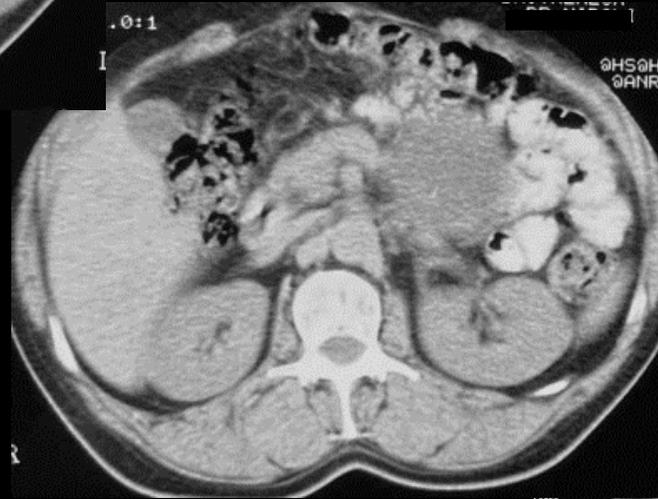
[bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

<i>(Rx ASP</i>	<i>non indiquée)</i>
<i>(ECHOGRAPHIE</i>	<i>non indiquée)</i>
<b>TDM AI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oriente vers la cause (perforation gastrique vs colique)</li><li>• Permet de poser le diagnostic différentiel</li></ul>



# Pseudo-kyste hémorragique du Pancréas



# SYNDROME OCCLUSIF

**EN DEHORS DE BRIDES**

**occlusion SUR BRIDES  
protocole gastrografine**



# SYNDROME OCCLUSIF (sauf brides) (1/2)

## BIOLOGIE

NFS, CRP, lactate, [bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

### TDM AI

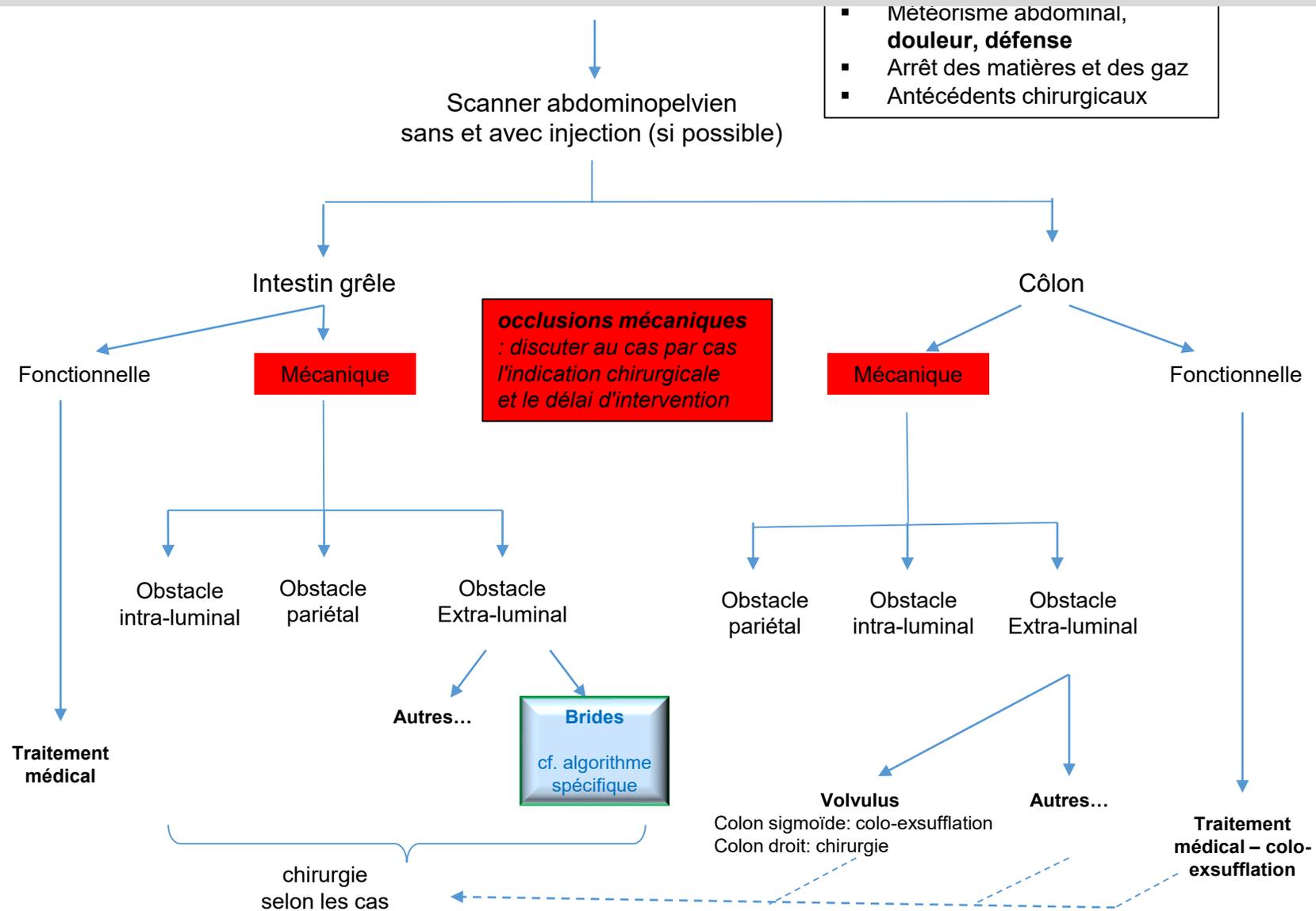
Confirme le diagnostic  
Oriente vers l'étiologie  
Évalue la gravité  
Scanner SI intéressant si injection impossible

**ALGORITHME DECISIONNEL**



← occlusion

# SYNDROME OCCLUSIF (sauf brides) (2/2)



# SYNDROME OCCLUSIF SUR BRIDES (1/2)

## BIOLOGIE

NFS, CRP, lactate, [bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

### TDM AI

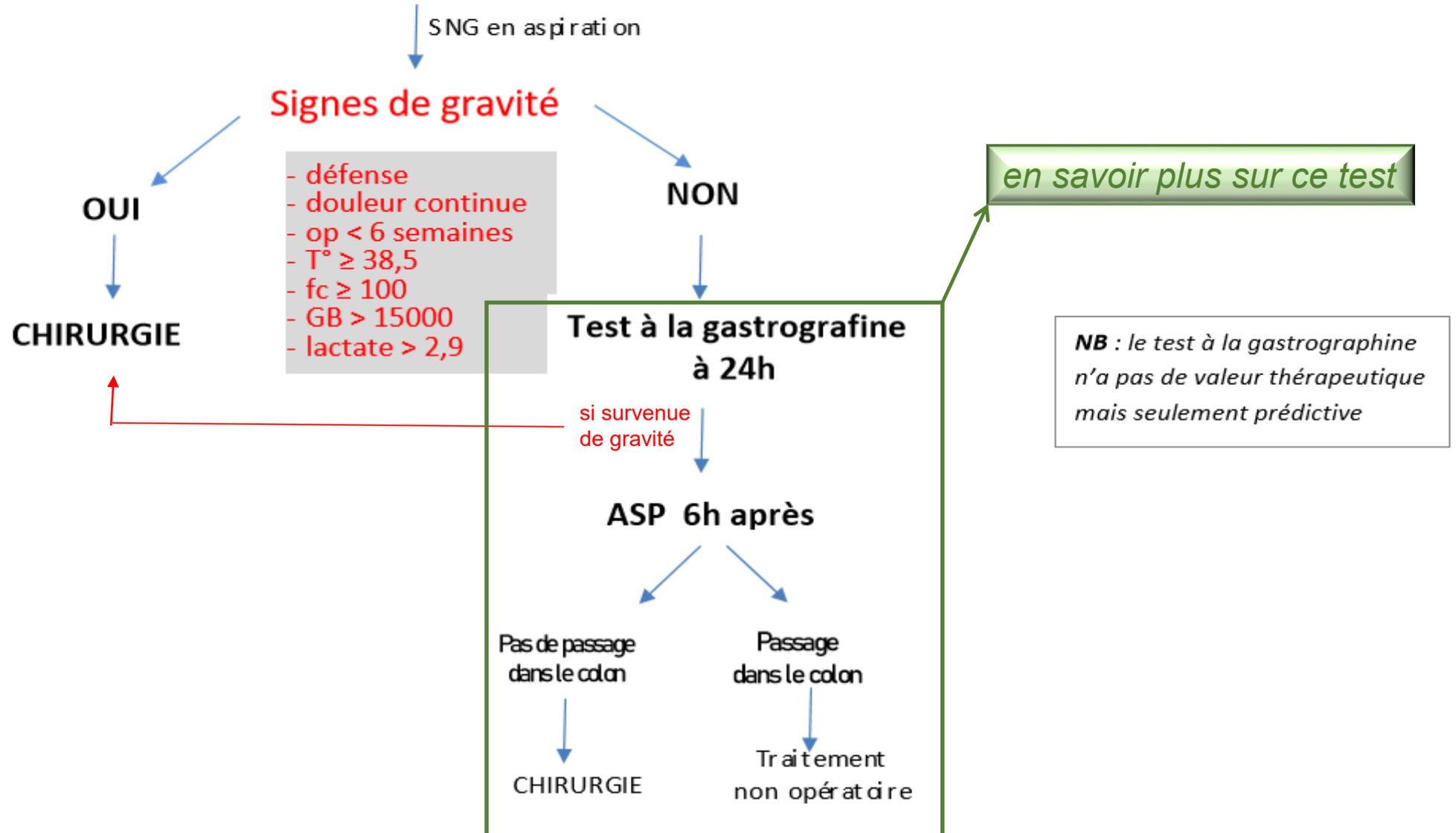
Confirme le diagnostic  
Oriente vers l'étiologie  
Évalue la gravité  
Scanner SI intéressant si injection impossible

**ALGORITHME DECISIONNEL**



# SYNDROME OCCLUSIF SUR BRIDES

(2/2)



# PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE (BOERHAAVE)

## BIOLOGIE

.....

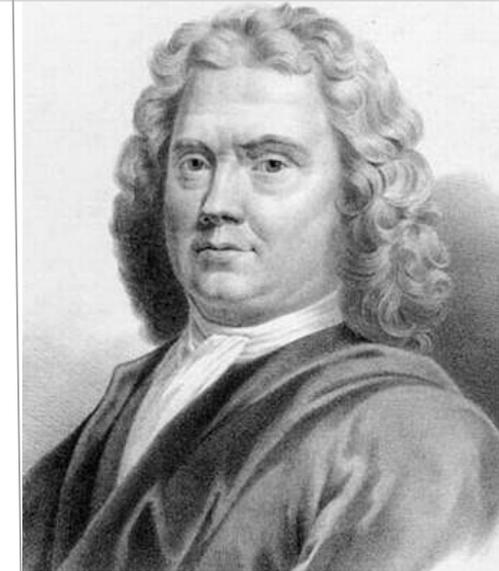
lactate

[bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

<b>TDM AI TAP...</b>	...puis discuter opacification oesophagienne éventuelle
<b>Endoscopie haute avec CO2</b>	(au bloc op) à discuter selon les donnée de la clinique et du TDM,

**ALGORITHME DECISIONNEL**



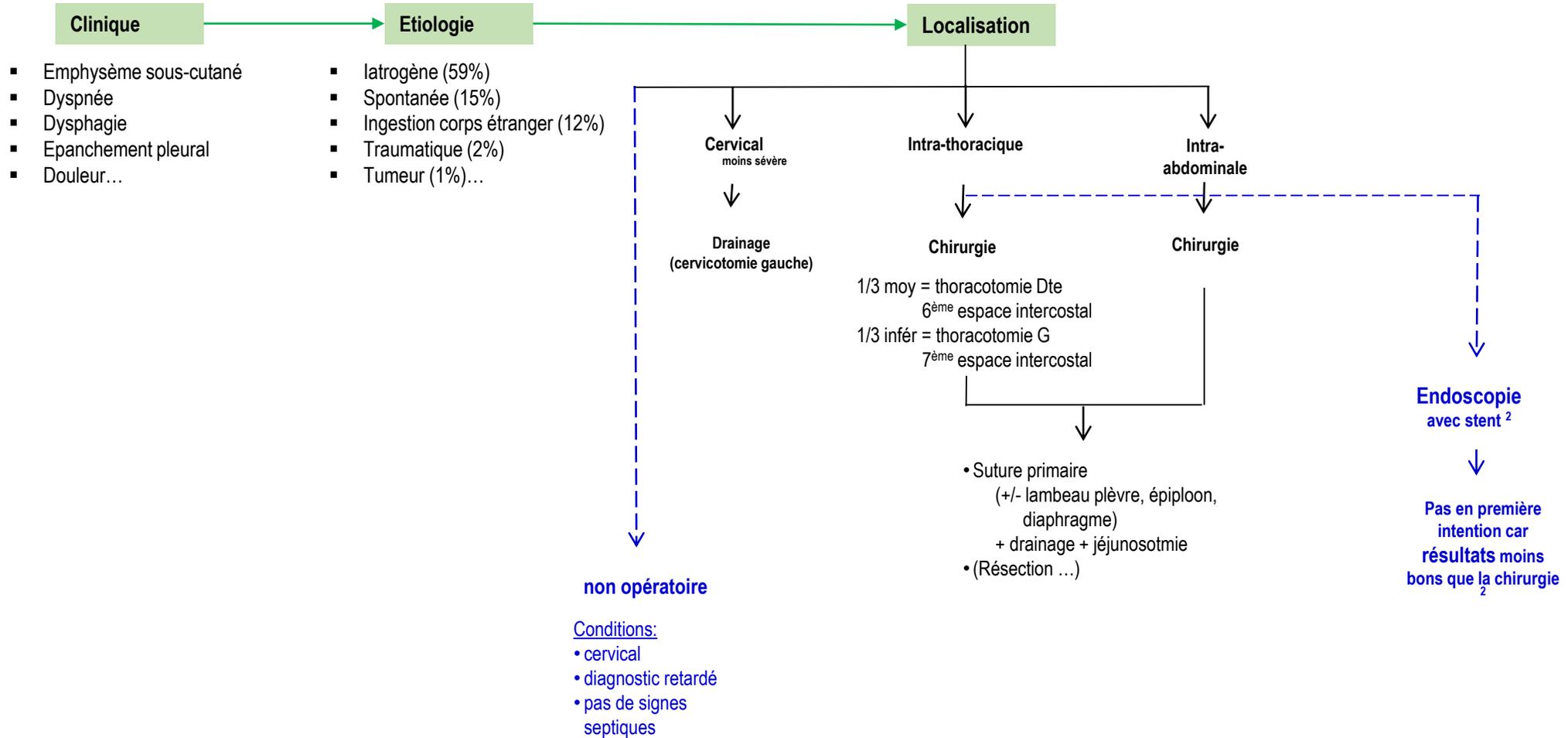
**Herman BOERHAAVE**  
1668-1738

[Mort de l'Amiral van Wassenaer](#)



# Perforation œsophage <sup>1</sup>

**Mortalité 20%**  
**Diminution de la mortalité de 50%**  
**si diagnostic précoce**



1. Brinster CJ et al. Ann Thorac Surg. 2004; 77:1475-83.  
2. Schweigert M et al. Am Surg. 2013; 79: 634-40



# BRULURES DIGESTIVES PAR CAUSTIQUE (1/2)

## BIOLOGIE

NFS  
GDS, lactate  
± [bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

**TDM AI TAP**

si doute sur perforation oeso-gastrique

**Endoscopie  
digestive haute  
au CO<sup>2</sup>**

vidéo-endoscopie (en présence du chirurgien), optimale entre la 6<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> h, à répéter éventuellement

**ALGORITHME DECISIONNEL**



# Ingestion de caustique

(2/2)

Acides = nécrose avec coagulation  
Bases = nécrose liquéfaction  
(soude caustique) → **sévère**

- Déterminer la quantité
- Déterminer le produit ingéré
- Ingestion associée de drogues ?
- Comorbidités ?

Ne pas faire vomir  
Pas de lavage gastrique

Examen ORL  
+/- trachéostomie

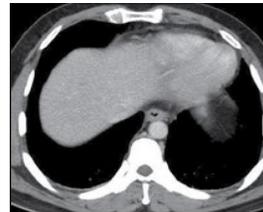
Endoscopie (6-24h)

si ETAT de CHOC

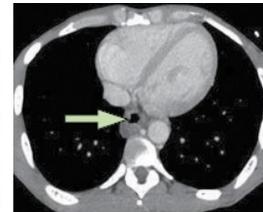
Classification de ZARGAR

Grade 0 = Normal  
Grade I = œdème et hyperhémie de la muqueuse  
Grade IIa = Ulcérations superficielles  
Grade IIb = ulcérations circonférentielles et profondes  
Grade IIIa = multiples ulcérations profondes et zones dispersées de nécrose  
Grade IIIb = nécrose extensive

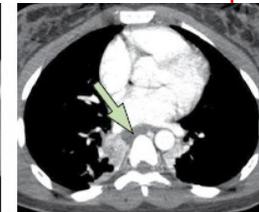
Scanner TAP injecté



Grade I  
(normal)



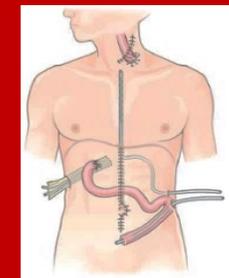
Grade II  
(hyperhémie, inflammation)



Grade III  
(Nécrose)

Chirurgie =

- Stripping œsophage
- Oesophagostomie
- Jéjunostomie
- Drainage



# FOYER PROFOND (SEPSIS GRAVE)

## BIOLOGIE

NFS, CRP, GDS et Lactate  
Hémocultures

[bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

### TDM AI

- d'emblée
- NB : un abcès de la marge anale, infra-clinique, ou un abcès ischio-rectal, si suspicion clinique, peut nécessiter un TDM en urgence.

[→ voir aussi abcès de la marge anale](#)



# ISCHEMIE DU MESENTERE

## BIOLOGIE

NFS (leucocytose précoce)  
GDS  
Lactate (redoser à H6)

## IMAGERIE

### TDM AI

si forte suspicion, l'urgence de l'imagerie ne permet pas d'attendre la créatininémie (prévenir les service de Réa référent en vue d'une dialyse).

**Une ischémie mésentérique est à suspecter devant toute douleur abdominale chez un patient "vasculaire"**

*(se méfier des syndromes atypiques asthéniques chez des personnes âgées)*

Si ischémie veineuse le TDM AI a une spécificité et une sensibilité de 100 %

**ALGORITHME DECISIONNEL**



# Ischémie mésentérique

- Lactates >2 mmol/l
- D-Dimères >0.9 mg/L
- **Aucun critère clinique ou paraclinique spécifique**
- **Scanner abdomino-pelvien avec injection**

Ischémie mésentérique non  
occlusive (NOMI)  
(= bas débit)

Laparotomie exploratrice

Ischémie mésentérique occlusive

- Embole artériel (50%)
- Thrombose artérielle (15-25%)

Laparotomie exploratrice

- « **Damage control** »: résection sans anastomose des zones nécrosées
- Palpation de l'AMS: geste de **revascularisation possible ?**  
**Appeler chirurgien vasculaire**
  - Endovasculaire? (possible si prise en charge très précoce)
  - Embolectomie ?
  - Bypass vasculaire ?
- Antibiothérapie large spectre

2<sup>nd</sup> look à 24 – 48 h  
(privilégier les stomies)

*6600 = si possible : anastomose(s) au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> look*

Thrombose veineuse  
mésentérique (5-15%)

Anticoagulation +  
antibiothérapie large spectre

mauvaise évolution, péritonite...

Laparotomie exploratrice

**NB:** 1) en cas de nécrose extensive de l'intestin grêle et du risque de syndrome de l'intestin court  
2) Discussion importante avec la famille en préopératoire



# HEMATOME SOUS ANTICOAGULANT (ex. PSOAS) (1/2)

## BIOLOGIE

NFS, TCA, TP/INR, fibrinogène +/- anti XA /anti IIa selon le traitement anticoagulant (HBPM, Xarelto, Eliquis, Pradaxa ? à préciser)  
Créatinine  
± [bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

<i>(Echographie</i>	<i>non indiquée)</i>
<b>TDM AI</b>	Confirme et localise l'hématome
<b>Avis radiologue vasculaire interventionnel</b>	si saignement actif et si la crase est optimisée

**ALGORITHME DECISIONNEL**



# Hématome du muscle ilio-psoas

(2/2)

- Post-traumatique ?
- Anticoagulation ?
- Iatrogène ? (chirurgie rachis lombaire)

Correction des troubles de la crase

Scanner abdomino-pelvien avec injection:  
Saignement actif ?

+

Discuter embolisation

-

Evaluation de la fonction du nerf fémoral (sensitif et moteur)

- **Moteur:** Flexion de la cuisse sur le tronc
- **Sensibilité:** haut de la cuisse, face antérieure de la cuisse, genou, face interne de la jambe jusqu'à la cheville
- +/- EMG

Déficit partiel

Déficit total

Surveillance

Chirurgie

(voie d'abord iliaque pour accès au rétropéritoine)



# HEMATEMESE / MELAENA / RECTORRAGIES

## BIOLOGIE

NFS, bilan standard d'hémostase (TP/INR, TCA, Fibrinogène)

± [bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

<b>ENDOSCOPIE</b>	Explorations endoscopiques en première intention (notamment la fibroscopie haute)
<b>ANGIO-TDM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hémorragie digestive sans cause retrouvée à la gastroscopie</li><li>• En cas de suspicion d'origine basse, une recto-sigmoïdoscopie est rarement possible en urgence et sans préparation. Une TDM AI est alors indiquée.</li><li>• Scanner AI systématique si antécédents de chirurgie aorte abdominale (<i>fistule aorto-digestive jusqu'à preuve du contraire</i>)</li><li>• Un saignement bas avec une notion de chirurgie proctologique récente impose une hospitalisation avec examen local au bloc opératoire</li></ul>
<b>Anus-rectoscopie</b>	à réaliser aux Urgences



# FISSURE / RUPTURE DE L'AORTE ABDOMINALE

## BIOLOGIE

.....

[bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

<b>FAST-ECHO</b>	Elimine un épanchement intra-péritonéal ; peut donner des images évocatrices d'anévrisme.
<b>TDM AI</b>	NB : en cas de choc, aucun examen d'imagerie ne doit retarder l'acte chirurgical

*Contacter le chirurgien vasculaire (mais débiter la laparotomie médiane...)*



# GYNECOLOGIE



**DOULEURS PELVIENNES**

**GEU ROMPUE**

# UROLOGIE



**GLOBE VESICAL**



# GYNECO / DOULEURS PELVIENNES

## BIOLOGIE

**hCG chez toute femme en âge de procréer.** (en urgence si suspicion de GEU)

NFS, CRP, BU

± bilan pré-op

## IMAGERIE

**ECHOGRAPHIE  
PELVIENNE**

voie endovaginale en disposant des hCG si suspicion de GEU



# GYNECO / RUPTURE DE G.E.U.

## BIOLOGIE

hCG (en urgence)

[bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

### ECHOGRAPHIE PELVIENNE

voie endovaginale et/ou sus-pubienne sans retarder l'intervention chirurgicale, avec l'objectif premier de rechercher un épanchement péritonéal



# UROLOGIE : GLOBE VESICAL

LE DIAGNOSTIC D'UN GLOBE EST AVANT TOUT CLINIQUE !

## BIOLOGIE

créat. Na, K

## IMAGERIE

### ECHOGRAPHIE (BLADDER SCAN)

au lit du patient (si possible)

### ECHOGRAPHIE

- après dérivation des urines, pour évaluer les voies urinaires supérieures, la vessie et la prostate
- Attention si insuffisance rénale ou dilatation du haut appareil au syndrome de levée d'obstacle
- Attention aux contre-indications au sondage vésical et du cystoKT (avis urologique)



# CORPS ETRANGERS INGERES

## BIOLOGIE

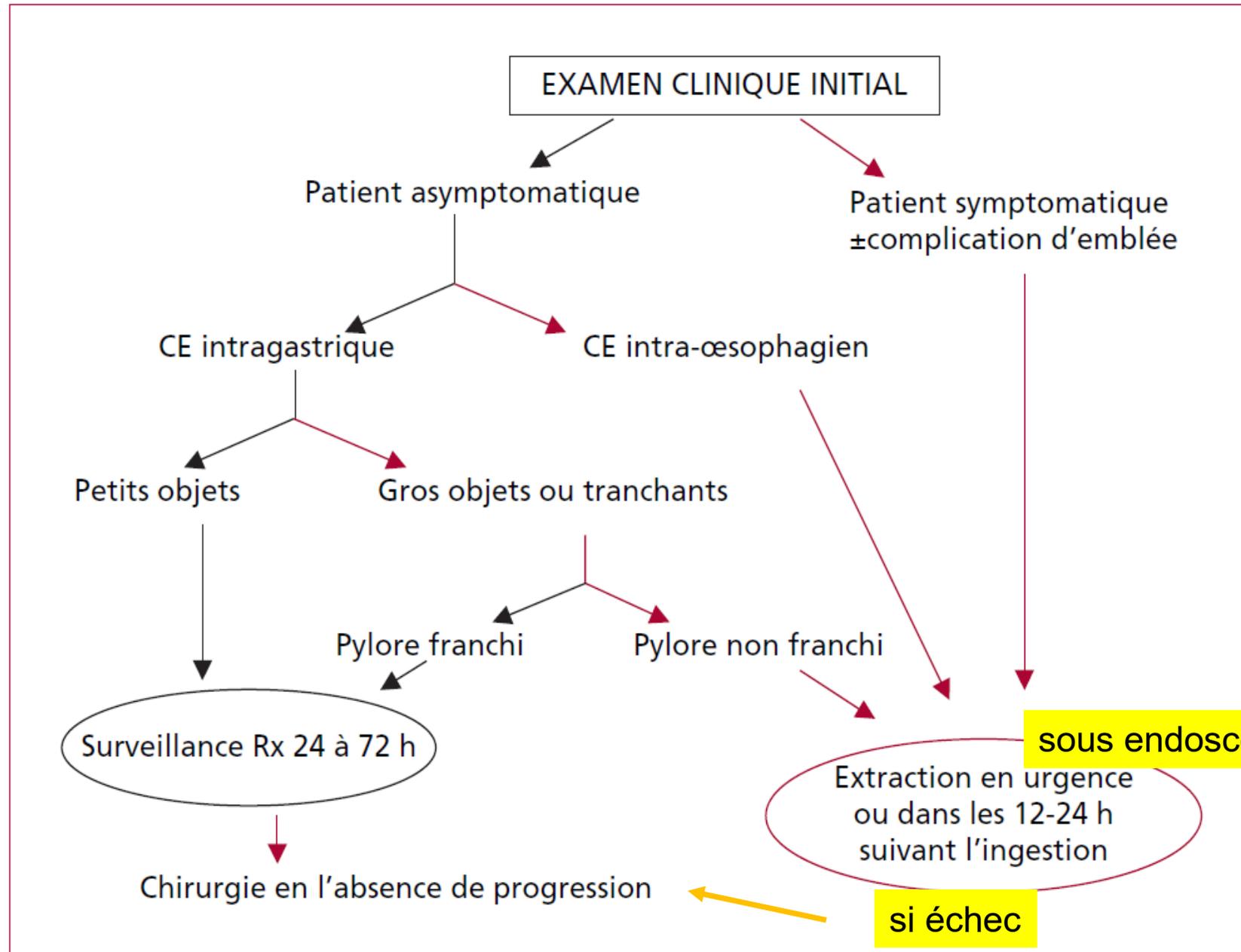
AUCUN (sauf bilan pré-op éventuel)

## IMAGERIE

<b>Thorax F+P, inspir+expir</b>	suivant l'état du patient, si symptomatique (Rx Thorax en expiration important pour évaluation du trapping en cas d'inhalation)
<b>ASP F+P debout</b>	la radiographie standard cherche la localisation et aussi la présence d'air anormale témoin de perforation
<b>RX parties molles cervicales F+P</b>	Si examens précédents négatifs ou signes cliniques locaux (dysphagie)
<b>TDM SI &amp; AI en 3D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• dans certains cas particuliers</li><li>• Le scanner SI est l'examen de référence pour mettre en évidence les "boulettes" (de cocaïne) chez les "<i>body packers</i>" : <b>prévenir Réanimateurs</b></li><li>• Une surveillance étroite s'impose en cas de découverte de ces CE.</li></ul>



# CORPS ETRANGERS INGERES



VOIR AUSSI RECO  
DE LA SFED 2007



# CORPS ETRANGERS INGERES

## Take home messages

- L'ingestion de CE est un problème fréquent en pratique de médecine adulte mais surtout pédiatrique.
- Près de 80 % des CE ingérés traversent spontanément la filière digestive sans aucune complication, 10 à 20 % nécessitent la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1 % une intervention chirurgicale.
- L'évaluation clinique et radiologique initiale va guider la conduite à tenir dans les premières heures.
- Les CE à extraire sont principalement ceux impactés dans l'œsophage, les CE volumineux et ceux qui sont dangereux tels les objets acérés, les piles, les aimants.
- L'endoscopie doit être effectuée dans des conditions optimales (anesthésie générale, intubation, opérateur expérimenté) avec un petit matériel adapté.
- Si l'endoscopie n'est pas nécessaire ou n'est plus possible, une surveillance clinique et radiologique doit être organisée.
- La prévention est le meilleur traitement chez l'enfant.

**HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive**  
vol. 18 n° 3, mai-juin 2011

VOIR AUSSI RECO  
DE LA SFED 2007



# CORPS ETRANGERS INGERES

## Recommandations de la SFED Mars 2007

- ▶ 80-90% des CE ingérés passent spontanément, 10-20% nécessitent des manoeuvres d'extraction non chirurgicales moins de 1 % a recours à la chirurgie.
- ▶ Doivent être enlevés en urgence : les CE obstructifs de l'hypopharynx et de l'oesophage, les CE coupants ou tranchants (15-35% de perforation), les piles bloquées dans l'oesophage, les CE étrangers d'épaisseur > 2,5 cm et de longueur > 6 cm (quand impactés dans l'oesophage ou estomac)
- ▶ Surveillance :
  - Quand le pylore a été franchi : les CE mousses : radiographie / semaine ; CE tranchants : radiographie/jour (chirurgie si retrouvé au même site pendant 3 jours)
  - "Body-packing" : surveillance Rx /jour (chirurgie si suspicion de perforation ou sachets bloqués > 48h)

[Voir tout l'article](#)



LOGIGRAMME

# "PROCTOLOGIE"

ABCES DE LA MARGE

KYSTE PILONIDAL INFECTE

suspicion  
de CORPS ETRANGERS  
des orifices pelviens



# SUSPICION DE CE ORIFICIELS PELVIENS

## IMPORTANCE DE L'INTERROGATOIRE ET DES TOUCHERS PELVIENS

### BIOLOGIE

[± bilan pré-op](#)

### IMAGERIE

**ASP F+P debout**

CE visibles si radio-opaques !

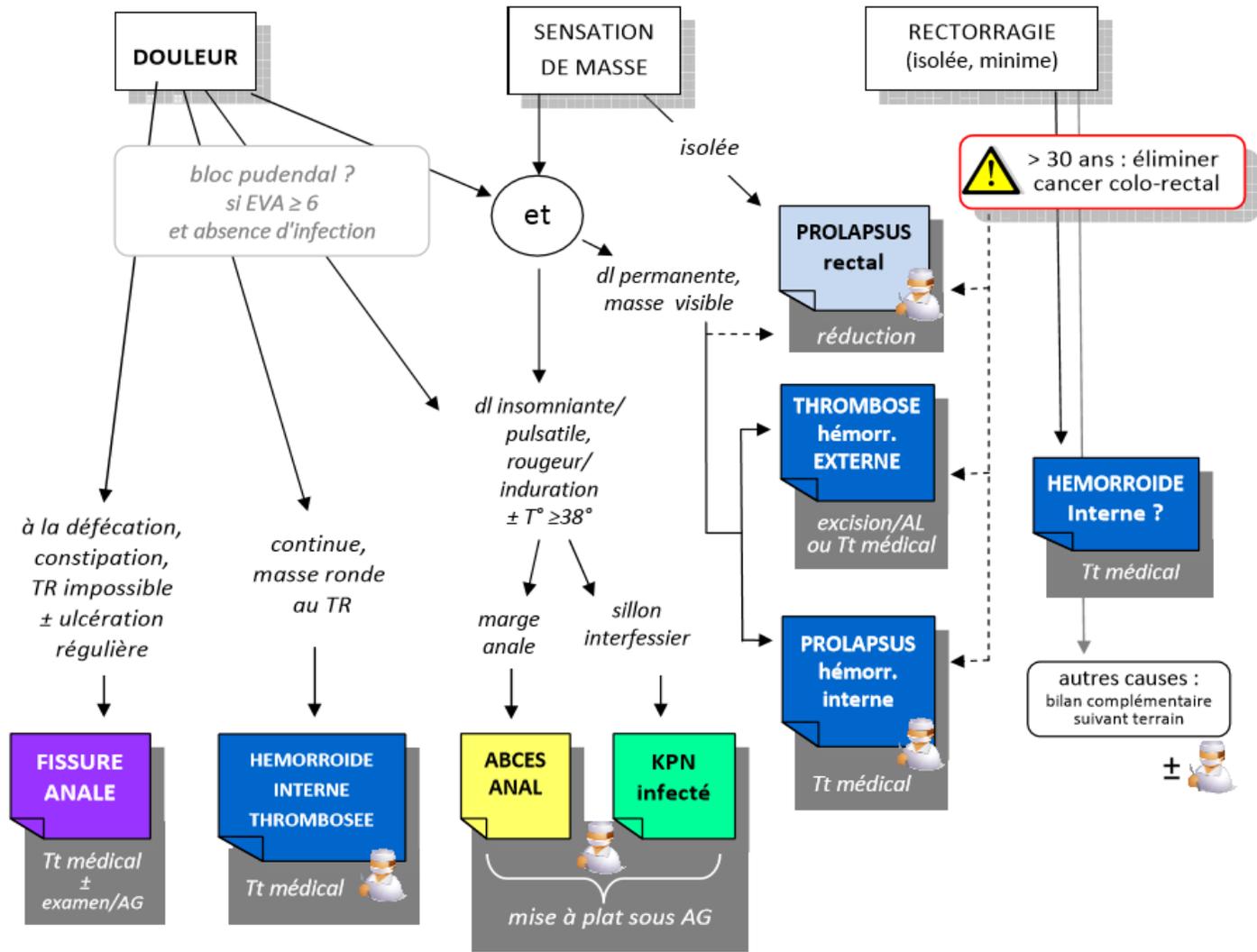
**TDM SI ou AI**

- le scanner peut-être utile mais les plastiques sont difficilement visibles.
- Une exploration endoscopique et une extraction instrumentale peut être nécessaire au bloc opératoire sous AG

LOGIGRAMME PROCTO



← procto



**Logigramme diagnostique et orientations thérapeutiques en urgence pour la pathologie proctologique usuelle (à l'exception des corps étrangers)**

= avis chirurgical requis

( dl=douleur ; KPN=kyste pilonidal ; AL/AG=anesthésie Locale/Générale ; Tt=traitement)

J. Quesada, J Ph Steinmetz  
Hôpital de Hautepierre  
novembre 2014



# ABCES / PHLEGMON DES PARTIES MOLLES SUPERFICIELLES

## BIOLOGIE

Sauf contexte particulier, la NFS et la CRP ne sont pas contributifs à la prise en charge

Glycémie si suspicion de diabète ou d'abcès récidivants

± bilan pré-op

## IMAGERIE

**AUCUNE**

L'indication est portée sur la clinique (le caractère insomniant et pulsatile signe l'indication opératoire)

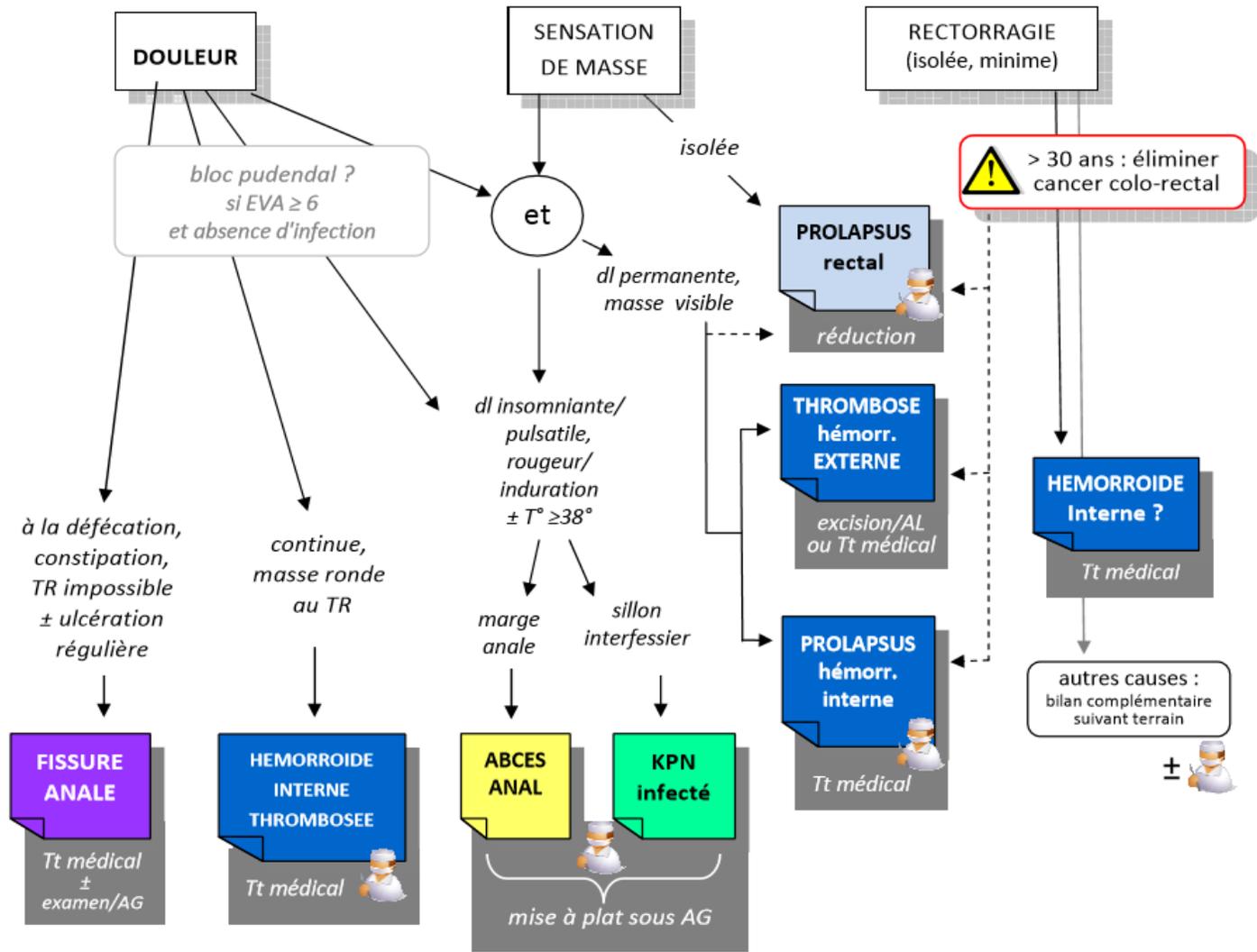
! l'échographie...

*...peut être utile pour le Dg différentiel avec les fistules/anévrysmes inflammatoires*



*les abcès de la marge anale et du périnée évoluent dans un contexte particulier et sont traités à part*





**Logigramme diagnostique et orientations thérapeutiques en urgence pour la pathologie proctologique usuelle (à l'exception des corps étrangers)**

= avis chirurgical requis

( dl=douleur ; KPN=kyste pilonidal ; AL/AG=anesthésie Locale/Générale ; Tt=traitement)

J. Quesada, J Ph Steinmetz  
Hôpital de Hautepierre  
novembre 2014



# ABCES DE LA MARGE ANALE

## BIOLOGIE

Sauf contexte particulier, la NFS et la CRP ne sont pas contributifs à la prise en charge

Glycémie si suspicion de diabète ou d'abcès récidivants

[± bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

**AUCUNE le plus souvent**

L'indication est portée sur la clinique (le caractère insomniant et pulsatile signe l'indication opératoire)

**IRM pelvienne**

Un abcès de la marge anale infra-clinique ou un abcès ischio-rectal peut nécessiter une IRM après avis du senior de chirurgie digestive (ou à défaut un scanner AI)

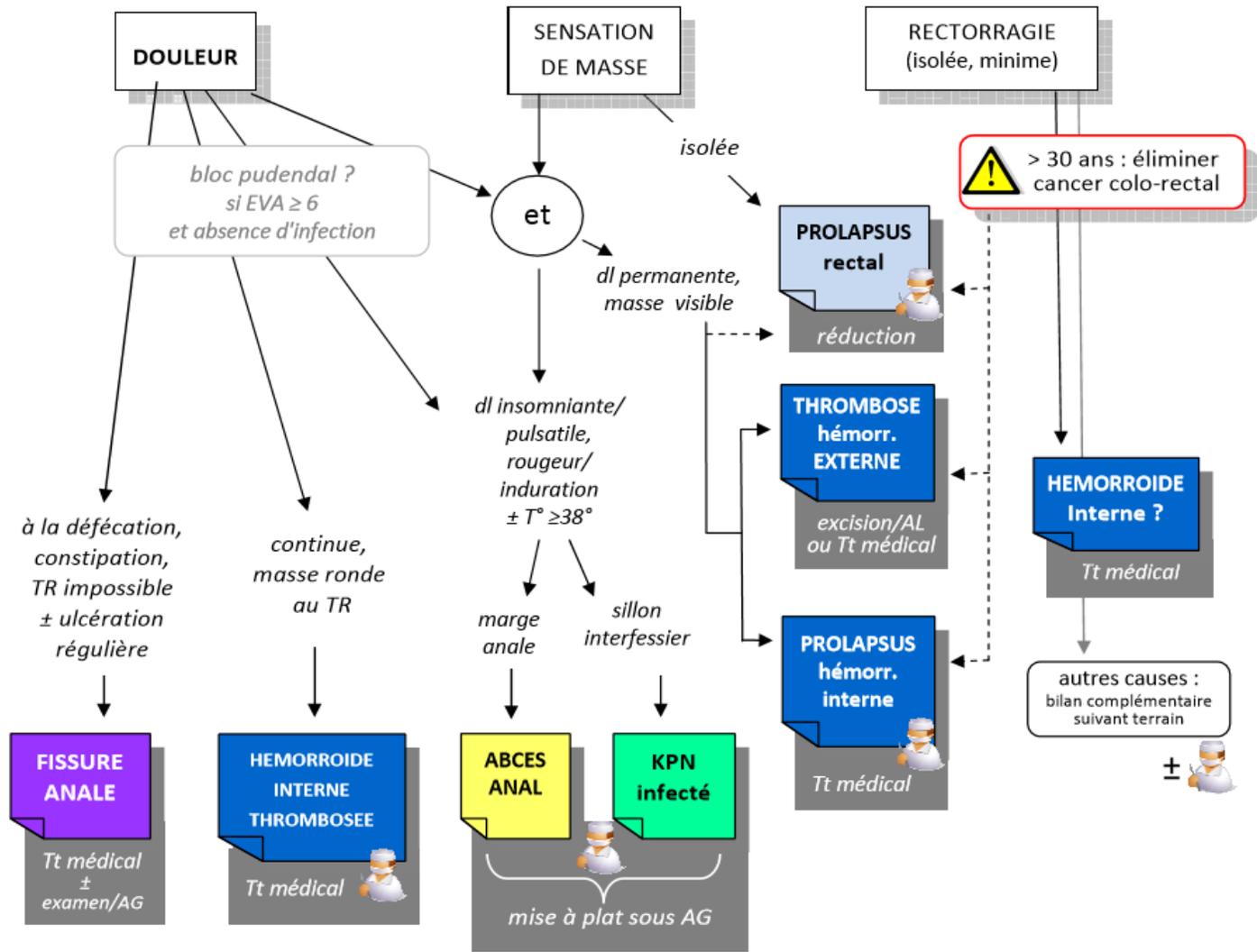
## CAT

**Intervention au bloc** sous AG ou ALR (non aux Urgences)  
(biopsies si suspicion de Crohn)

LOGIGRAMME PROCTO



← procto



**Logigramme diagnostique et orientations thérapeutiques en urgence pour la pathologie proctologique usuelle (à l'exception des corps étrangers)**

= avis chirurgical requis

( dl=douleur ; KPN=kyste pilonidal ; AL/AG=anesthésie Locale/Générale ; Tt=traitement)

J. Quesada, J Ph Steinmetz  
Hôpital de Hautepierre  
novembre 2014



# KYSTE PILONIDAL INFECTE

## BIOLOGIE

Sauf contexte particulier, la NFS et la CRP ne sont pas contributifs à la prise en charge

Glycémie si suspicion de diabète ou d'abcès récidivants

[± bilan pré-op](#)

## IMAGERIE

**AUCUNE le plus souvent**

L'indication est portée sur la clinique (le caractère insomniant et pulsatile signe l'indication opératoire)

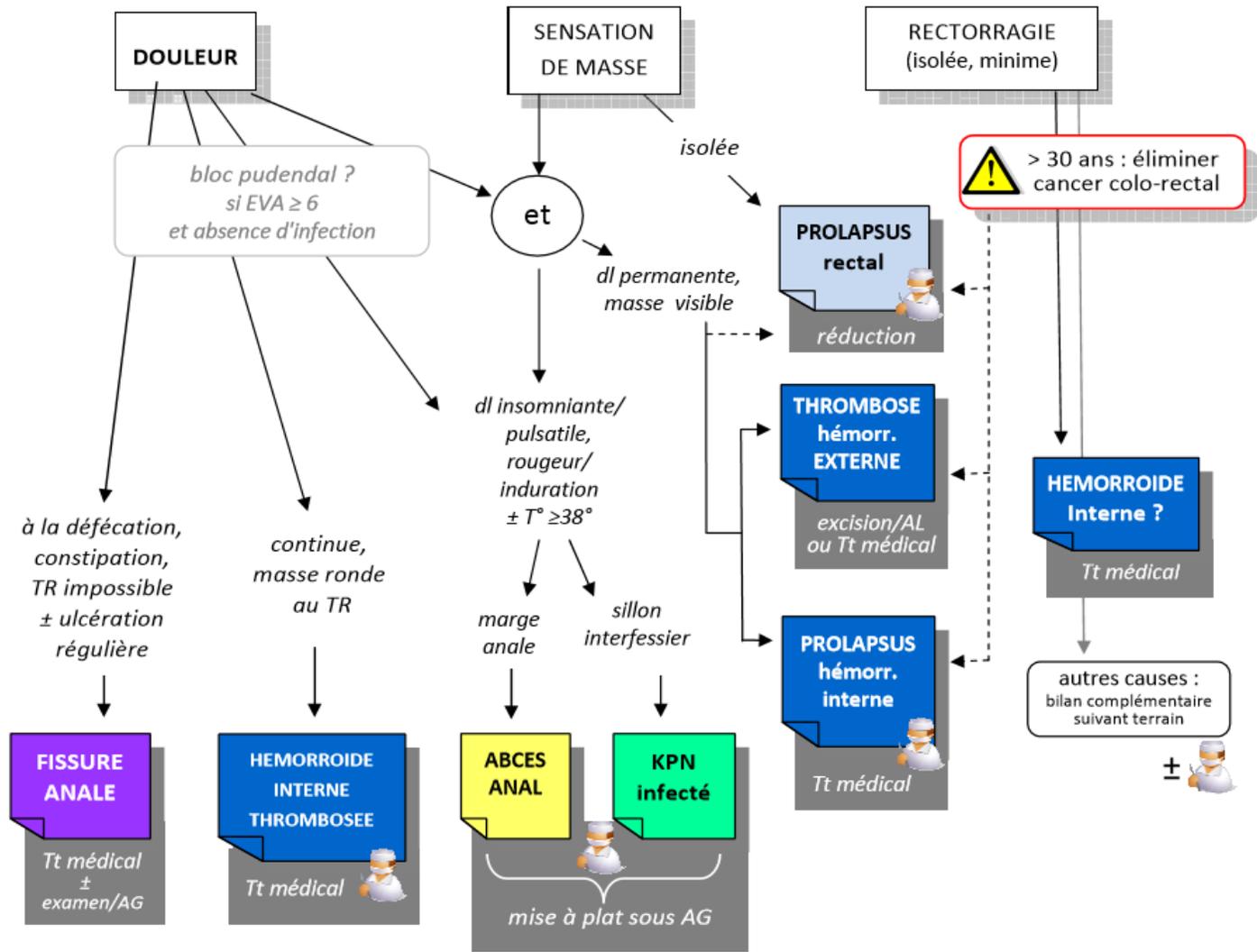
## CAT

**Intervention au bloc** sous AG ou ALR (non aux Urgences)

LOGIGRAMME PROCTO



← procto



**Logigramme diagnostique et orientations thérapeutiques en urgence pour la pathologie proctologique usuelle (à l'exception des corps étrangers)**

= avis chirurgical requis

( dl=douleur ; KPN=kyste pilonidal ; AL/AG=anesthésie Locale/Générale ; Tt=traitement)

J. Quesada, J Ph Steinmetz  
Hôpital de Hautepierre  
novembre 2014

