

### Cas clinique n°1

Un homme âgé de 77 ans se présente spontanément aux urgences sur les conseils de son médecin traitant parce qu'il ressent une violente douleur dans le dos, au niveau des lombaires. Il n'arrive pas vraiment à déterminer si la douleur est à droite ou à gauche, elle est plutôt au milieu, en regard des vertèbres lombaires et elle descend vers le bas et en particulier vers les 2 cuisses, surtout la droite. C'est un retraité qui est actif. Il fait ses courses, il va à la pêche et joue aux boules. Son médecin le suit régulièrement parce qu'il a un diabète non insulino dépendant qu'il traite par Diamicon, un comprimé par jour. Il dit avoir également de l'arthrose au niveau du dos, qui le fait souffrir de temps en temps. Il a vu son médecin il y a 5 jours pour ces douleurs qui étaient moins intenses et ce dernier lui a donné du bi-profenid à la dose de 250 mg matin et soir. Dans ses antécédents, on relève également des coliques néphrétiques à 3 reprises, la dernière crise remonte à environ 10 ans. Là, il avait dû subir une intervention par les voies naturelles qui avait permis de lui ôter un calcul rénal et l'urologue lui avait dit qu'il était « débarassé ». Lorsque vous l'examinez, sous souffle est rapide, environ 25 cycles par minutes. Il vous dit que les 2 comprimés de Daffalgan qu'il a pris ne l'ont pas du tout calmé et que la douleur est très intense et ne varie pas en intensité. Il est allé à la selle le matin et n'a rien remarqué d'anormal. L'examen de l'abdomen montre un ventre souple et dépressible, globalement douloureux en particulier en région péri-ombilicale mais sans défense (film palpation abdominale n°1). La radiographie du thorax qui a été demandée dès l'admission est représentée (photo n°2). L'auscultation cardiaque montre des bruits du cœur réguliers, sans souffle. Le murmure vésiculaire est symétrique avec quelques ronchi. Il a fumé un demi paquet de cigarettes par jour pendant 20 ans et d'est arrêté il y a 10 ans. La percussion abdominale est normale, l'auscultation relève peu de bruits hydro-aériques. La prise de sang que vous faite prélever aux urgences montre un ionogramme normal, une créatinine à 100 micro-mol par litre, un taux d'hémoglobine à 9,5 g/l, un taux d'hématocrite à 32% et 12500 GB par ml. La bilirubinémie, les transaminases et les phosphatases alcalines sont normales. Le taux de LDH est à 600 u/l. L'examen neurologique montre une légère diminution de la sensibilité au niveau du membre inférieur droit, au niveau de la face postérieure de la cuisse. Les réflexes ostéo-tendineux sont globalement symétriques aux membres inférieurs. La tension artérielle à l'admission est à 100/80 mm Hg. Le taux d'amylase est à 140 ui/l et le taux de lipase à 120 ui/l. Il prend également de l'adalate, 1 cpé par jour pour une hypertension artérielle connue depuis 8 ans. Le pouls est à 110 pulsations par minutes, la température à 37°8. Un scanner est réalisé (document n°3). La bandelette urinaire est normale. L'ECG montre une tachycardie sinusale. La palpation des pouls des membres inférieurs est sans particularité.

**Présentez l'observation dans l'ordre et la démarche diagnostique et thérapeutique.**

#### Patient de 77 ans

- Motif d'hospitalisation: **Douleurs abdominales** péri ombilicales  
**Remarque P.B** : « La douleur est dans le dos, au niveau des lombaires et descend vers le bas »

#### ATCD

- Médicaux :
  - Diabète de type 2 traité par Diamicon (Sulfamide hypoglycémiant - Anti Diabétique Oral).
  - HTA traitée par Adalate (Inhibiteur Calcique).
  - Arthrose rachidienne peu invalidante (AINS = Anti Inflammatoire Non Stéroïdien, si besoin).
- Chirurgicaux :
  - Colique néphrétique (3 épisodes dont le dernier il y a 10 ans) ayant nécessité un traitement chirurgical.

#### Mode de Vie

- Patient retraité
- Actif
- Pratique régulière d'une activité physique
- Tabagisme à 10 PA sevré depuis 10 ans
- Pas de notion d'alcoolisme chronique

#### Histoire de la Maladie

- Il y a 5 jours : Apparition de douleurs abdominales :
  - Péri ombilicales
  - D'intensité constante
  - Type pesanteur
  - Irradiant vers les membres inf et les lombes
  - Peu soulagées par les AINS.
    - Ce jour : aggravation du tableau:
  - Douleur intenses
  - Permanentes
  - Non soulagées par des antalgiques simples.
    - Autre:
  - Pas de trouble digestif (nausée, vomissement, diarrhée, constipation, rectorragie).
  - Pas de notion de fièvre.
  - Pas de notion de traumatisme.
  - Pas de SFU (Signes Fonctionnel Urinaire), ni de brûlures mictionnelles.
  - Pas d'AEG (Altération Etat Général), ni de perte de poids.

### Examen Physique

- Patient stable, conscient et cohérent, pas de DTS (Désorientation Temporo-Spatiale)
- Constantes :
- Pouls : tachycardie 110 bpm (battements par minute)
- TA : 100 / 80 mmHg (*faible pour un hypertendu*)
- FR (Fréq. Respiratoire) : Polypnée 25 cpm (cycles par minute)
- T°: fébricule 37,8 °C

### Examen abdominal

- Inspection :
- Pas de cicatrices
- Pas de météorisme
- Pas d'hématome des lombes
- Palpation :
- Abdomen souple et dépressible, sensibilité diffuse de l'abdomen et surtout au niveau péri ombilical
- **Masse battante et expansive** perçue dans la région péri ombilicale gauche
- Signe de **De Bakey positif**
- Pas d'organomalie perçue ?
- Percussion :
- Sans particularité
- Abdomen tympanique dans l'ensemble
- Auscultation :
- BHA (Bruits Hydro Aériques) assourdis
- Pas de toucher rectal ni de palpation des orifices herniaires.

#### **Signe de De Bakey**

À la palpation de l'abdomen → masse battante pulsatile.  
Lorsqu'on peut mettre le tranchant de la main entre la masse battante pulsatile et le bord costal gauche (hypocondre gauche)  
→ Signe de De Bakey positif  
→ **Anévrisme sous rénal.**

### Examen Cardiovasculaire

- Inspection :
- Pas de signe de cœur droit, pas de palpitations ressenties
- Palpation :
- Pouls périphériques perçus, bilatéraux et symétriques
- Pas de signe de cœur droit (TJ, RHJ, OMI = Turgescence Jugulaire, Reflux Hepatho Jugulaire, Oedème du Membre Inférieur)
- Mollets souples et indolores
- Auscultation :
- Bruits du cœur réguliers
- Absence de souffle cardiaque

### Examen Respiratoire

- Inspection :
- Polypnée à 25 cpm
- Pas de cyanose
- Pas de signe de lutte respiratoire
- Auscultation:
- Murmure vésiculaire bilatéral et symétrique
- Pas de foyer

### Examen Neurologique

- Patient conscient, cohérent, non désorienté
- Pas de déficit moteur
- ROT (Réflexes Ostéo-Tendineux) des mb inférieurs approximativement symétriques.
- **Déficit sensitif de la face postérieure de la cuisse droite**

### Au décours de l'Examen Clinique

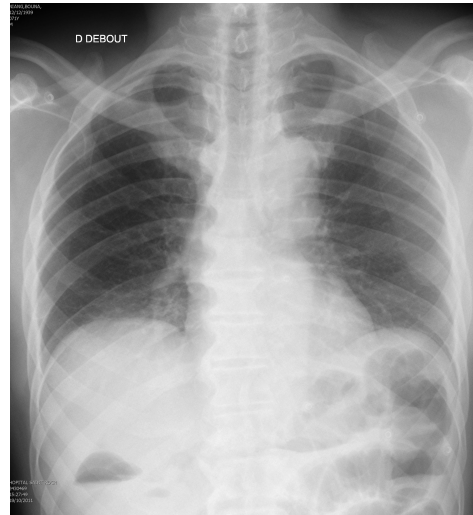
- Patient de **77 ans**
- Aux ATCD d'arthrose rachidienne, de **colique néphrétique**
- Avec un **haut risque cardio vasculaire** global (HTA et DNID = Diabète Non Insulino Dépendant)
- Présentant un **Sd douloureux aigu** de l'abdomen
- **Remarque P.B** : « *Plutôt Syndrome douloureux dorso-lombaire* »
- **Sans signes d'irritation péritonéale**
- Avec perception d'une **masse battante et expansive** péri ombilicale G
- Et un **Sd radiculaire de topographie Sciatique** droite (hypo esthésie face postérieure de la cuisse D)
- **Instabilité** hémodynamique débutante (tachy et HypoTA).
- **Remarque P.B** : « *Plutôt Etat de choc compensé = hémorragie mais le SNV prend le dessus et fait une vasoconstriction qui empêche la décompensation* »

### Examens Complémentaires

- ECG : tachycardie sinusale
  - BU : normale
- Pas de glycosurie ni cétonurie  
- Pas d'hématurie  
- Pas de protéinurie

### Examens Complémentaires - Biologie

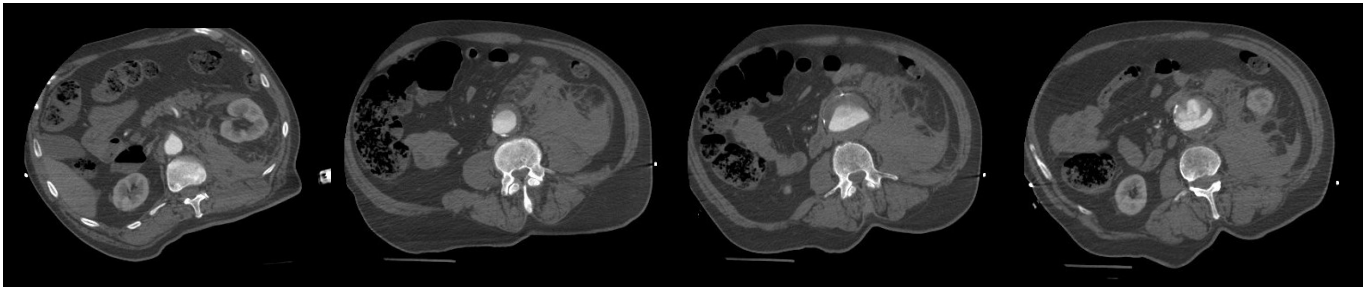
- NFS:
- **Sd anémique** par déglobulisation Hb: 9,6 g/dL  
- Hyperleucocytose : GB= 12600 /mm<sup>3</sup> (démargination des GB)
  - Ionogramme, urée/créat :
- Pas de DEC (déshydratation Extra-Cellulaire)  
- Pas de troubles hydroélectriques  
- Pas d'insuffisance rénale fonctionnelle
  - Bilan hépatique :
- Pas de cytolyse  
- Pas de cholestase
  - Bilan pancréatique: lipasémie normale
  - Pas de dosage des enzymes cardiaques (Tc, CPK-MB)



### RxThorax/ASP centré sur les coupoles

A l'étage thoracique on peut voir un petit syndrome interstitiel.  
Au niveau abdominal, on peut voir quelques calcifications de l'aorte.

### Angioscanner Abdominal Coupes Axiales



Pancréas et Rein normaux. Aorte hyperdense grâce au produit de contraste.  
Visualisation d'un thrombus intra aortique hypodense au scanner.  
Fissuration de l'anévrisme avec une fuite de sang caractérisé par un épénchement hyperdense par rapport à la graisse.

**Remarque P.B** : « hémoro-rétro-péritoine → signe de fissuration »

### En Conclusion

- Patient de **77 ans**
- Aux ATCD d'arthrose rachidienne, de **colique néphrétique**
- Avec un **haut risque cardio vasculaire** global (HTA et DNID)
- Présentant un **Sd douloureux aigu** de l'abdomen
- **Sans signes d'irritation péritonéale**
- Avec perception d'une **masse battante et expansive** péri ombilicale G
- Et un **Sd radiculaire de topographie Sciatique droite** (hypo esthésie face postérieure de la cuisse D)
- **Instabilité** hémodynamique débutante (tachy et HypoTA).
- A la biologie: un **Sd anémique**
- Et un angioscanner abdo montrant un **anévrisme sous rénal de l'AA rompu avec saignement rétro-péritonéal**

Fortement évocateur d'une **rupture d'un anévrisme sous rénal de l'Aorte abdominale non compliquée** d'un choc hémorragique.

Hypothèses Diagnostiques: 4 groupes étiologiques d'hypothèses

Symptôme maître => **douleur abdominale paroxystique**

**Remarque P.B**: « *c'est la douleur lombaire le symptôme maître* »

- Urologique :
- Colique néphrétique
  - Endocrinologique :
- Acidocétose diabétique
  - Digestives :
- CCR (Cancer Colo-Rectal) compliqué
- Pancréatite aiguë
- Cancer pancréas
- Pathologies hépato-biliaire
  - Vasculaire :
- IDM (Infarctus Du Myocarde) inférieur
- Infarctus mésentérique
- **Rupture d'un AAA**

Acidocétose diabétique

- A éliminer d'emblée
- Clinique non évocatrice
- BU (Bandelette Urinaire) totalement normale

Colique néphrétique

- En faveur:
- ATCD
  - En défaveur:
- Tableau clinique (douleur plutôt unilatérale, au niveau des flans + irradiation vers les OGE)
- BU normale

Pathologies hépatobiliaires

- En défaveur:
- Bilan hépatique strictement normal

Cancer colo-rectal compliqué

- En faveur
- Terrain: homme âgé (pic de fréquence)
- Douleur abdominale
  - En défaveur
- Pas de troubles digestifs
- Pas de Sd rectal (épreinte, ténésme, faux besoins)
- Pas de rectorragies
- Scanner normal

Pancréatite Aiguë - Cancer Pancréas

**Remarque P.B**: « *Cancer Pancréas pas vraiment en rapport → pas de douleurs aiguës au niveau lombaire* »

- En faveur:
- Douleur abdominale intense
- Irradiation lombaire de la douleur
- Masse abdominale
  - En défaveur:
- Masse abdominale battante et expansive (≠ cancer)
- TDM : pancréas homogène
- Bio: Lipasémie pas supérieure à 3 \* Normale

IDM inférieur **Remarque P.B**: « *rapport de la base du coeur avec le nerf Vague. +++ important de discuter de l'infarctus !* »

- En faveur:
- Douleur abdo
- Peut passer inaperçu chez un sujet âgé et surtout chez le patient diabétique
- Terrain: patient âgé, nombreux FDRCV (Facteurs De Risques Cardio Vasculaires)
  - En défaveur:
- ECG: pas de signe de souffrance myocardique

Infarctus mésentérique

- En faveur:
- Terrain : FDRCV

- Douleur
  - En défaveur:
- En général : douleur post- prandiale
- Tableau d'abdomen chirurgical
- Abolition des bruits hydro-aériques

### Rupture d'un AAA

- Terrain:
- Homme âgé, 3 FDRCV
- ATCD de coliques néphrétiques (probablement dues aux compressions des voies urinaires hautes par l'anévrisme)
  - Anamnèse :
- Sd fissuraire: douleur abdo paroxystique avec irradiation mb inf et région lombaire
- Aggravation brutale du tableau
  - Clinique :
- Général: tachycardie, hypotension
- Palpation : douleurs péri ombilicales, masse abdo battante et expansive avec signe de De Bakey positif (signe l'anévrisme sous-rénal)
- Compression des organes de voisinage: Sciatgie Dte (Atteinte branche sensitive du N. Sciatique (nerf cutané fémoral post)
  - Biologie: Sd anémique
  - TDM abdo injecté: rupture d'un anévrisme sous-rénal dans le rétropéritoine

### Diagnostic complet

- **Rupture rétro péritonéale**
- D'un **anévrisme sous rénal de l'Aorte Abdo**
- **Non compliquée** d'un choc hémorragique mais imminent !!
- Avec **compression du nerf sciatique** par l'anévrisme.

### Thérapeutique

#### Histoire naturelle de la maladie

- Si on ne traite pas le patient:
- Saignement important
- **Choc hémorragique**
- Défaillance multiviscérale
- **DECES** DU PATIENT
  - Donc obligation de traiter !!!

#### Arsenal thérapeutique

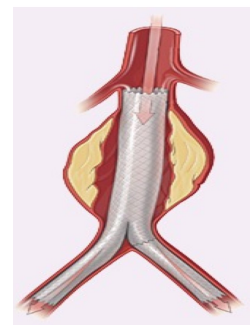
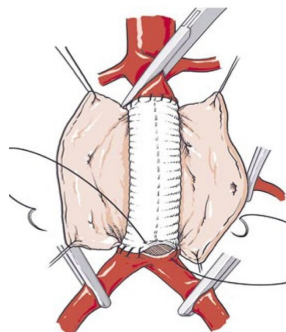
- Moyens médicaux:
- Prise en charge des FDRCV (arrêt tabac, contrôle diabète)
- Contrôle de l'HTA
- Traitement médicamenteux systématique **A VIE** :
  - **ASPIRINE (AAP = Anti Agréant Plaquettaire)**
  - **STATINE (hypocholestérolémiant)**

#### Traitement chirurgical

- 2 techniques de prise en charge d'un AAA

#### Chirurgie conventionnelle

- **Mise à plat greffe** de l'anévrisme
- Par laparotomie et clampage de l'aorte
- Voie d'abord trans ou rétro péritonéale
- Pose d'une prothèse vasculaire à l'intérieur du sac anévrismale



#### Chirurgie endovasculaire

- Voie fémorale
- Mise en place d'une **endoprothèse vasculaire**
- A préférer chez le sujet à haut risque opératoire

#### Traitement

- **Urgence chirurgicale !!** Mise en jeu du pronostic vital.
- Transfert en urgence dans un service de chirurgie vasculaire.

#### Mise en condition du patient

- Repos strict au lit avec prévention complication de décubitus : bas de contention
- Oxygénothérapie si besoin, adaptée à SpO2
- Monitoring cardio tensionnel
- Pose d'une VVP de bon calibre

#### Prévention complication du Diabète

- Arrêt des ADO
- Mise sous Insulinothérapie
- Pendant la durée de l'hospitalisation

#### Traitement symptomatique

- Antalgiques :
  - Adaptés à l'EVA (Echelle Visuelle Analogique)
  - Selon les paliers de l'OMS
    - Correction tensionnelle:
  - Remplissage vasculaire prudent
  - NaCl 0,9% 500 en 6 heures (1L/j)

#### Bilan pré-op en URGENCE

- RX thoracique
- ECG
- Appel de l'anesthésiste
- Biologie: NFS, groupe sanguin ABO, Rh, RAI, bilan d'hémostase (TP, TCA)
- Mise en réserve de culots globulaires

#### Chirurgie en urgence

- Technique conventionnelle: **Mise à plat greffe**
- Temps opératoires:
  - Laparotomie
  - Abord de l'anévrisme par voie rétro ou transpéritonéale
  - Clampage de l'aorte
  - Ouverture du sac anévrisimal, exérèse du thrombus avec envoi de la pièce en anapath et bactério.
  - Pose d'une prothèse vasculaire
  - Fermeture du sac anévrisimal autour de la prothèse

#### Surveillance

- Clinique:
  - Signes de pancarte : pouls, TA, SpO2, T°
  - Cicatrice
  - Diurèse
  - Transit
    - Paraclinique:
      - NFS, iono, urée créat, Glycémie
      - TDM de contrôle

#### Complications chirurgicale (surveillance +++)

- Complications précoces:
  - Hémorragies intra/rétropéritonéales
  - Insuffisance Rénale Aiguë fonctionnelle
  - Ischémie, nécrose colique
  - Ischémie aiguë des membres inférieurs
    - Complications tardives:
      - Anévrisme anastomotique
      - Infection, thrombose de prothèse
      - Fistule prothéto-digestive (duodénale +++)

#### Au décours de l'hospitalisation

- Règles hygiéno-diététiques :
  - Prise en charge du surpoids
  - Activité physique régulière
    - Traitement médicamenteux :
      - Aspirine (Kardégic 75 mg/j) → à vie
      - Statine (Atorvastatine 10 mg/j) → à vie

**CUIR CUIR, CUIR MOUSTACHE !!!**