

Article de revue basé sur l'évidence

Diagnostic et traitement de l'abdomen aigu

Dr méd. Stefanie Sinz, Prof. Dr méd. Bruno M. Schmied, Dr méd. Kristjan Ukegini

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Les patients présentant un abdomen aigu côtoient de nombreuses disciplines différentes au service des urgences. Afin de poser un diagnostic correct, il est essentiel d'une part de connaître les causes possibles de l'affection et d'autre part de s'appuyer sur un algorithme relatif à la marche à suivre diagnostique et thérapeutique.

Introduction

Cet article de revue consacré au diagnostic et au traitement de l'abdomen aigu résume la littérature disponible sur cette thématique. Il a pour objectif de fournir un aperçu basé sur l'évidence des possibilités diagnostiques et thérapeutiques en cas d'abdomen aigu. La marche à suivre est résumée dans la figure 2 (voir plus loin dans le chapitre «Marche à suivre diagnostique»).

Dans la mesure où il n'existe pas suffisamment de données de la littérature et de recommandations pour chaque domaine thématique, cet article de revue s'appuie sur les meilleures connaissances internationales disponibles et peut être utilisé comme référence par les médecins qui traitent des personnes présentant un abdomen aigu.

Définition

Dans la littérature francophone, le terme «douleur abdominale aiguë» est souvent employé comme synonyme du terme «abdomen aigu». L'abdomen aigu n'est cependant pas un diagnostic, mais il s'agit bien plus de la désignation temporaire d'un état qui nécessite en urgence une évaluation diagnostique et un traitement. L'«abdomen aigu» se caractérise par trois symptômes principaux: douleur abdominale d'apparition soudaine, forte et persistante, défense abdominale avec rigidité musculaire de la paroi abdominale, ainsi que trouble du péristaltisme [1, 2]. Il est dès lors pertinent d'un point de vue chirurgical de faire la distinction entre l'«abdomen aigu» et la «douleur abdominale aiguë d'origine indéterminée».

Epidémiologie

L'abdomen aigu est l'une des principales pathologies de chirurgie viscérale. Il représente le motif le plus fréquent

de consultation chirurgicale au service des urgences et d'hospitalisation consécutive [3–5]. Des chiffres épidémiologiques concernant la prévalence exacte de l'abdomen aigu ne sont pas disponibles, car les causes de l'abdomen aigu sont le plus souvent documentées par organe. Dans jusqu'à 44,3% des cas, la cause ne parvient pas à être déterminée et il est alors question de «douleur abdominale non spécifique» [6–8]. Chez les patients qui remplissent les critères d'un abdomen aigu conformément à la définition, des causes gastro-intestinales sont le plus souvent retrouvées. Environ 10% de tous les cas sont attribuables à des causes extra-intestinales [1, 3, 6, 8, 9]. L'incidence des causes gastro-intestinales d'abdomen aigu dépend de l'âge des patients, car l'abdomen aigu peut ne pas être détecté chez les patients âgés, ce qui peut se solder par une issue fatale [10]. D'après la littérature, les causes gastro-intestinales les plus fréquentes d'abdomen aigu sont l'appendicite aiguë (6,7–28,1%), la cholécystite (2,9–31,5%), la hernie incarcerated (10–18,2%), l'iléus mécanique (4,1–45%), la perforation du tractus gastro-intestinal (2,3–18%), l'hémorragie gastro-intestinale (5%), l'occlusion des vaisseaux mésentériques (9,4%), la diverticulite (8,2–9%), la pancréatite aiguë (3,2–4%) et les maladies inflammatoires de l'intestin (0,6%) (6–8, 11–14). La figure 1 fournit un aperçu des maladies abdominales en fonction de la localisation. Les causes extra-abdominales d'un abdomen aigu peuvent entre autres inclure des pathologies thoraciques ou cardiaques ou des troubles métaboliques. Les causes extra-abdominales ne sont pas abordées plus en détails dans cet article. Un bref aperçu des causes extra-abdominales les plus fréquentes est fourni dans le tableau 1 [1, 3, 6, 8, 9].

Marche à suivre diagnostique

Lors du premier contact avec des patients présentant un abdomen aigu, la règle d'or consiste à limiter au



Stefanie Sinz

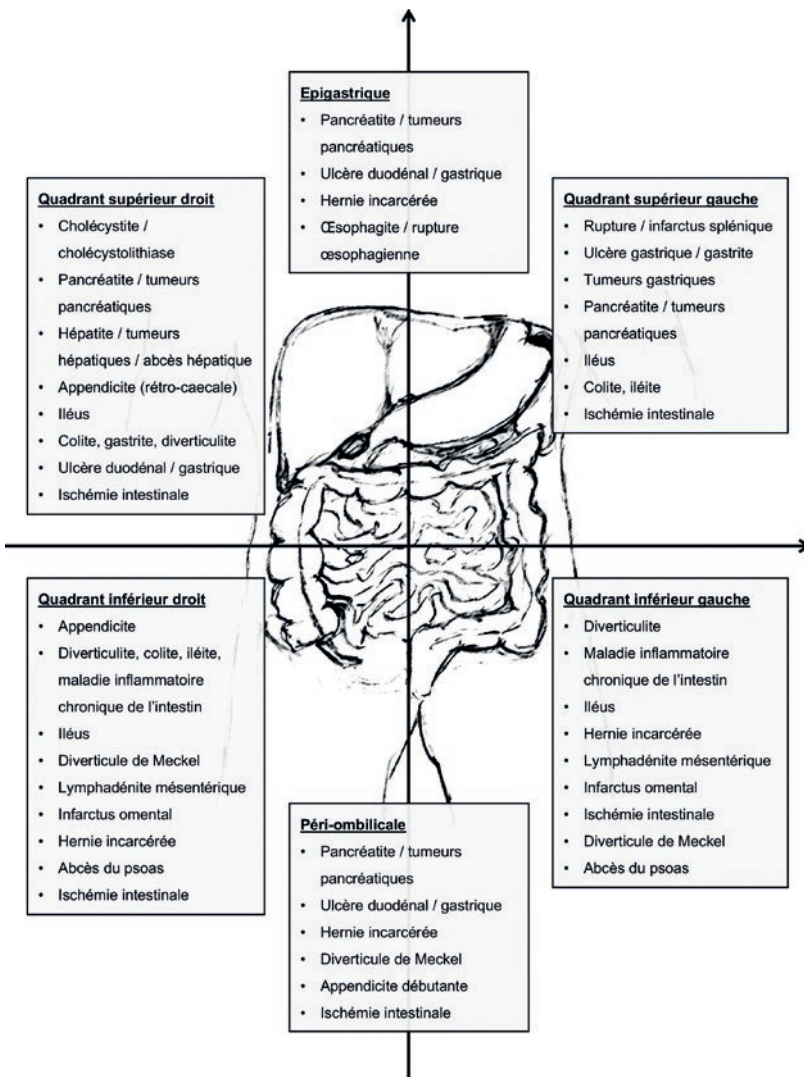


Figure 1: Localisation de la douleur et causes, modifié d'après les lignes directrices de l'«Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.» (AWMF) relatives aux douleurs abdominales [15].

maximum l'intervalle de temps entre le début des symptômes, la pose du diagnostic et l'initiation du traitement [16]. Au vu de la complexité de l'ensemble du complexe symptomatique de l'abdomen aigu, la démarche diagnostique doit être axée sur le problème et les priorités. Cela doit également permettre à des cliniciens non expérimentés de prendre des décisions ciblées et reproductibles dans l'urgence pour l'évaluation diagnostique et la détermination de la priorité thérapeutique. Certains auteurs se sont intéressés à cette thématique complexe et ont émis des recommandations correspondantes [2, 17, 18]. Des algorithmes cliniques qui décrivent de tels processus décisionnels selon des règles strictes peuvent apporter une amélioration dans cette situation. Sur la seule base de l'évaluation clinique, le diagnostic correct parvient à être posé avec une sensibilité de 88% et une spécificité de 41% [19].

Anamnèse

L'anamnèse détaillée représente le principal outil pour l'évaluation de l'abdomen aigu. Le symptôme principal de l'abdomen aigu est la douleur, sachant que la distinction est faite entre trois types de douleurs [18, 20]:

- La *douleur viscérale* est typiquement due à une irritation des organes abdominaux lorsque ceux-ci sont soumis à une extension, à une tension, à une torsion ou à une contraction. Du fait du développement embryonnaire de l'intestin, la douleur viscérale qui survient
 - proximale au ligament de Treitz (segment caudal de l'intestin antérieur embryonnaire; par ex. système hépatobiliaire ou rate), est perçue dans l'épigastre;
 - entre le ligament de Treitz et l'angle colique droit (intestin moyen embryonnaire, territoire d'irrigation de l'artère mésentérique supérieure) est plutôt perçue au niveau péri-ombilical;
 - distalement à l'angle droit (intestin terminal embryonnaire) est plutôt perçue au niveau hypogastrique.
- La *douleur somatique (pariétale)* survient directement au niveau du péritoine et est décrite comme une douleur aiguë ou lancinante. Les patients concernés parviennent bien mieux à la localiser.
- La *douleur projetée* résulte de la convergence d'afférences somatiques et viscérales. La douleur n'est pas perçue là où elle prend son origine, mais elle se projette dans les zones de Head.

Lors de l'anamnèse, il est utile de clarifier systématiquement les cinq questions suivantes: *quand* (Après quel événement? La nuit?), *comment* (Caractère de la douleur? Irradiation?), *combien de temps* (Début? Evolution temporelle?), *pourquoi* (Rapport avec des événements passés? Maladies préalables? Prise de médicaments?) et *où* (Localisation dans la cavité abdominale?) [15].

En fonction du caractère de la douleur, de la localisation de la douleur perçue, des facteurs concomitants qui influencent les douleurs et de la dynamique temporelle, il est possible de formuler des diagnostics différentiels typiques (fig. 1) [20].

Dans une étude observationnelle conduite avec 1000 patients atteints d'abdomen aigu, les facteurs de risque suivants de causes pouvant être traitées par chirurgie ont été identifiés: douleurs depuis moins de 48 heures; douleur suivie de vomissements; défense abdominale et douleurs à la décompression lors de la palpation; âge avancé (≥ 65 ans); antécédents d'intervention chirurgicale [21, 22]. Chez les enfants, les sujets âgés et les personnes immunodéprimées (attention: corticothérapie) et en cas d'ischémie mésentérique aiguë, les symptômes sont souvent masqués [10].

Tableau 1: Causes extra-abdominales fréquentes d'abdomen aigu.

Thoraciques	Pneumonie
	Pleurite
	Embolie pulmonaire
	Pneumothorax
	Empyème
Cardiaques	Infarctus du myocarde
	Ischémie
	Péricardite/myocardite
	Insuffisance cardiaque
Uro-génitales	Pyélonéphrite
	Néphrolithiase
	Infarctus rénal
Métaboliques	Acidocétose diabétique
	Porphyrie
	Crise addisonienne
	Crises hémolytiques
	Déficit en inhibiteur de la C1-estérase
	Fièvre méditerranéenne familiale
Diverses	Intoxication au plomb
	Traumatisme
	Zona
	Dissection aortique
	Radiculite
	Ostéomyélite
	Typhus
	Maladies psychiatriques

Des symptômes concomitants, tels que douleurs thoraciques, maux de dos, dyspnée ou hémorragie vaginale, peuvent survenir en lien avec des causes extra-abdominales (tab. 1) et dès lors nécessiter l'implication d'autres disciplines spécialisées [1, 3, 6, 8, 9].

Examen clinique

Avant de débiter l'examen physique, il convient de déterminer les paramètres vitaux (pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, température et vigilance). Une instabilité hémodynamique chez des patients présentant un abdomen aigu constitue un signal d'alarme. Une tachycardie (fréquence cardiaque >95/min), une hypotension (pression artérielle systolique ≤90 mm Hg) et une hypothermie (température corporelle <36,5 °C) dans le cadre d'un abdomen aigu sont d'une manière générale associées à une morbidité et mortalité accrues [17, 23–27].

L'examen physique englobe une inspection minutieuse, une auscultation, une palpation et une percussion. Les patients souffrant d'une péritonite adoptent souvent une posture de ménagement typique avec les jambes repliées en chien de fusil lorsqu'ils sont allongés sur la table d'examen [17]. Lors de l'inspection, outre la posture de ménagement, il convient égale-

ment d'être attentif à d'autres anomalies pertinentes pour le diagnostic, comme par ex. la présence de cicatrices, de hernies, de stomies ou d'un ictère. La valeur de l'auscultation est controversée, car l'absence de bruits intestinaux n'exclut pas une fonction intestinale normale. L'auscultation peut cependant être utile pour diagnostiquer un iléus [20, 28, 29].

Bien que l'auscultation soit une composante obligatoire de l'examen abdominal, il n'y a pas de consensus concernant la méthode standard d'auscultation abdominale. L'évaluation de la présence de bruits intestinaux «normaux», «réduits» ou «augmentés» est subjective et aucune concordance entre les examinateurs n'a été obtenue dans les études cliniques [30–32]. Des critères définitifs pour l'évaluation des bruits intestinaux par auscultation doivent encore être déterminés afin que l'auscultation acquière une pertinence clinique [33, 34].

La palpation de la paroi abdominale est probablement la partie la plus importante de l'examen physique (défense abdominale, douleurs à la décompression et péritonisme) pour évaluer l'urgence d'un traitement. La palpation profonde permet de détecter des hypertrophies d'organes ou des masses par ex. dans la vésicule biliaire, le foie, la rate ou la vessie. Un bon moyen pour provoquer des douleurs liées à une péritonite consiste à faire tousser la personne examinée (douleur accentuée par la toux), à la faire se cogner au lit ou simplement à exercer une légère percussion sur la paroi abdominale (douleurs à la percussion) [1, 2, 17]. Les signes péritonéaux peuvent cependant aussi être manqués, en particulier chez les patients âgés avec peu de muscles abdominaux. Une analyse ayant porté sur 2 121 autopsies a révélé un abdomen aigu non détecté en tant que cause de la mort dans 5% des cas chez les personnes âgées de >70 ans [10].

Analyses de laboratoire

Etant donné qu'au minimum un tiers de tous les patients souffrant de douleurs abdominales présentent des manifestations cliniques atypiques, il est nécessaire de recourir à des outils supplémentaires, tels que des analyses de laboratoire [35]. Divers paramètres peuvent servir à apprécier la sévérité de l'affection ou être utilisés comme valeur de référence pour suivre l'évolution thérapeutique ultérieure. La détermination des paramètres suivants est recommandée: hémogramme partiel, protéine C réactive (CRP), valeurs hépatiques (bilirubine, phosphatase alcaline [PA], aspartate aminotransférase [AST], alanine aminotransférase [ALT], gamma-glutamyltransférase [GGT]), lipase/amylase, électrolytes, glucose sérique, lactate, paramètres de la coagulation, ainsi qu'analyse urinaire

plus sédiment [2, 17, 23, 35–38]. Chez les femmes en âge de procréer, il convient en outre de réaliser un test de grossesse. Chez les personnes âgées avec abdomen aigu, il faut garder à l'esprit que les résultats de laboratoire peuvent être faussement négatifs dans jusqu'à 33% des cas [39]. D'autres paramètres de laboratoire, tels que la thyroïdostimuline (TSH) ou la créatinine, doivent être déterminés dans le cadre d'étapes diagnostiques ou thérapeutiques ultérieures [23]. Les analyses de laboratoire doivent être étendues en fonction du diagnostic de suspicion présumé ou de ses diagnostics différentiels et être adaptées à la problématique individuelle. En cas de sepsis ou de fièvre, il convient en outre de prélever des hémocultures avant l'initiation d'une antibiothérapie [4].

Imagerie

Afin de confirmer ou d'approfondir le diagnostic de travail, des examens d'imagerie sont fréquemment réalisés. Ils jouent un rôle central dans l'évaluation. En plus de la problématique concrète, le choix de la modalité d'imagerie optimale devrait en outre tenir compte des coûts et de la disponibilité, ainsi que d'une éventuelle exposition aux rayonnements [2].

Le point fort de la *radiographie conventionnelle de l'abdomen* réside dans la détection de niveaux hydro-aériques et d'air libre à la fois en position debout (à privilégier) et en décubitus latéral gauche. Alors que la radiographie conventionnelle de l'abdomen était autrefois l'examen standard, elle a aujourd'hui été reléguée au second plan par l'échographie et la tomodensitométrie [19, 40]. La radiographie conventionnelle de l'abdomen présente un faible intérêt diagnostique en cas d'abdomen aigu en raison du taux élevé de résultats faussement positifs et faussement négatifs [19, 41–43]. Il a en outre été montré dans de nombreuses études que la radiographie conventionnelle de l'abdomen aboutissait à un changement du diagnostic chez seulement 4–7,2% des patients avec douleurs abdominales aiguës [41, 44–46]. Une étude multicentrique prospective [19] menée chez 1 021 personnes avec abdomen aigu a montré que le diagnostic clinique ne changeait pas après la réalisation d'une radiographie conventionnelle de l'abdomen. Ainsi, la radiographie conventionnelle de l'abdomen ne présente pas d'intérêt pour le diagnostic, car la sensibilité et la spécificité de l'examen clinique seul versus examen clinique en association avec une radiographie de l'abdomen sont restées identiques [19]. Le recours à une radiographie de l'abdomen à blanc présente uniquement un intérêt chez les patients avec suspicion de perforation d'un organe creux. En cas de mise en évidence d'air libre, l'indication d'une opération peut être directement posée, sans

devoir impérativement recourir à des examens complémentaires [47].

L'*échographie abdominale* représente une modalité diagnostique plus efficace. Ses atouts résident dans l'évaluation des organes parenchymateux, du péristaltisme intestinal, de la perfusion vasculaire et des organes gynécologiques, ainsi que dans la détection de liquide libre [41, 48–50]. En particulier lorsqu'elle est réalisée par un examinateur expérimenté, elle constitue une excellente méthode pour l'évaluation diagnostique de l'abdomen aigu. Elle n'implique pas d'exposition aux rayonnements ou d'utilisation de produit de contraste [48], n'est pas invasive et peut être répétée à tout moment [19, 51–53]. Dans une étude randomisée et contrôlée dans laquelle l'échographie abdominale a été réalisée par des chirurgiens, il a pu être montré que le taux de diagnostics corrects était significativement augmenté après la réalisation de l'échographie abdominale. Par ailleurs, l'échographie est utile pour la pose de l'indication chirurgicale [51, 52]. Son inconvénient est qu'il s'agit d'un examen fortement examinateur-dépendant, avec une sensibilité comprise entre 67 et 74% et une spécificité comprise entre 81 et 88% [19, 23, 54]. Qui plus est, l'échographie peut être perturbée par certaines circonstances liées au patient (obésité, manque de coopération, présence d'air) [19].

Une méthode nettement plus objective et bien reproductible est la *tomodensitométrie* (TDM) [55]. La TDM avec injection de produit de contraste intraveineux est une modalité établie pour l'évaluation de l'abdomen aigu et elle possède une sensibilité atteignant jusqu'à 94% et une spécificité atteignant jusqu'à 77% [8, 19, 41, 56–60]. Une combinaison supplémentaire avec l'administration de produit de contraste par voie orale et rectale n'est pas utile en situation d'urgence, car cela n'augmente pas sensiblement la précision diagnostique dans la majorité des cas, mais allonge le délai jusqu'à la pose du diagnostic [48]. Il a été montré dans de nombreuses études que la TDM possédait une sensibilité et une spécificité significativement plus élevées que l'échographie dans le diagnostic de l'appendicite, de la diverticulite, de la pancréatite, de la perforation d'organes creux, de l'iléus et de l'ischémie mésentérique [49, 50, 61–65]. D'autres études ont révélé que la réalisation d'une TDM abdominale modifiait le diagnostic clinique [66, 67]. Grâce à un diagnostic précoce et correct, l'utilisation de la TDM a entraîné une nette réduction des hospitalisations et un raccourcissement de la durée d'hospitalisation [8]. En comparaison, l'échographie présente une sensibilité plus élevée que la TDM pour l'évaluation des voies biliaires [68]. Chez les patients âgés avec abdomen aigu, une présentation clinique banale n'exclut pas une cause potentiellement

fatale. La mortalité et la morbidité sont élevées dans ce groupe de patients. Ainsi, une étude conduite avec 380 patients âgés de plus de 65 ans avec abdomen aigu a rapporté que 5% des patients sont décédés des conséquences de la cause déclenchante et que 22% ont nécessité un traitement chirurgical [69]. Il ne faut dès lors pas hésiter à recourir à la TDM dans ce groupe d'âge [70].

Outre les coûts plus élevés liés à l'entretien des appareils de TDM et à la réalisation des TDM, un inconvénient évident de cette modalité d'imagerie réside dans l'exposition aux rayonnements et dans le risque vie entière potentiel de cancer radio-induit. En fonction de l'appareil et du protocole, la dose de rayonnement d'une TDM abdominale atteint jusqu'à 10 mSv. Le risque de cancer radio-induit lié à une exposition aux

rayonnements de 10 mSv ou moins est jugé extrêmement faible chez les adultes [19, 71]. Les fœtus et les enfants sont toutefois sensibles aux rayonnements. Il est estimé qu'une exposition fœtale aux rayonnements de 10 mGy augmente l'incidence des cancers durant l'enfance de 40% [72–75].

De même, l'utilisation de produits de contraste intraveineux peut être à l'origine d'une néphropathie induite par les produits de contraste (NIPC). La pathogénèse en est indéterminée, mais une combinaison de vasoconstriction, ischémie, hypoxie et action toxique directe sur les cellules tubulaires rénales est suspectée [76]. De nombreuses études ont montré que le risque de NIPC est minime si le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est supérieur à 45 ml/min/1,73 m² [76–80]. Une NIPC est généralement réversible et se manifeste dans la majorité des cas par une légère diminution du DFG, qui se normalise à nouveau en l'espace de trois à sept jours. La fonction rénale peut rester durablement perturbée dans jusqu'à 30% des cas uniquement en cas d'affection rénale sous-jacente, de diabète sucré, d'insuffisance cardiaque, d'affection vasculaire périphérique ou d'hypertension artérielle [79, 81–84]. Dans ces cas, l'indication de la TDM doit être posée strictement. Une exception concerne les patients instables avec abdomen aigu chez lesquels le diagnostic rapide de la pathologie sous-jacente prévaut sur le risque potentiel de NIPC [54].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne présente guère d'intérêt dans l'évaluation de l'abdomen aigu, car les examens prennent beaucoup de temps. De plus, les appareils d'IRM ne sont pas disponibles partout et à tout moment. L'évaluation des clichés d'IRM nécessite en outre une formation spécifique [48, 85–87].

Chez les femmes enceintes avec diagnostic incertain et échographie non concluante, il est conseillé de réaliser une IRM pour éviter les conséquences graves d'un diagnostic manqué [88, 89].

Les autres modalités d'imagerie, telles que l'endoscopie ou l'angiographie, ne sont pas établies dans le diagnostic aigu.

Un algorithme portant sur la marche à suivre diagnostique en cas d'abdomen aigu est présenté dans la figure 2.

Marche à suivre thérapeutique en cas d'abdomen aigu

Alors qu'il était généralement admis jusqu'au début du millénaire que les patients avec perforation gastro-intestinale et choc septique devaient tout d'abord être stabilisés en unité de soins intensifs puis être traités

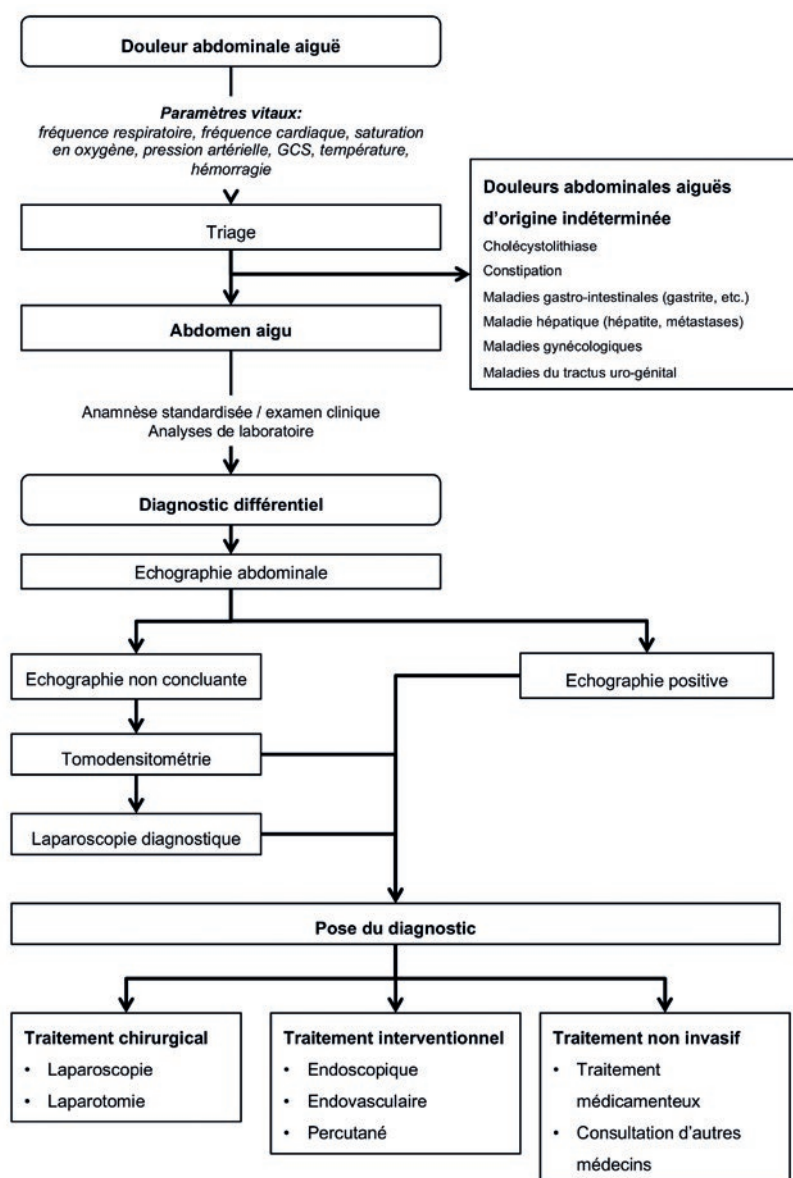


Figure 2: Algorithme relatif à la marche à suivre diagnostique en cas d'abdomen aigu, sur la base des lignes directrices internationales [54]. GCS: Glasgow Coma Scale.

chirurgicalement, une importance sans cesse croissante est aujourd'hui accordée au timing du contrôle du foyer infectieux, à la lumière des nouvelles preuves disponibles. Azuhata et al. [90] ont trouvé une corrélation stricte entre le moment d'admission à l'hôpital, la prise en charge chirurgicale et la létalité.

Pour le traitement de l'abdomen aigu, il convient de faire la distinction entre le traitement immédiatement nécessaire pour stabiliser le patient (par ex. réplétion volémique, analgésie, etc.) et le traitement causal. Le traitement causal dépend du diagnostic sous-jacent, de l'âge du patient, des comorbidités, ainsi que de la morbidité et mortalité du procédé thérapeutique en question. Il convient de déterminer si la pathologie peut être traitée chirurgicalement ou si une prise en charge conservatrice est indiquée. En cas de péritonite diffuse, un traitement chirurgical (élimination du foyer septique/contrôle des dommages), antimicrobien (prise en compte des agents pathogènes pertinents) et médical intensif (traitement du sepsis) au sens d'un modèle à trois piliers s'avère indispensable [91]. En raison des nombreuses causes d'abdomen aigu (cf. fig. 1), le traitement spécifique des différentes affections n'est pas abordé dans cet article. Seuls les principes généraux du traitement sont expliqués.

Antibiothérapie

Parmi les causes chirurgicales les plus fréquentes d'un abdomen aigu figurent des maladies qui sont associées à une infection intra-abdominale ou à une contamination bactérienne. Il est recommandé de réaliser un prélèvement en vue d'un examen bactériologique afin de déterminer le spectre d'agents pathogènes. Le moment d'initiation du traitement joue également un rôle important.

Chez les patients avec choc septique consécutif à une infection intra-abdominale, l'administration retardée d'une antibiothérapie est corrélée à une mortalité accrue [92–95]. Sur la base de ces études et des lignes directrices relatives au sepsis («Surviving Sepsis Campaign Guidelines» (SSCG) 2012) [96], l'administration d'antibiotiques en l'espace d'une heure après l'identification des symptômes de sepsis est recommandée. Toute heure supplémentaire qui s'écoule avant l'administration d'antibiotiques est associée à une augmentation de la mortalité de 7,6% [93].

Les infections intra-abdominales présentent le plus souvent un spectre d'agents pathogènes polymicrobien. Lors du choix de l'antibiotique approprié, il convient de tenir compte de la situation individuelle du patient (par ex. immunosuppression, traitement préalable), du spectre d'agents pathogènes escompté, des statistiques locales en matière d'agents pathogènes

et de résistances, du mode d'administration, de la toxicité des différentes substances, ainsi que des coûts [97]. Le spectre d'agents pathogènes provient généralement de la flore du tractus gastro-intestinal et il dépend de la pathogenèse et de la localisation de la perforation. En milieu ambulatoire, *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis* et les entérocoques sont les agents pathogènes les plus fréquents [98, 99]. Les espèces résistantes doivent uniquement être prises en compte dans le traitement initial chez les patients préalablement traités par antibiotiques en ambulatoire ou en cas de profil à risque [99].

Les cliniciens sont très souvent amenés à débiter une antibiothérapie empirique avant que les agents pathogènes responsables aient été mis en évidence. Pour le traitement des péritonites communautaires sans facteurs de risque (palier 1), il convient de recourir à des substances de base, telles que les céphalosporines de 2^e génération (par ex. céfuroxime, céfotaxime) ou les fluoroquinolones (par ex. ciprofloxacine), en association avec du métronidazole. Alternativement, il est également possible d'utiliser des aminopénicillines en association avec un inhibiteur de bêta-lactamase (par ex. amoxicilline/acide clavulanique) [98]. En cas de péritonites locales, une administration unique («single shot») est dans la plupart des cas suffisante. Chez les patients avec péritonite locale sans facteurs de risque spécifiques ou infections systémiques plus prononcées, un arrêt de l'antibiotique devrait être envisagé après trois jours en cas d'amélioration de l'état du patient [91]. En cas de péritonite locale avancée, une durée d'antibiothérapie de 4–5 jours n'est pas plus mauvaise qu'une durée de 8–10 jours lorsque le foyer infectieux a été correctement éliminé [100]. Une antibiothérapie de 7 à au maximum 10 jours est uniquement recommandée en cas de péritonite nosocomiale sévère et d'instabilité hémodynamique [98].

Laparoscopie diagnostique

D'après les lignes directrices de la «Society of American Gastrointestinal Surgeons», une laparoscopie diagnostique peut être envisagée lorsque toutes les mesures diagnostiques non invasives ont été épuisées et que le diagnostic reste incertain [101].

La laparoscopie diagnostique présente l'avantage d'exclure ou de confirmer rapidement le diagnostic d'une pathologie intra-abdominale aiguë sans incision abdominale majeure. Une précision diagnostique de la laparoscopie de 70–99% a été démontrée dans de nombreuses études [101–105]. En outre, la laparoscopie diagnostique a entraîné une modification de la stratégie thérapeutique dans 10–58% des cas et les patients ont été traités simultanément dans jusqu'à 83% des cas

[102–104]. Un taux de conversion de 8% est rapporté dans la littérature [106, 107].

Laparoscopie versus laparotomie

Lorsque l'affection peut être traitée chirurgicalement, il se pose la question de la voie d'abord optimale. Il faut choisir entre une intervention à ciel ouvert et une intervention laparoscopique. Dans une étude qui a comparé la précision diagnostique de la laparoscopie à celle de la laparotomie chez les patients avec abdomen aigu, une concordance diagnostique élevée des deux approches a été constatée [108].

La laparoscopie est avant tout utilisée en cas d'appendicite, de cholécystite et de péritonite hypogastrique d'origine indéterminée [109–111]. Par ailleurs, une laparoscopie diagnostique peut être utile en cas de patholo-

gies d'origine indéterminée. Il convient néanmoins de mettre en balance la souffrance et l'urgence d'une opération d'une part et les risques périopératoires d'autre part [109].

En cas d'iléus mécanique de l'intestin grêle et durant la grossesse, l'intérêt de la laparoscopie diagnostique est controversé. En raison de l'espace restreint, le risque de lésions d'organes intra-abdominaux est augmenté. Chez les femmes enceintes, un taux accru d'accouchements prématurés et d'avortements spontanés peut s'observer dans jusqu'à 6% des cas dans le cadre de la laparoscopie, avec une différence significative par rapport à l'intervention à ciel ouvert d'après une revue systématique de la littérature [112].

De même, la résection laparoscopique d'adhérences est associée à une morbidité accrue lorsqu'elle est pratiquée par des chirurgiens inexpérimentés [113].

Chez les patients ayant déjà préalablement subi une opération abdominale, il convient de mettre en balance une laparoscopie et une laparotomie. Lorsque le patient a déjà fait l'objet d'une opération ouverte préalable au niveau de la zone à opérer, une intervention laparoscopique est généralement plus difficile et délicate [113].

En fonction de l'urgence et de l'état clinique des patients, une laparotomie peut néanmoins aussi être pertinente chez les patients non préalablement opérés et son profil bénéfice-risque doit être évalué.

Responsabilité scientifique

Conformément aux dispositions en matière de certification, le Dr Kristjan Ukegijini, Saint-Gall, Suisse, est responsable du contenu scientifique de cet article.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08848>.

Correspondance:

Dr méd. Kristjan Ukegijini
Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Endokrin- und
Transplantationschirurgie,
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
[kristjan.ukegijini\[at\]kssg.ch](mailto:kristjan.ukegijini[at]kssg.ch)

L'essentiel pour la pratique

- L'abdomen aigu est un complexe de symptômes et il représente l'urgence chirurgicale la plus fréquente ainsi que le motif le plus fréquent d'hospitalisation non liée à un accident.
- Il est essentiel de déterminer si la cause constitue une indication urgente voire immédiate d'intervention chirurgicale. Par conséquent, l'examen devrait débuter par une anamnèse précise et un examen physique complet, suivis des analyses de laboratoire appropriées et d'une échographie abdominale. Si ces démarches n'aboutissent pas à un diagnostic, il convient de réaliser une tomodensitométrie avec produit de contraste intraveineux pour poser le diagnostic.
- Une laparoscopie diagnostique est uniquement conseillée lorsque la cause de l'abdomen aigu reste indéterminée malgré la réalisation d'examens d'imagerie.
- En cas de choc septique consécutif à une infection intra-abdominale, un traitement antimicrobien devrait être initié en l'espace d'une heure, faute de quoi la morbidité et la mortalité augmentent significativement.
- Une intervention laparoscopique doit être minutieusement évaluée en cas d'iléus et chez les patients préalablement opérés et elle n'est bien souvent pas recommandée.