

	Physiopathologie	Diagnostic clinique	Examens complémentaires	Complications
Appendicite	<p><i>Inflammation de l'appendice iléo-caecal.</i></p> <p><u>Evolution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catarrhale = <i>extrémité congestive</i> ➤ Purulente = <i>pus dans la lumière ou fausses membranes sur la séreuse</i> ➤ Gangréneuse = <i>nécrose appendiculaire.</i> 	<p><u>Forme typique :</u> appendicite aiguë iliaque droite.</p> <p><u>SIGNES GENERAUX :</u> <i>Fièvre (~ 38°C).</i></p> <p><u>ANAMNESE</u> <u>Signes fonctionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur abdominale <p>En fosse iliaque droite (FID) ou d'abord péri-ombilicale ou épigastrique puis localisée à droite, Sans irradiation, Intensité progressivement croissante, D'évolution continue</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nausées et vomissements. ➤ Troubles du transit : constipation ou parfois diarrhée. <p><u>INSPECTION :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Langue saburrale (= recouverte de dépôts blanchâtres). ➤ Abdomen plat, respirant normalement, diminution d'amplitude des mouvements respiratoires abdominaux en FID. <p><u>PALPATION :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur provoquée ou défense en FID. ➤ TR : douleur latéralisée à droite. ➤ Douleur à la décompression brutale de FID et FIG. <p><u>Formes atypiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rétro-cæcale = signes postérieurs : douleurs lombaires, psôitisme. ➤ Pelvienne = simule une salpingite aiguë : pollakiurie, dysurie (<i>irritation</i>) 	<p>1. Biologiques - NFS et CRP : hyperleucocytose à PNN et CRP augmentée.</p> <p>2. Radiologiques -ASP : Stercolithe = opacité en FID (= <i>calcification dans l'appendice des selles responsables de l'obstruction</i>) Aéro-iléie = anse dilatée avec un niveau hydro-aérique (<i>iléus réflexe</i>). - Scanner abdomino-pelvien et Echographie abdominale : non systématiques.</p>	<p>1. Plastron (= <i>agglutination d'anses grêles + épiploon autour de l'appendice</i>) : diminution des douleurs spontanées, empatement douloureux de FID.</p> <p>2. Abscess péri-appendiculaire <i>directement ou après plastron</i> : fièvre oscillante, exacerbation des douleurs devenant pulsatiles, masse de la FID ferme, limitée, exquisément douloureuse.</p> <p>3. Péritonite appendiculaire <i>d'emblée ou secondairement à la rupture d'un abcès péri-appendiculaire.</i></p>

		<p>vésicale) ; faux besoins, douleurs à la défécation (<i>irritation rectale</i>) ; douleur aux TR et TV.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Méso-coeliaque = tableau d'occlusion fébrile. ➤ Sous-hépatique = simule une cholécystite aiguë. 		
Diverticulite	<p>Diverticule = <i>hernie de la muqueuse colique à travers la musculature. Siège le plus souvent sigmoïdien.</i></p> <p>Diverticulose = <i>présence de diverticules multiples.</i></p> <p>Diverticulite = <i>inflammation d'un diverticule due à son infection : microperforation d'un diverticule et infiltration de la graisse péricolique et du méso. L'évolution se fait vers un abcès péricolique (sigmoïdite diverticulaire)</i></p>	<p>Tableau d'« appendicite à gauche »</p> <p>SIGNES GENERAUX : <i>Fièvre (~ 38°C).</i></p> <p>ANAMNESE : <u>Signes fonctionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur abdominale d'intensité progressivement croissante, typiquement en fosse iliaque gauche (FIG). ➤ Nausées et vomissements. ➤ Troubles du transit : syndrome occlusif ou plus rarement diarrhée. <p>INSPECTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminution d'amplitude des mouvements respiratoires abdominaux en FIG. <p>PALPATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Défense en FIG. ➤ TR : douleur latéralisée à gauche. 	<p>1. Biologiques - <u>NFS</u> et <u>CRP</u> : hyperleucocytose à PNN et CRP augmentée.</p> <p>2. Radiologiques : - Scanner abdominal injecté et opacifié : infiltration de la graisse péri-colique, épaissement de la paroi colique, recherche abcès péricolique. <u>img 3 26.jpg</u> Attention : coloscopie contre indiquée si poussée de diverticulite car risque perforatif majeur.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Récidive = survenue de nouvelles poussées. 2. Abcès péricolique cloisonné : empatement de la fosse iliaque gauche. 3. Péritonite purulente puis stercorale par rupture d'abcès dans la cavité péritonéale. 4. Fistulisation dans un organe de voisinage (vessie, colon, grêle, vagin) : pneumaturie, fécalurie. 5. Sténose si poussées itératives.