

ARC du 03/02

14 Juillet 2014

Homme de 42 ans se présentant aux urgences pour douleurs abdominales

Signes vitaux :

PA 141/90 – FC 120/min - t°38 – SaO2 96% en AA – HGT 5,8mmol/L – Glasgow 15 – pas de marbrures, BU négative

ATCDS :

- sd cérébelleux statique post-alcoolique avec atrophie du vermis en 2008 (fauteuil roulant de 2008 à 2011, puis déambulateur) ;

Le patient dira « problème d'équilibre d'origine alcoolique »

- lombalgies chroniques jamais explorées ;

- épistaxis sur tache vasculaire, récidivante jusqu'en 2000 (prise en charge en ORL) ;

- appendicectomie dans l'enfance.

Allergies :

Non connues.

Traitement :

- Voltarène gel si douleurs lombaires.

MDV :

- divorcé, 4 enfants ;

- vit seul en appartement en RDC, adapté au handicap moteur ;

- stagiaire en conseil relations clients (travaillait auparavant dans l'hôtellerie) ;

- tabac : 24 PA (1 paquet/jour) ;

- OH : consommation excessive depuis l'âge de 18 ans, sevrage en 2008

- pas de drogue.

HDM :

- le 11/07 : douleur du flanc G d'apparition brutale, en coup de poignard, irradiant vers les OGE, EN 7/10, non soulagée par la prise d'antalgiques ; pas de fièvre ;
- majoration de la douleur le lendemain (8/07) ; appel de SOS Médecins : douleur attribuée à une constipation, prescription de laxatifs et lavements ;
- persistance de la douleur le 13/07, avec un épisode d'urines foncées, SOS Médecins conseille la poursuite du traitement et la mise à jeun ;
- 13/07 au soir : apparition de vomissements abondants avec hématomèse minime au dernier vomissement ; le patient consulte aux urgences le lendemain.

Examen clinique aux urgences :

- poids 82 Kg (stable), taille 168 cm (IMC=29,1kg/m²) ;
- cardio-vasculaire : BDC réguliers sans souffle, pas d'IC, pouls perçus, mollets souples indolores ;
- pulmonaire : MV bilatéral, pas de dyspnée ;
- abdominal : abdomen souple mais distendu, BHA présents, sensibilité à la palpation de la FLG, du flanc G, de la FIG, sans défense ni contracture, pas d'HSM ni d'ictère ; pas de selles ni de gaz depuis la veille ; vomissements fécaloïdes avec traces de sang au moment de la pose d'une SNG aux urgences ; bandelette urinaire négative (leuco, nitrites, sang)
- neurologique : glasgow 15, pas de désorientation.

Hypothèses des urgences:

- colique néphrétique.
- pancréatite alcoolique

Examens complémentaires :

- biologie : leuco 23 dont PNN 15 G/L - Hb 18 g/dL - Plq 141 G/L - CRP 320 – lipase 223 (8N) – CK 225 – LDH 549- ASAT 144 - ALAT 118 – GGT 151 - bili 56 – Na 126 – K 3,8 – Cl 91 - bic 21 - urée 6,6 – créat 102 µmol/L (DFG 78) - Ca 2,24 – GDS : pH 7,48/ PCO₂ 31/ Pa O₂ 67/ lactates 2,1
- TDM non injectée : pas de calcul en regard des voies urinaires, pas de dilatation des cavités pyélocalicielles ; infiltration de la graisse péri-pancréatique avec petit épanchement dans le flanc G, portion cranio-caudale du pancréas discrètement augmentée de volume ; pas de

calcul intra-vésiculaire ; vésicule de taille normale et siège d'un sludge ; pas d'autre anomalie visible.

- échographie abdominale : foie homogène sans signe d'hypertension portale, vésicule lithiasique sans signe de cholécystite, aspect hyperéchogène du cortex rénal bilatéral.

- FOGD : oesophagite active probablement à l'origine du saignement ; pas de saignement actif durant l'examen.

Diagnostic des urgences :

Ileus réflexe sur pancréatite aiguë grave d'origine probablement lithiasique.

Prise en charge et évolution :

- mise à jeun avec SNG en décharge.

- antalgiques : titration morphinique puis palier II en IV ;

- hydratation IV ;

- transfert en médecine interne : évolution favorable des douleurs, reprise progressive de l'alimentation, décroissance des antalgiques ; introduction d'IPP pour l'oesophagite ;

- scanner à j15 : formation de faux-kystes ;

- écho-endo à j10 : VBP libre, pas de lithiasse visualisée en son sein ;

- sortie le 11/08 avec consultation gastro à 1 mois puis cholécystectomie à distance.

Pancréatite aiguë

-**inflammation** aiguë du pancréas ; 2 formes : bénigne (80%) et nécrosante

-**étiologies** : migration d'un calcul biliaire dans le cholédoque, alcoolisme (également causes tumorales, iatrogènes, hypertriglycémie, hypercalcémie, médicaments, infections, auto-immunes, malformatives, génétiques ou idiopathiques)

-**diagnostic** : douleur (souvent associée à des vomissements et un iléus réflexe) et lipase >3N

-**imagerie** : scanner en cas de doute diagnostique et pour évaluer la gravité, échographie abdominale essentielle au diagnostic de lithiase vésiculaire

-**complications** : défaillance viscérale, SDRA, insuffisance rénale, surinfection de la nécrose ; marqueurs de gravité : CRP >150 à 48h, scores de Ranson et de Balthazar

-**traitement** : bénigne : hospitalisation en unité simple, mise à jeun, perfusion abondante de solutés hydro-électrolytiques, antalgiques ; nécrosante : unité de soins continus , mise à jeun, antalgique, SNG, voie centrale pour perfusion abondante de solutés hydro-électrolytiques, drainage d'un foyer de nécrose, prise en charge des défaillances viscérales ; traitement de la cause.

Score de Balthazar