

Les urgences chirurgicales

Dr Aida

Introduction

2 intérêt de la question

3 Urgences digestives

4 . Urgences urologique :

5.Urgence neurologique :

6. Urgence Respiratoire :

7. Urgences hémorragiques :

8.Urgences orthopédiques : Fractures pathologiques

9. Conclusion .

INTRODUCTION :

- Les urgences chirurgicales peuvent atteindre tout individu sain Ou atteint d'un cancer.
- Concernant les urgences en cancérologie, une bonne connaissance de la pathologie générale permet de posé le diagnostic ainsi que le diagnostic différentiel .

Définition:

Un état d'urgence est tout événement aigu ,
pouvant menacé la vie du malade soit en
rapport directe ou indirecte avec son KC.

INTERET DE LA QUESTION :

- Connaître les principales urgences en cancérologie
- Distinguer une urgence réelles d'une complication attendue
- Connaître l'attitude thérapeutique à suivre .

1.URGENCES DIGESTIVES

a.Obstruction œsophagienne

Les causes:

- cancer de l'œsophage
- compression extrinsèque par un cancer bronchique à extension médiastinale ou à un lymphome
- cette obstruction est progressive responsable d'une dysphagie croissante et un amaigrissement

- examens complémentaires :
- Transit œsophagien : montre une sténose dilatation en amont et irrégularité de la muqueuse , aspect filiforme
- Fibroscopie gastro-œsophagienne :
Visualise la tumeur et elle permet de faire des biopsies
- TDM , IRM

- **Le Traitement**
- apport nutritionnel par sonde nasogastrique , ou jéjunostomie
- TRT Curatif ou palliatif de la cause permet d'améliorer la symptomatologie

b- OCCLUSION INTESTINALE

- c'est une urgence thérapeutique fréquente, peut se voir à tout âge, peut mettre en jeu le pronostic vital.
- Elle peut être mécanique ou fonction

Mécanique :

La cause est surtout une néoplasie intra-abdominale :

- adénocarcinome ovarien , métastase mammaire
- Cancer du colon , du rectum ,du grêle.
- elle peut être associé a une perforation , un infarctus méésent

- **Fonctionnelle :**

due a la chimiothérapie, essentiellement les
poisson du fuseau (vincristine et vinblastine)
intoxication aux opiacés et les sels de platines
ou hypokaliémie majeure.

- **Autres causes:**

Bride, hernie, iléus paralytique suite aux sels
de platines et iléite post radiothérapie

- **Diagnostic:** Le Syndrome occlusif associe :
- Douleurs abdominales
- Vomissements alimentaires ,bilieux parfois fécaloïdes.
- Distension abdominale
- Arrêt des matières et des gaz

Examen physique

- inspection : cicatrice abdominale ?
- palpation : Orifices inguinaux et cruraux
Défense abdominale
Douleurs à la décompression
Résistance élastique
Quelques fois contracture ?
- touchers pelviens : systématiques
- percussion : tympanisme +++

- Examen para clinique:

abdomen sans préparation: niveaux hydroaériques, distention des anses, une grisalle, image en arceau

- **Traitement :**
- Médical : Réanimation +++
- Corriger les perturbations volémiques et hydro électrolytiques
- Sonde d'aspiration
- Sonde urinaire
- Voie d'abord
- Compensation hydro électrolytiques
- Antispasmodiques

Chirurgical :

dépend de la localisation de l'occlusion « étiologie exacte »

- La coéloscopie peut être utile au diagnostic et au traitement
- Sinon A/G + IET , laparotomie, rechercher la cause
- Apprécier la vitalité de l'anse
- TRT en fonction de l'étiologie
- Continuer le TRT en post op
- L'acte chirurgical peut être curatif si la tumeur est localisée ou palliatif si elle est étendue.

c. Perforation et péritonite:

- la perforation d'un organe entraîne une inflammation du péritoine par irruption dans la cavité abdominale d'un contenu intra digestif .
- une péritonite localisée puis généralisée ou d'emblée généralisée.

Les causes:

tumeur colique, gastrique ou métastatique

Diagnostic:

- une péritonite = **contracture** (abdomen en bois)
- Altération de l'état général
- Nausées, **vomissements**, **douleurs abdominales**, **iléus paralitique** qui entraîne un arrêt des matières et des gaz.

Examen clinique:

retrouve une hyperesthésie cutanée, une défense localisée avec douleur invincible a la contracture généralisée avec un ventre en bois.

Ex paraclinique:

- ASP: peut montré un pneumopéritoine

Traitement:

Medicale: réanimation

- Correction des desordres hydroelectrolytiques
- Chirurgie en urgence consiste a un lavage peritoneale apres prelevement du liquide pour ECB, resection de l'anse ou sinon lever l'urgence et différé le geste chirurgicale
- Instaurer une antibiothérapie adaptée avec surveillance des parametres hemodynamiques.

D.Hémorragies digestives:

- peut se présenter par une hémétémèse, melaena et rectorragie
- Une néoplasie entraine rarement une hémorragie digestive menaçant le pronostic vital.

- souvent une pathologie est associée: ulcère peptique ,gastrite médicamenteuse, varices œsophagienne colite hémorragique

Ex para clinique:

- l'endoscopie est l'examen clef pour mettre en évidence le saignement
- L'angiographie est utilisée pour les saignement colique massif

- **Traitement:**
- Remplissage vasculaire ,transfusion
- Correction d'une coagulopathie
- les inhibiteurs de la pompe a protons et les antiacides.
- L'Electrocoagulation ou la photo coagulation au laser si saignement persistant.
- les varices œsophagiennes = une compression par sonde intra œsophagienne et ou la sclérose veineuse per endoscopique
- angiopressine (artériographie)pour hémorragie intestinale suivie d'une résection segmentaire chirurgicale.
- Une irradiation concentrée ou une électrocoagulation intraluminale = cancers rectaux.

Les urgences urologiques:

a.Uropathies obstructives:

- Elles entraînent une insuffisance rénale chronique

Les causes:

- Kc génito-urinaires
(col,endomètre,vessie,prostate, rarement urétérale

L'ex clinique:

le TR retrouve une hypertrophie prostatique

Ex para clinique:

échographie peut retrouver une hydronéphrose

- TDM , la cystoscopie
- la pyélographie rétrograde

- **Traitement:**
- **Le sondage vésicale** est impossible par obstruction
- **La néphrotomie percutanée** soulage l'hyperpression en amont
- **Prothèse endourétrale**
- **Une cystostomie supra pubienne**
- Une **exérèse de la tumeur** peut libérer les voies urinaires mais le plus souvent une chirurgie de déviation est possible.

b.Hématurie:

- La présence de sang dans les urines définit l'hématurie
- Micro ou macroscopique

Les causes neoplasiques:

kc du rein ,de la vessie, prostate avec infiltration de l'urètre

Le diagnostic:

- Douleurs(lombaire, pelvienne)
- Contact lombaire
- Troubles mictionnels: pollakiurie ou retention urinaire
- Hématurie avec caillots
- Pyurie :infection associée

Ex paraclinique:

bandelette, ECRU, échographie, TDM, Cystoscopie et
biopsie pour

- Cytologie tumorale

Le traitement:

- Réhydratation pour diluer les urines
- Sondage vésicale
- Si tm endovésicale hémorragique:
electrocoagulation sous endoscopie, resection transurétrale pour assurer l'hémostase.
- Instillation endovésicale
hémostatique, embolisation des vaisseaux ou irradiation pelvienne concentrée hémostatique

c.Cystite hémorragique

- Complication majeure après chimiothérapie à base de **cyclophosphamide** à forte doses ou **ifosfamide** .
- Cette cystite est provoquée par l'élimination rénale de **metabolite toxique** qui s'accumule dans la vessie.

Signes fonctionnels :

- Douleurs sus Pelvienne , une hématurie macro ou microscopique
- Elle peut évoluer vers une fibrose de la vessie

Le Traitement :

- Réhydratation importante
- Antalgiques
- Lavage vésicaux , instillation endovésicale de formol .
- les transfusions de culots globulaires éventuelle

Prévention :

- Elle repose sur une **réhydratation** suffisante associé a un protecteur de la muqueuse (**Mesna**)
- A dose identique à celle du cyclophosphamide (Supérieur a 1g).

3.Urgences neurologiques :

a. Compression médullaire

Les causes :

- Souvent un syndrome métastatique extradural (Sein , poumon , prostate , lymphome , rein)
- D'origine vertébrale
- Les tumeurs primitifs de la moelle épinière sont rares : dorsale 70% , lombaire 20% , cervicale 10% .

Les signes fonctionnels :

- La douleur postérieure avec une irradiation radiculaire est le premier signe puis des parésies des membres inférieurs
- Raideur vertébrale
- L'elevation des membres tendus révèle une douleur radiculaire ,
- La symptomatologie dépend du siège de la compression

Les Ex. paracliniques:

- Clichés standards de la colonne vertébrale face et profil peuvent montrer :
- Une lyse osseuse
- Déformation du mur vertébral postérieur
- Un tassement
- Une PL pour un examen cytologique
- IRM
- Myélographie sous TDM

Traitement :

- Corticoïdes a fortes doses
- Laminectomie decompressive en urgence :
 - * Une preuve histologique est obtenue
 - * Compression survient en territoire irradié
 - * La symptomatologie s'aggrave au cours d'irradiation
 - * Tumeur peu radiosensible .
- L'irradiation pour les autres cas .
- Chimiothérapie si TM sensible (CI de la chirurgie ou RT)
- diagnostic rapide = récupération du déficit 70% , avant le stade irréversible

b. Hypertension intracrânienne

Les causes :

- Tumeur endo cérébrale primitive ou secondaire avec souvent une méningite carcinomateuse
- HIC menace la perfusion sanguine cérébrale
- entraîne l'engagement d'une partie du parenchyme cérébrale soit sous la fosse cérébrale ou dans le trou occipital

Signe fonctionnels :

- **Céphalées matinales** ,exacerbées par la toux et soulagées pas les vomissements.
- **Vomissements** en jet
- troubles visuels ,diplopie ,confusion troubles de la vigilance.

Ex clinique:

- **Œdème papillaire** dans 50%
- Raideur méningée
- Déficit neurologique focalisé
- Début d'engagement: paralysie de paires crâniennes ,HTA, bradycardie.

Ex paracliniques:

- TDM ,IRM montre une dilatation ventriculaire, oedeme periventriculaire ,effet de masse.....
- L'étude **cytologique** confirme la méningite carcinomateuse

Traitement:

- Corticoïdes en urgence
- Si engagement: réanimation (intubation, ventilation assistée..)
- Si dilatation ventriculaire =chirurgicale (valve externe ventriculopéritonéale)
- l'irradiation est réalisée en cas de méta cerebrales multiples.
- Chirurgie =TM primitive ou meta unique puis irradiation
- Si méningite carcinomateuse :chimiothérapie (methotrexate)

- Urgences respiratoires:

b. Obstruction respiratoire haute

- Siège de la région sus glottique à la carène.
- Elle peut être endoluminale ou par compression extrinsèque

Les causes:

souvent KC bronchique lymphomes, KC thyroïdien ou ORL.

- Cette obstruction = un syndrome asphyxique grave.

Signes fonctionnels:

- dyspnée sévère
- tirage inspiratoire avec wheezing
- tachypnée
- tirage sus sternal et sus claviculaire.

L'ex paraclique:

- TTX: masse médiastinale, déviation trachéale...
- Biopsie transparietale .

Traitement:

- O₂ et corticothérapie en urgence
- trachéotomie
- irradiation et Protocol classique selon l'etiologie.
- Désobstruction endobronchique par laser perbronchoscopique , photothérapie dynamique ou la curiethérapie endobronchique a haut dose.
- Chimiothérapie(lymphome ,carcinome anaplasique à petite cellule).

c.Obstruction respiratoire basse

Rarement aigue, en rapport avec un KC bronchique ou méta endobronchique.

Diagnostic:

- **Hémoptysie**, dyspnée, fièvre avec pneumonie obstructive
- Bronchoscopie souple

Traitement:

TRT symptomatique:

- laser et curiethérapie endobronchique

Association de la chirurgie,
radiothérapie et chimiothérapie

Urgences hémorragiques

Constitue la 3eme cause de décès par KC (le déficit fonctionnel des organes et l'infection).

Les causes:

- Atteinte des vaisseaux sanguins
- Saignement en nappe (thrombopénie et infection)
- Déficit des facteurs de coagulation.

a. Hémoptysie massive:

C'est le rejet du sang aéré provenant des voies aériennes.

- entraîne une inondation des voies aériennes bronchiques.

Les causes:

- Le KC bronchique épidémie ****
- L'aspergillose pulmonaire
- Rarement suite au laser, curiethérapie endoscopique

Diagnostic:

- Rejet de sang aéré
- Bronchoscopie si l'état du patient le permet.

Traitement:

- Position demi assise
- O2 et aspiration
- Morphinique
- TRT de l'étiologie causale si non Mise en place de la sonde de FOGARTY, embolisation radiothérapie et laser

c. Rupture de la carotide interne:

Les causes:

- KC ORL par invasion directe
- Par infection post chirurgicale
- Par rupture des ligaments
- Nécrose post radiothérapie.

- La ligature prophylactique de la carotide = éviter une hémorragie massive avec risque d'ischémie cérébrale sous jacente.
- En urgence une compression des vaisseaux et une sedation du patient est nécessaire , en attendant l'acte chirurgicale
- Hémorragie cataclysmique = la mort survient en quelque minute

d. Hemorragie buccales massives

Causées par l'atteinte profonde par des TM de la base de la langue ,des branches de l'artère carotide externe.

Sédation du malade, ligature de la carotide ext et liberté des voies aérienne sont nécessaire en attendant le geste chirurgicale

e.Epistaxis

- très fréquente au cours de chimiothérapie aplasante (LA) rarement dangereuse
- cessant spontanément ou après compression ou pose d'une mèche nasale .
- saignement postérieur = tamponnage postérieur (pharyngoscope)
- TM ethmoïdale = un geste chirurgical ou une embolisation sont nécessaire.

f. Rupture fémorale

- due a des métastases ganglionnaires inguinales(TM de la verge ,la vulve, ou TM des membres inferieures) .

traitement:

- Sédation du malade
- La suture del'artere fémorale si possible
- Irradiation des adénopathies.

Urgences orthopédiques :

a. Fracture pathologique:

la fragilité des os par leur atteinte métastatique

- une **ostéolyse** et un **traumatisme minime**.
- Les os les plus touchés: colonne vertébrale

Fémur

Humérus

Cotes

L'os iliaque.

Se manifeste par :

- **une douleur osseuse** spontanée d'intensité progressive.
- **Impotence fonctionnelle** avec atteinte neurologique(selon le siege)

Clichés standards .

Traitement:

- Antalgiques, anti inflammatoires ou radiothérapie antalgique
- Geste chirurgicale si atteinte corticale sup a 2ou 3 cm, ou plus de 50%de sa largeur ou radiothérapie sans effets antalgiques.
- Chirurgie orthopédique selon le siège; prothèse de la hanche

Conclusion:

- les complications d'une néoplasie ou de son traitement, exposent les patients a des risques d'urgence vitale dont ils faut :
- les **connaître** ,savoir **les éviter** et **les traiter** éventuellement