

# ACUUT ABDOMEN



Postgraduaat 21/05/2021  
Dr. S. Van den Broeck



Join session: [sylvievanden024](#)

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## WAT verstaan we onder acute buik?

A Acute heelkunde nodig, plankharde buik,  
geen verdere investigaties, dadelijk OK

B Plots ontstane pijn abdomen met lokale  
peritoneale prikkeling

C Plots ontstane abdominale pijn met bij koz  
diffuse prikkeling, nog tijd voor investigaties

D Plots ontstane buikpijn

E Andere

Current Surgical Diagnosis and Treatment.  
Way - Doherty  
11<sup>e</sup> edition

- “Een acuut abdomen “ staat voor
  - Elke **plotse, spontane**, niet-traumatische aandoening waarvan het hoofdsymptoom zich ter hoogte van het **abdomen** situeert en waarvoor **misschien heelkunde** nodig is.
  - Omdat de aandoening meestal progressief is, kan uitstel in diagnose en behandeling leiden tot morbiditeit en mortaliteit
  - Kan een nieuwe **pijn** zijn of een verergering van reeds bestaande ‘chronische’ pijn

Geachte collega,

De laatste tijd zijn er tijdens de wachtdienst enkele patiënten met een acute buik geweest waaraan niet de juiste opvang is gegeven. Dit heeft geresulteerd in het feit dat deze patiënten in een te laat stadium met peritonitis zijn geopereerd.

Indien een patiënt met **buikpijn** volgens de betrokken arts geen acuut abdomen heeft moet hoe dan ook de toestand **zeer nauwgezet** worden gevolgd. Indien de patiënt een afwijkend bloedbeeld heeft en zeker indien de inflammatoire parameters gestoord zijn spreekt het vanzelf dat men de oorzaak van deze afwijkingen moet proberen te achterhalen. Het is een beroepsfout de patiënt gewoon te laten opnemen zonder de nodige diagnostische maatregelen. Bij twijfel is een CT-scan steeds aangewezen.

- Pijn = meest voorkomend en predominant symptoom
    - A/ Locatie pijn
    - B/ Ontstaan pijn en progressie
    - C/ Karakter
- Preliminair lijst van mogelijke diagnoses

## A/ Locatie pijn

### Visceral

Felt when noxious stimuli affect an abdominal viscus.

- poorly localized
- dull
- gnawing or burning
- secondary autonomic symptoms:  
sweating  
nausea

### Parietal

Felt when noxious stimuli affect the parietal peritoneum.

- precisely localized
- intense
- aggravated by movement  
(appendicitis produces parietal pain)

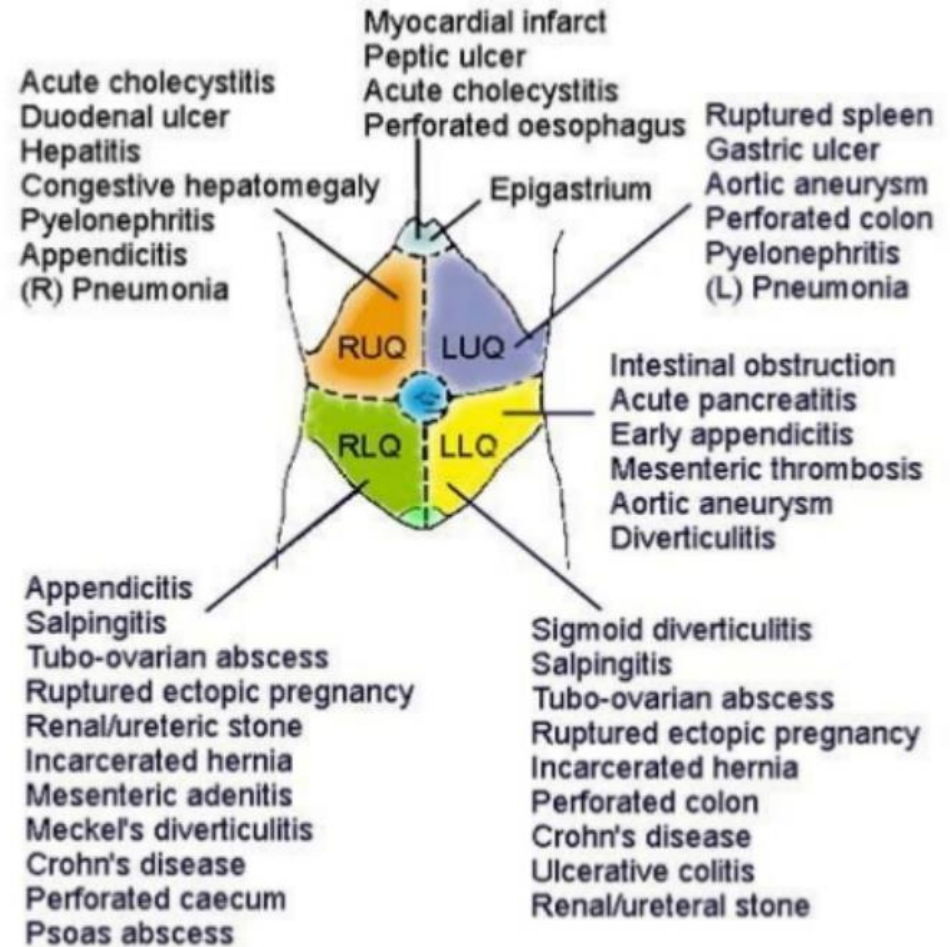
### Referred

Felt in remote areas supplied by the same neurosegment as the diseased organ.

- well localized
- appears with intense visceral stimulus

# DD

Right		Left
Gallstones Stomach Ulcer Pancreatitis	Stomach Ulcer Heartburn/ Indigestion Pancreatitis, Gallstones Epigastric hernia	Stomach Ulcer Duodenal Ulcer Biliary Colic Pancreatitis
Kidney stones Urine Infection Constipation Lumbar hernia	Pancreatitis Early Appendicitis Stomach Ulcer Inflammatory Bowel Small bowel Umbilical hernia	Kidney Stones Diverticular Disease Constipation Inflammatory bowel disease
Appendicitis Constipation Pelvic Pain (Gynae) Groin Pain (Inguinal Hernia)	Urine infection Appendicitis Diverticular disease Inflammatory bowel Pelvic pain (Gynae)	Diverticular Disease Pelvic pain (Gynae) Groin Pain (Inguinal Hernia)





## B/ Ontstaan van de pijn en progressie

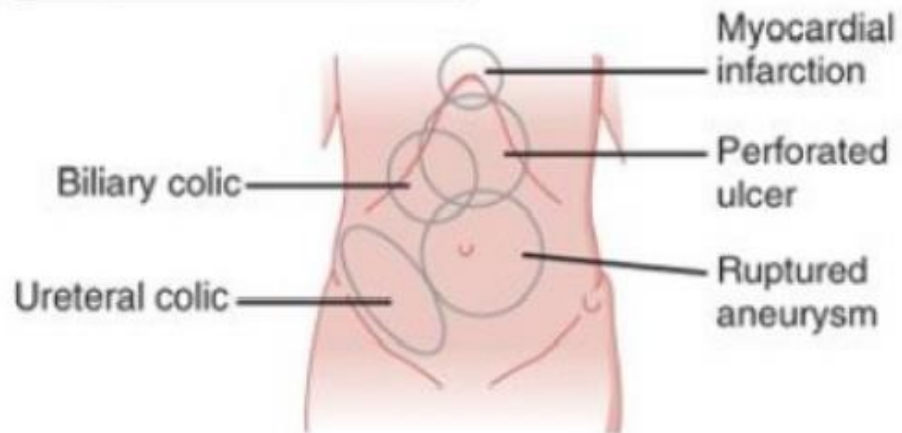
- Explosief 
- Snel progressief (in 1-2u)
- Gradueel (over een aantal uren)

## C/ Karakter van de pijn

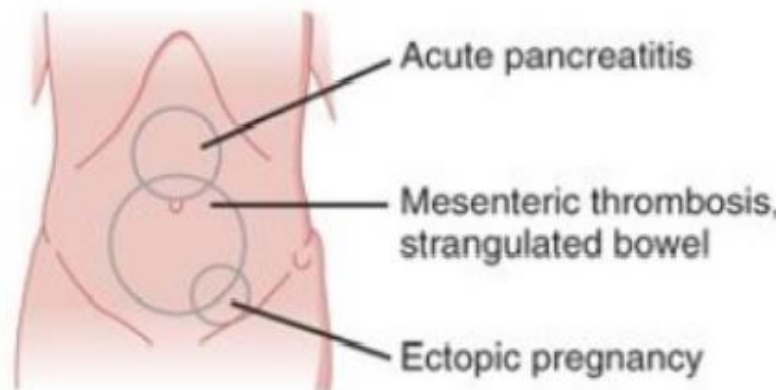
- Beschrijving van de pijn: zeurend, dof, scherp
- Ernst – VAS score?
- Periodiciteit: continue - koliek



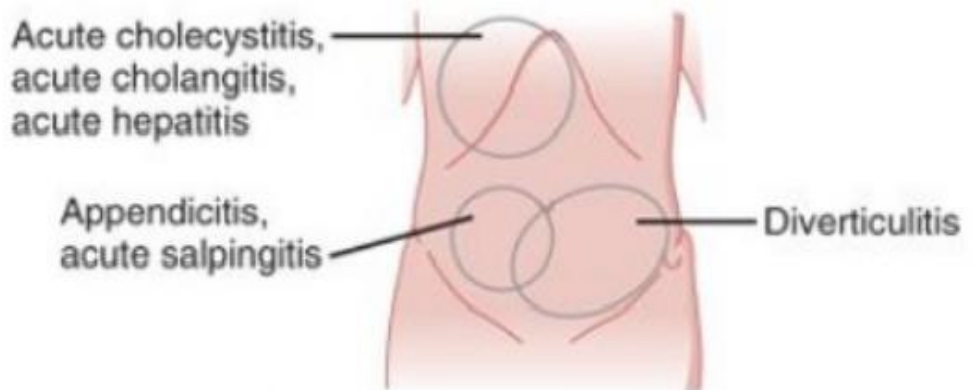
Abrupt, excruciating pain



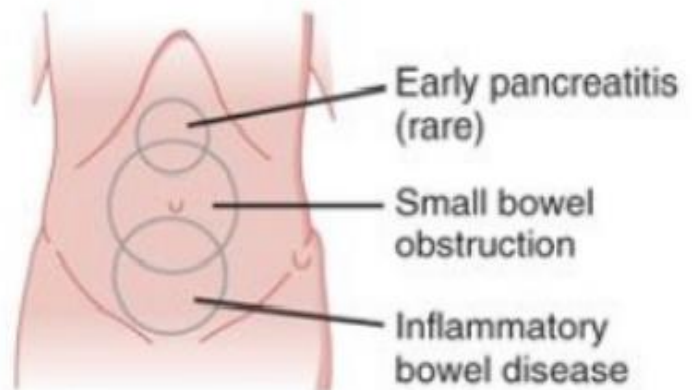
Rapid onset of severe, constant pain



Gradual, steady pain



Intermittent, colicky pain, crescendo with free intervals



# Verschillende factoren beïnvloeden de pijn

- Leeftijd

- Ouderen: frequenter minder klassieke symptomen/ KOZ
- Mortaliteit stijgt exponentieel bij elke decade na 50j.
- Kinderen: S/ moeilijker te achterhalen – specifieke D/

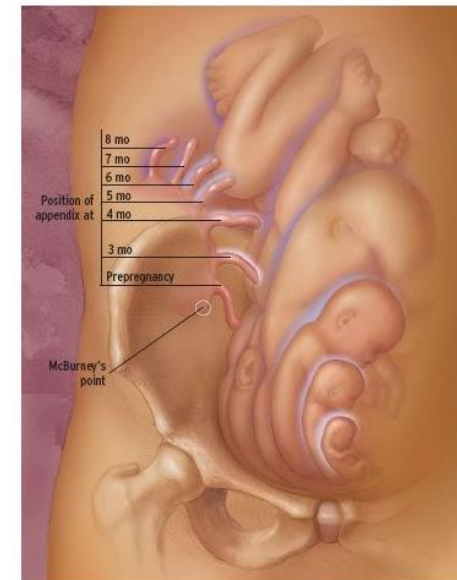
- Pijn tolerantie

- Gecompromitteerde vascularisatie/ischemie

- Zwangerschap

- ...

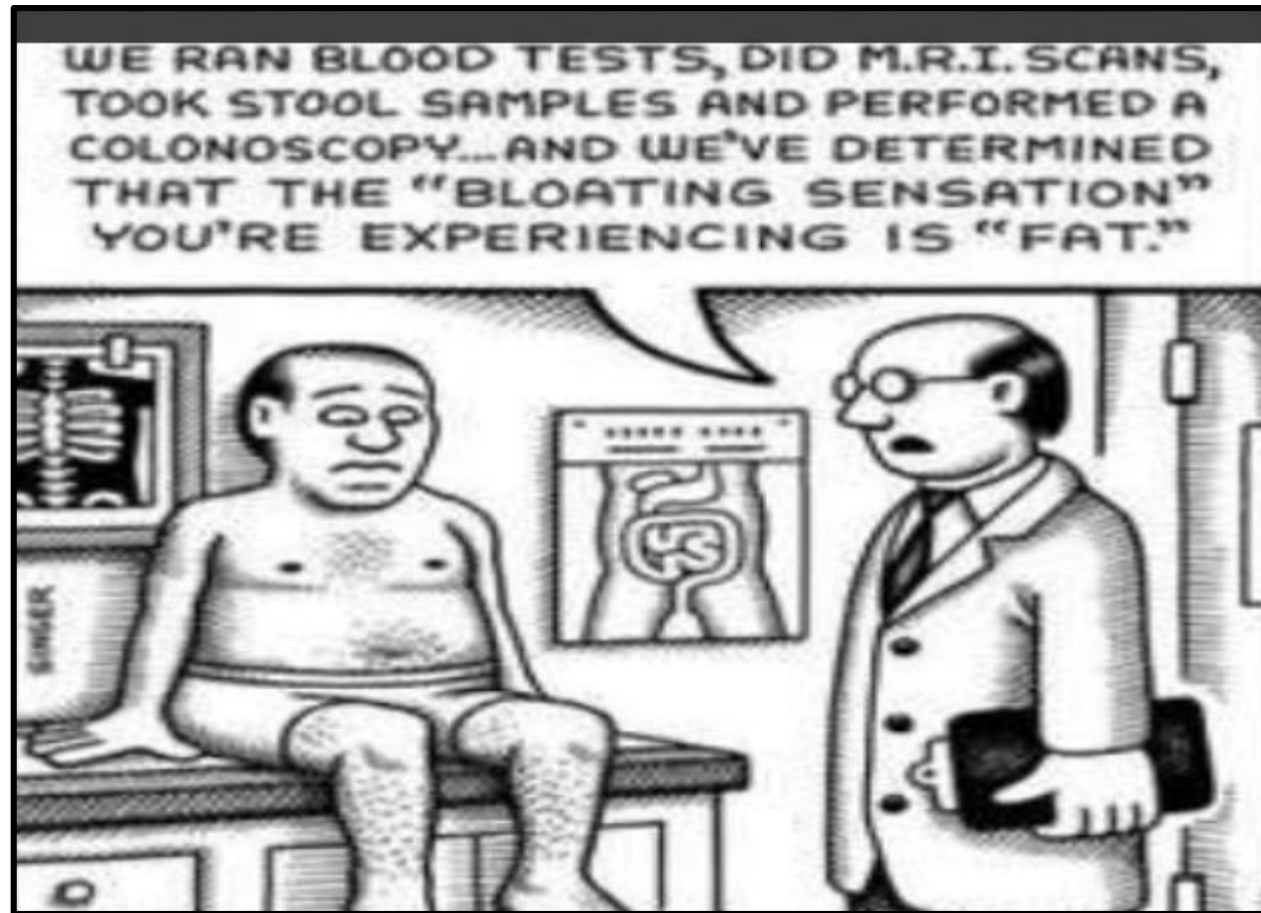
Neonates and Infants	Children	Adolescents
Infantile colic	Gastroenteritis	Appendicitis
Gastroenteritis	Appendicitis	Gastroenteritis
Constipation	Constipation	Constipation
Hirschsprung's disease	Functional pain	Dysmenorrhea
Incarcerated hernia	Diabetic ketoacidosis	Pelvic inflammatory disease
Intussusception	Urinary tract infection	Ectopic pregnancy
Volvulus	Trauma	Ovarian/testicular torsion
Urinary tract infection	Pharyngitis	Cholecystitis
	Pneumonia	Inflammatory bowel disease
	Henoch-Schölein purpura	Pancreatitis
	Mesenteric lymphadenitis	



**FIGURE 1.** The growing uterus progressively displaces the appendix in a counterclockwise rotation out of the pelvis into the right upper quadrant.

- Gastro-intestinaal
  - Nausea
  - Braken = predominant bij Boerhaave' syndroom / Mallory -Weiss syndroom/ acute gastritis of pancreatitis/ +/- galvocht- fecaal vocht?→hoogte obstructie
  - Anorexie
  - Obstipatie
  - Diarree
  - Bloeding
- Genito-urinair
  - Dysurie
  - Frequency
  - Urgency
  - Hematurie

- Gynaecologisch
  - Zwangerschap?
  - Menses
  - Contraceptie
  - Fertiliteit, sexuele activiteit, infecties
  - Vaginale uitscheiding
  
- Cardio-pulmonaal
  - Hoesten
  - Dyspnoe
  - Thoracale pijn - uitstraling



- Man 80jaar
- Voorgeschiedenis
  - TIA
  - AHT
  - Chronische nierinsufficiëntie
  - Endocarditis
  - 2004 mitraalklep plastie – CABG
  - BCC (CIS): blaasspoelingen



- 2/2021: Robot cystoprostatectomie met Bricker intracorporeel
  - Geïnfecteerd urinoom bij langdurige blaaserosie – APO ypT0
    - diagnose maagulcus (anemie) → Pantomed
  - Controle raadpleging
    - Begin maart 2021: pijn paravertebraal links (reeds voor OK aanwezig, fysio)- geen koorts - stoma fraai- heldere urine
    - 12/3/2021: spoed (via raadpleging)
      - Algehele malaise - geen eetlust – flankpijn links zeurend, continue aanwezig– geen koorts - urostoma loopt goed af, heldere urine – geen andere klachten
      - VAS 3 na pijnstilling
      - KOZ 12/3: Soepel abdomen- Licht drukpijnlijke linker flank

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Wat doe je?

A geen verdere investigaties, klinisch geruststellend,  
geen koorts controle 2 weken na advies diëtist

B Labo – Urinecultuur - advies diëtist

C Labo – urinecultuur – CT abdomen

D Labo - CT abdomen

E Gastroscoopie

F Opname

- Labo:

- Hb 9,4 leuco 11,4 (8.9 - 10.6), absolute neutrofilie 8.89 (2.0-6.7), CRP 33.4 , Creat 2.09, GFR 29, K 5.5 – Na 135 (nl)

- CT abdomen

- Status na Brickerse deviatie. Geen aanwijzingen voor lekkage van urine.
- Kleine hoeveelheid deels afgekapseld vocht in het kleine bekken, geen evidente surinfectie. Geen intra-abdominale abcessen.
- Matige dilatatie van pyelocalicieel systeem links met slanke ureter, afgenomen dilatatie ten opzichte van het vorig onderzoek. Geen pyelonefritis.
- Herniatie van dunne darmlissen door een defect in de buikwand ter hoogte van de schuine buikspieren links zonder per tekenen van inklemming of obstructie.

- Opname

- Pijnstilling
- Infuus 2L/24u
- Primperan
- Diëtist: hypercalorisch en eiwitrijk dieet – bijvoedingen 3x/d – frequente kleine maaltijden
- Thuismed verder
  
- Controle labo dag 3, klinisch dezelfde klachten geen verbetering en zeer platte stoelgang, diffuse abdominale drukpijn
  - Nierfunctie beter
  - Echter Hb daling 9,4 → 7,8 g/dl
  - WBC 9.4 (+), crp 32.6 (=), creat 1.25 (beter), iono normaal

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

# Diagnostiek

A Advies GE

B iFOB en coprocultuur

C Gastroscoopie

D 1E PC - controle labo - zo daling Hb gastroscoopie

E Colonoscopie

F Andere

- Na 1 E PC 16/3: Hb 8.2g/dl (7.3)
- iFOB +
  - → gastroscopie: negatief: helend ulcus → Pantomed verder aan 40mg/d
  - Hb blijft +/- stabiel Op 18/3 Hb 7,8 g/dl
  - advies GE: controle colo 1-2 weken met opname, dringerder als Hb daalt
- Algehele malaise blijft, rugpijn, abdominaal licht drukgevoelig diffuus
  - Labo : 19/3: wbc 12,5 (licht gestegen)
  - Centrale lijn en TPN
- 30/3: subfebrilitas, leuco's 19.6 crp 175.7
  - . Kweek urine negatief



When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Wat verder?

A start anbitiotica, laparotomie,  
drainage

B Start antibiotica

C Punctie radiologische drainage

D radiologisch punctie, antibiotica

Antibiotica, colon inloop, punctie  
drainage radiologisch

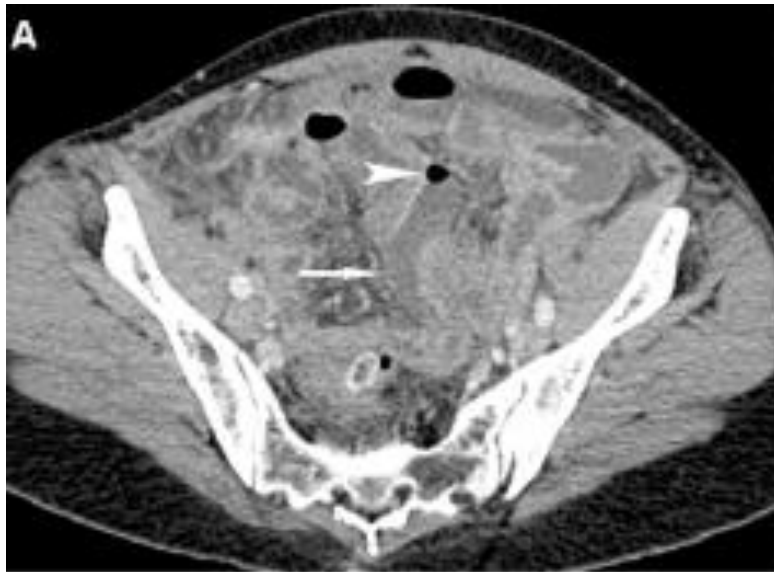
Andere



- Colon inloop (+ CT)

- Geen lekkage vanuit sigmoid-rectum weerhouden

- Radiologische punctie- drainage
- Antibiotica
  
- Te behandelen als voor diverticulitis met groot abces, bedekte perforatie?



## Modified Hinchey classification

Stage 0: Mild clinical diverticulitis

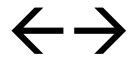
- **Stage Ia:** Confined pericolic infl. – phlegmon
- **Stage Ib:** Confined pericolic abscess(sigmoid)
- **Stage II:** Pelvic, distant intra-abd/intraperitoneal abscess
- **Stage III:** Generalized purulent peritonitis
- **Stage IV:** Fecal peritonitis

- Abces > 3-4cm bij stabiele patient (Hinchey II) = gecompliceerde ziekte
  - percutane drainage
  - Vloeibaar dieet, restenarm dieet
  - Antibiotica
  - Chirurgie bij detoriatie of geen verbetering na 2-3 dagen

- Hinchey II

→ Electieve chirurgie na afkoeling?

- . morbiditeit en zelfs mortaliteit ziekte
- . urgente heekunde bij stadium II: 25%
- . Hoge recurrentieratio



- . morbiditeit chirurgie: 10- 25% (bespreken met pt!)
- (colonoscopie 4-8 weken na incident episode diverticulitis)

**Case by case beslissing!**

- Vroeger
  - Chirurgie na 2 episodes
- Nu:
  - Diverticulitis is geen progressieve ziekte
  - Meeste complicaties gedurende 1 of 2<sup>e</sup> episode
  - Morbiditeit electieve heekunde = 10-15%
  - Na heekunde nog kans op recurrentie 5-8% op 8 jaar
- → Electieve heekunde case by case
  - Ernst - frequentie
  - Impact QoL
  - Co-morbiditeiten - immunosuppressie
  - Voorkeur patiënt

# Prognose diverticulitis

Na 1<sup>e</sup> episode diverticulitis :

recurrentierisico: 20% op 10j

Na 2<sup>e</sup> episode

recurrentierisico: 55% op 10j

Na 3<sup>e</sup> episode

recurrentierisico:40% op 3j

Risico recurrentie bij gecompliceerde ziekte = bij ongecompliceerde ziekte

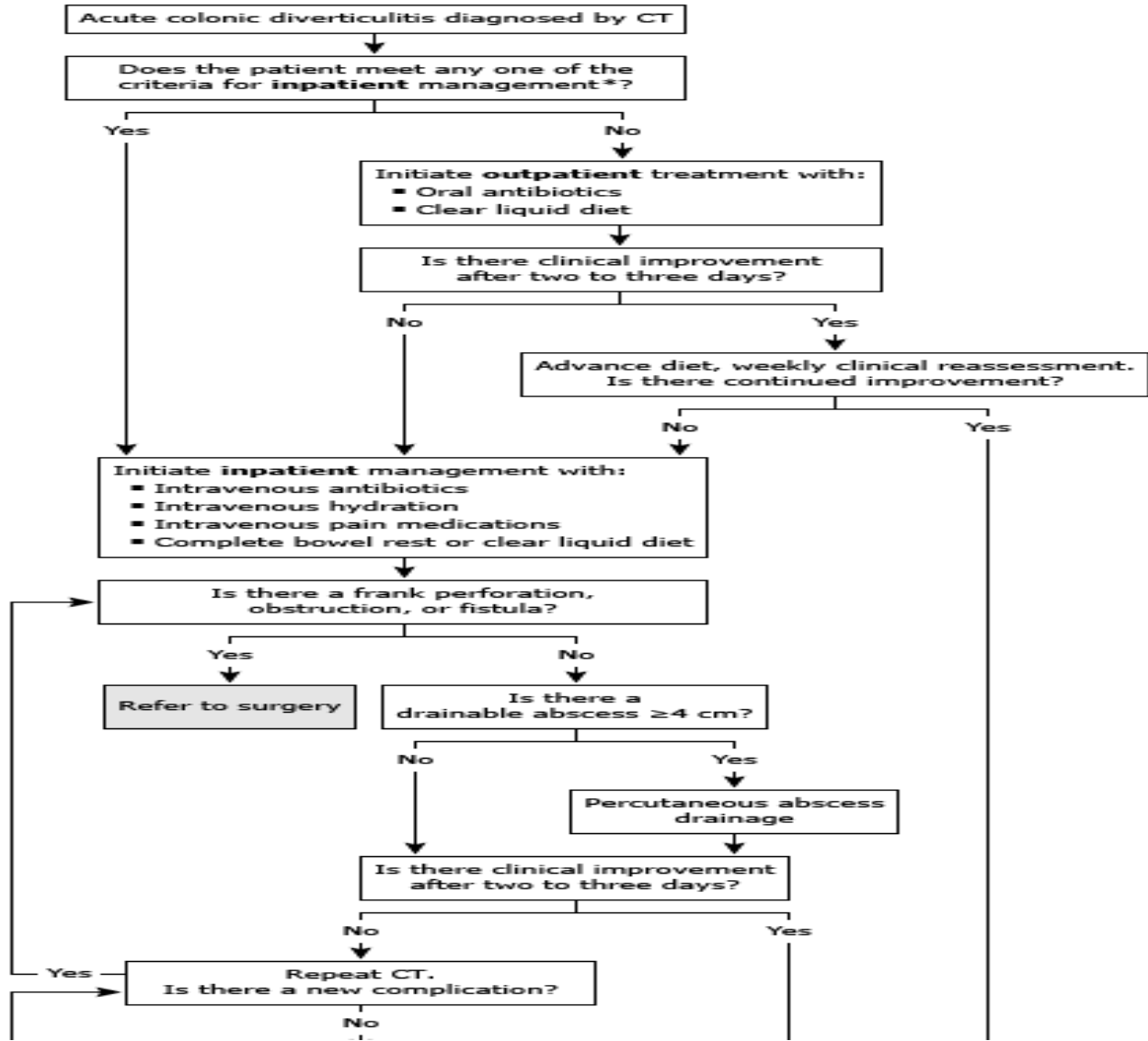
Risico op gecompliceerde ziekte is hoger bij de 1<sup>e</sup> episode en daalt daarna

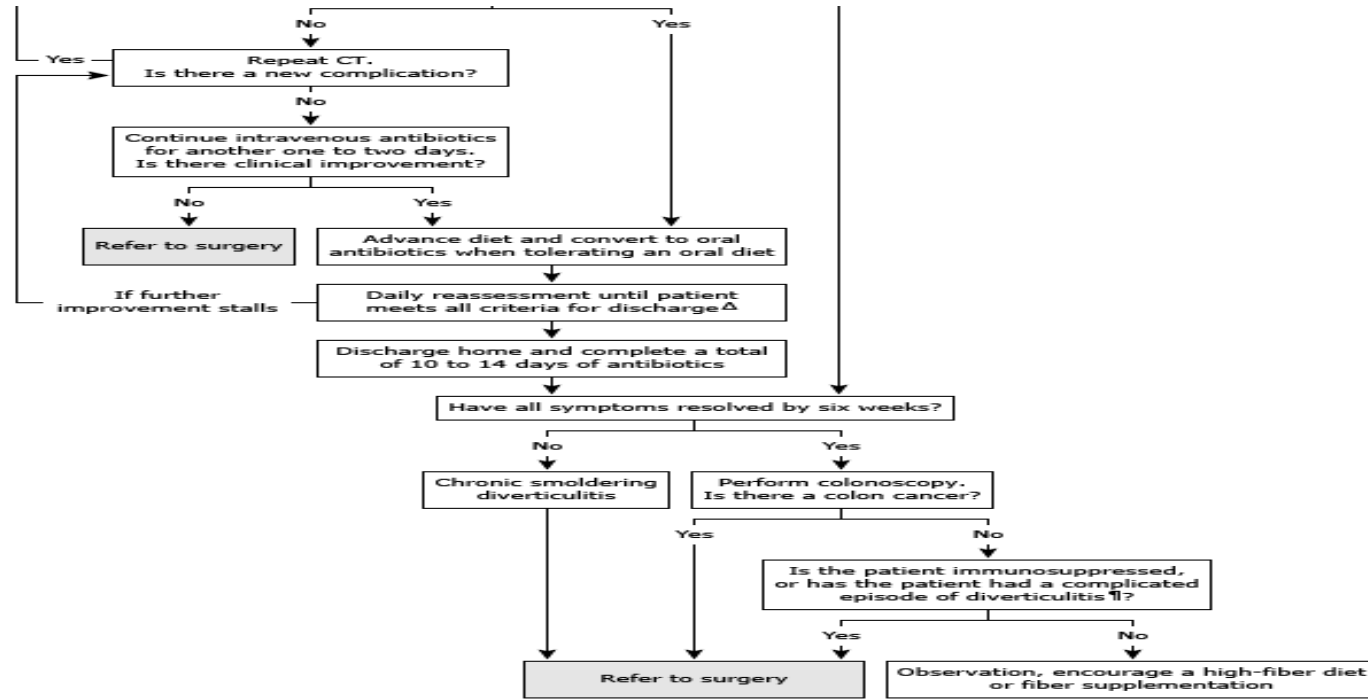
Na een episode van ongecompliceerde diverticulitis is er een risico van 2% op abces of perforatie

- Gecompliceerde diverticulitis case by case
- recurrenente diverticulitis case by case
- Urgente chirurgie → Hinchey 3-4



# Management of acute colonic diverticulitis





CT: computed tomography.

\* Criteria for inpatient management (only need to meet one):

- Complicated diverticulitis (refer to the ¶ footnote below)
- Microperforation
- Immunosuppression
- High fever (>102.5°F/39°C)
- Significant leukocytosis
- Severe abdominal pain of diffuse peritonitis
- Age >70 years
- Significant comorbidities
- Intolerance of oral intake
- Noncompliance/unreliability for return visits/lack of support system
- Failure of outpatient treatment

¶ Complications of acute diverticulitis:

- Frank perforation
- Abscess (asymptomatic patients with a healed diverticular abscess may not need surgery due to a lower risk of complicated recurrence)
- Obstruction
- Fistulization

Δ Criteria for discharge (all must be met):

- Normalization of vital signs
- Resolution of severe abdominal pain
- Resolution of significant leukocytosis
- Tolerance of oral diet

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

# Diverticulitis Hinchey 3-4 chirurgie

A laparoscopische lavage - drainage

B Hartman laparoscopisch - spoeling perop

C Hartman laparotomie - spoeling

D Laparoscopische Resectie, anastomose,  
lavage, protectief ileostoma

E Laparotomie, Resectie, anastomose,  
lavage, protectief ileostoma

F Laparoscopische Resectie, anastomose,  
lavage

Laparotomie Resectie, anastomose, lavage

- Laparoscopie indien mogelijk heeft voorkeur (meestal Hinchey 1-2)
  - Historisch Hartmann - Nu voorkeur voor primaire anastomose en protectief ileostoma
    - Mortaliteit en morbiditeit =
    - Meer stoma reversal bij protectief ileostoma
    - Ileostoma tov Hartmann opheffen
      - OK tijd = minder
      - Hospitalisatieduur = minder
      - Minder complicaties
- Echter kleine studies en vermoedelijk bias keuze in selectie patienten voor primaire anastomose

DUS

keuze Hartmann of Primair anastomose- loop ileostoma

Case - by - case → ifv inflammatie en stabiliteit patient

→ eerder Hartmann als pt instabiel of bij multiple comorbiditeiten

- Is er nog plaats voor enkel lavage Hinchey 3-4?

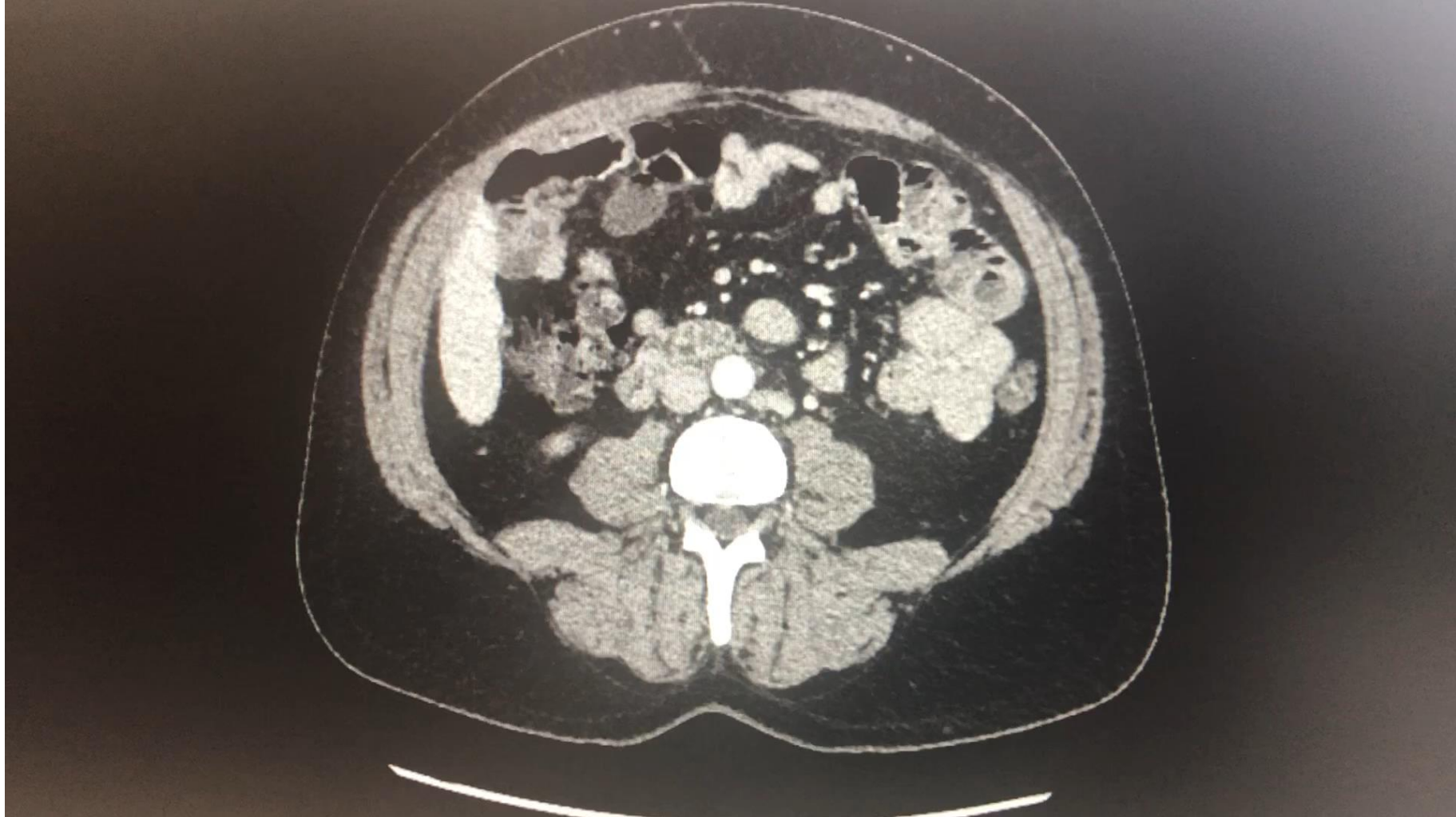
*In a meta-analysis of 7 studies (including 3 small randomized trials), the risks of postoperative intra-abdominal abscess and peritonitis and emergency reoperation were higher in patients undergoing laparoscopic lavage vs colonic resection. (44) Subset analysis of the three randomized studies produced similar results. These trials have been criticized for a number of reasons including nonconsecutive enrollment and non-standardized operative technique. One trial was terminated prematurely due to greater major morbidity and mortality in the lavage arm.*

- Goede evolutie
- Electieve sigmoïdectomie 5 weken postdrainage
  - start minimaal invasief
  - Conversie naar tomie wegens restabces pelvis en inflammatie
  - Primaire anastomose + protectief ileostoma

- Man 58 jaar
  - 16/03/2020: eventratieherstel
  - 14/01/2021: septoconchoplastie, barbed reposition pharyngoplasty
  - 2x laparoscopie i.h.k.v. epigastrische hernia: mesh
  - Allergie: Penicilline (rash)
  - Medicatie: spasmomen 40mg 2x/d



- Ziektegeschiedenis:
  - Spoed 23/2 doorverwijzing huisarts
    - 7d obstipatie, flatus +, aandrang +
    - Diffuse abdominale pijn maar vnl onderbuik
    - N-, V-
    - Urinair : dysurie
  - Labo: crp 21, geen leucocytose
  - CT abdomen



- Obstipatie → Movicol
- Diverticulitis met kleine bedekte perforatie
  - AB
  - Pijstilling
  - Restenarme voeding
  - Ambulante controle 10d
  - Retour spoed bij koorts of detoriatie
- 3d later: spoed
  - Pijn meer opstijgend naar rechter flank, vervoerspijn, weinig effect van pijnstilling, stoelgang beter
  - Labo: leuco's 11.6 (+) , neutrofilie, crp 76 mg/L (+)
  - CT: idem

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Wat doe je?

A Laparoscopische resectie,  
anastomose primair

B Opname, iv antibiotica,  
restenarme voeding

C Hartmann resectie

D Andere

- Opname

- Cipro-Flagy iv
- Restenarme voeding
- Pijnstilling

- Colonoscopie + 6 weken: beperkt erytheem residuele colitis op 50cm – diverticulose

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Indicatie heekunde?

A Ja zeker, laparoscopische sigmoïdectomie met  
primaire anastomose

B Bespreking met patient voor- tegens chirurgie,  
risico's complicatie operatie en risico op recurrentie

C Er ontbreekt nog informatie voor deze beslissing  
voor mij

Laparotomie sigmoïdectomie met primaire  
anastomose

Geen indicatie voor chirurgie momenteel

- Te weinig info: nog pijn? – 1<sup>e</sup> episode? (recurrentie inschatting)

- Voor heekunde:

- Bedekte perforatie = gecompliceerd
- 1<sup>e</sup> episode: risico op recurrentie +/- 20%
- Nog discrete –itis op colo 4 weken na stop behandeling
  
- Bij klinisch onderzoek: lichte drukpijn linker flank en suprapubisch

- Geen heekunde:

- Morbiditeit heekunde 10-15% - kans op recidief 5-8% op 8 jaar ondanks heekunde

→ Laparoscopie → conversie naar -tomie: multiple meshes en adhesies → sigmoidecomie met primaire anastomose

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

# Darmvoorbereiding

A Ja + orale AB

B Ja - orale AB

C Neen, spoeling  
rectosigmoidaal op OK

D Andere



- Vrouw 36 j
  - Spoed s'nachts 2u
    - pijn suprapubisch
    - Avond voordien al even wakker van vage abdominale pijn , overdag weer beter, avond weer toenemend
    - Moeizame stoelgang vandaag, voordien niet
    - Geen dysurie
    - Geen koorts, geen andere klachten (N-V-)
  - Voorgeschiedenis: negatief
  - Medicatie: geen
  - Allergie: geen gekende
  - Abusus: geen

- KOZ

- Drukpijn rechter suprapubisch meer naar rechter fossa
- Geen loslaatpijn of percussiepijn
- Systeem: -

# DD?

- Labo:

- Wbc  $12,8 \cdot 10^9/L$  (4.2-10.3) - absolute neutrofilie (10.4) (2.0-6.7)
- Crp < 4 (nl)

- Urine

- Negatief – geen zwangerschap

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

# Diagnostiek

A Echo abdomen

B CT abdomen

C Opname observatie, controle labo ochtend

D gynecologisch onderzoek

None of the above

- Echografie

- Appendix niet visualiseerbaar
- Geen secundaire tekens van inflammatie – geen vocht – geen klieren

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Wat verder?

A Gerustgesteld, patient mag naar huis, naar spoed indien toename last

B CT abdomen

C Observatie met controle bloedname in de ochtend

D Gynecologisch onderzoek

E Andere

- Observatie en controle labo

- Pijn meer verschoven naar rechter fossa – drukpijn, geen percussie- noch loslaatpijn
- Labo:
  - Wbc: 10.6 (-), neutrofiel 8,7 (-) – crp 5.9 (nl)



When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## En nu?

A Gerustgesteld, patient mag naar huis,  
naar spoed indien toenemende last.

B CT abdomen

C Observatie

D Gynecologisch onderzoek

E Andere

- CT abdomen:

- Acute appendicitis
- Minimaal vrij vocht paracolisch
- Appendicoliet

→ OK

# Diagnose acute appendicitis

## Alvarado score : nuttig?

## Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

Feature	Point
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 x 10 <sup>9</sup> /liter	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Score of 0 to 3 indicates appendicitis is unlikely and other diagnoses should be pursued. Score of  $\geq 4$  indicates that the patient should be further evaluated for appendicitis.

C: centigrade; F: fahrenheit.

*Modified from: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.*

UpToDate®

- WBC > 10,000cells/microL
  - 80% van patiënten + linksverschuiving
  - Sensitiviteit 80%
  - Specificiteit 55%
- Diagnose van acute appendicitis is weinig waarschijnlijk als wbc count normaal is (met uitz beginstadium ziekte)

- Beeldvorming

- verhogen specificiteit van de evaluatie appendicitis

- Verlagen negatieve appendectomieën

- CT heeft voorkeur (low radiation dose)

- Cave contrastallergie, nierinsufficiëntie

- Sensitiviteit: 95% - Specificiteit 96%

- US en MRI voor kinderen en zwangeren

- US: geen straling – operator afhankelijk – lichaamssamenstelling afhankelijk

- 50-85% normale appendixen niet visualiseerbaar

- Lagere accuraatheid

- Sensitiviteit 85% - Specificiteit 90%

- MRI

- Sensitiviteit 95% - Specificiteit 92%

Chirurgische exploratie als klinisch suspect voor acute appendicitis  
maar TOZ negatief – niet conclusie of niet aanwezig

# Conservatieve behandeling acute appendicitis ?

- Er is evidentie dat AB alleen voldoende kan zijn als appendicitis ongecompliceerd
  - MAAR
    - Patient selectie? Appendicoliet – toch gecompliceerde appendicitis intraop in vgl met CT (20%)
    - Herhaalde aanvallen? 15-38%
    - Gemiste neoplasma's?
- nog te onduidelijk → recommendation : appendectomie
- Appendectomie veilige, effectieve en definitieve behandeling voor appendicitis sinds > 120j
- AB is optie als patiënt niet fit voor heelkunde is of heelkunde weigert



- Man 53 j
  - Spoed 21u abdominale pijnklachten

- **Voorgeschiedenis**

glaucoom

1991 pericarditis

2008 ERCP

2003 cholecystectomie

1998 ooroperatie

1989 beenbreuk

- **Abusus**

Alcohol 1<sup>E</sup>/dag

- **Allergie**

geen gekend

- **Thuismedicatie**

Geen thuismedicatie.

- Anamnese

- Pijn abdominaal sinds deze middag – continu van karakter
- Heeft deze klachten vaker sinds 2-tal jaar, normaal transiënt
- Epigastrisch, straalt uit naar rug
  
- Braken 3x groen/geel
- Geen diarree
- Geen flatus

- **Algemeen:** goede oriëntatie in tijd en ruimte; geen tekens van dehydratie
- **Hoofd en hals:** normale CVD; normale schildklierpalpatie
- **Hartauscultatie:** normale cortonen; regelmatig ritme; geen cardiale soufflé
- **Longauscultatie:** normaal symmetrisch vesiculair ademgeruis bilateraal
- **Abdomen:** Soepel, palpabele harde breukpoort, geen peristaltiek aanwezig, pijn thv breukzak +++, verder geen defense, soepel rondom, geen nierslagpijnen
- Geen reductie mogelijk.
- **Urogenitaal:** geen nierslagpijn
- **Wervelzuil:** geen wervelslagpijn
- **Ledematen:** Soepel,
- **Koorts / infectie:** niet aanwezig

- Labo

- Wbc 13.3 – absolute neutrofilie 12,30
- Crp < 4 (nl)
- Iono nl
- Nierfunctie normaal

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

## Wat doe je?

A CT abdomen

B Dadelijk OK

C Andere

When poll is active, respond at [pollev.com/sylvievanden024](https://pollev.com/sylvievanden024)

Text **SYLVIEVANDEN024** to **22333** once to join

**Blijft je keuze hetzelfde als patient contrastallergisch is? of  
als de CT niet dadelijk kan doorgaan?**

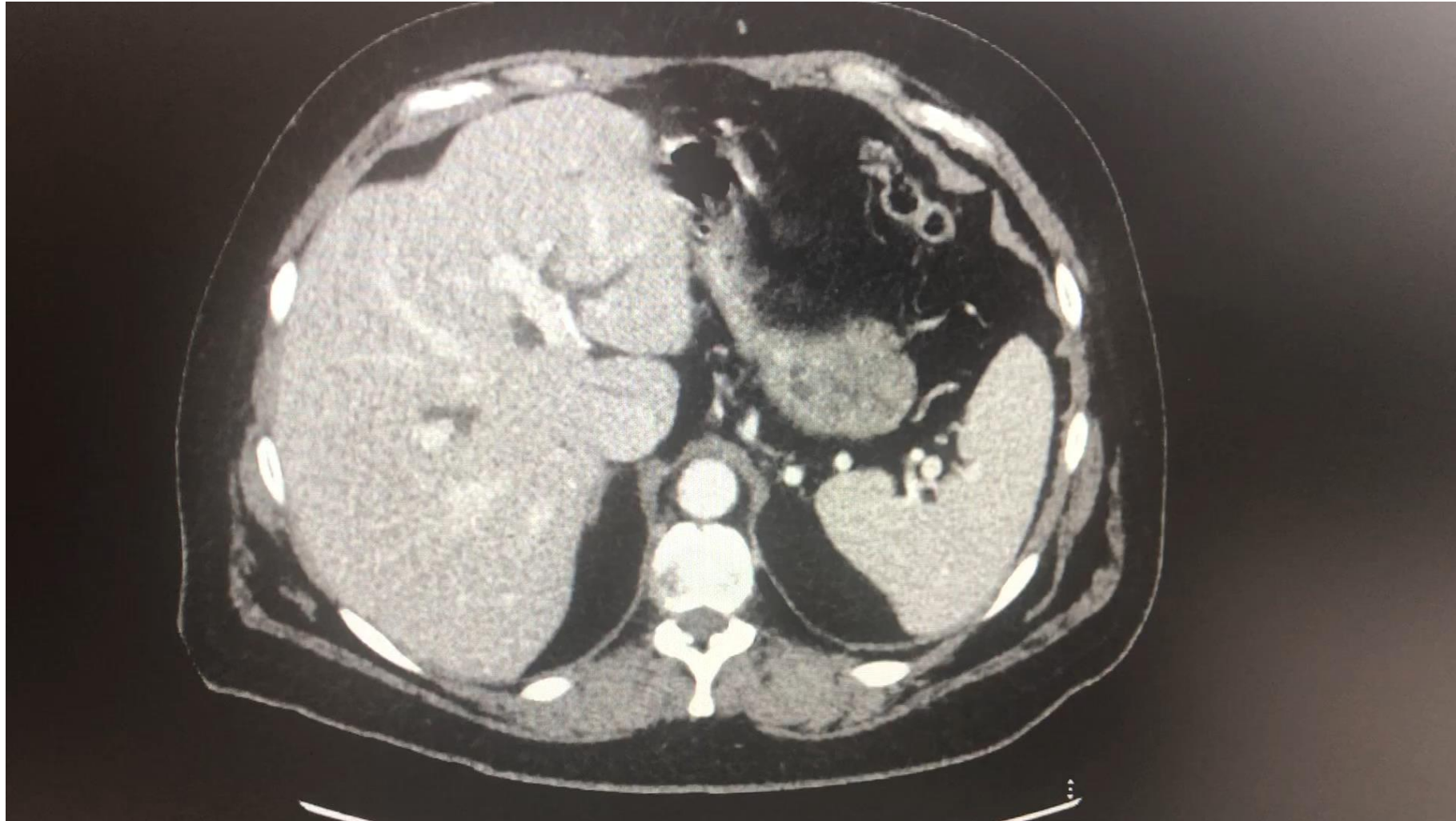
A ja

B neen

C ik bepaal nog een lactaat

## Lactaat veneus 2.4





= Heelkunde urgent

→ laparotomie

→ ischemische dundarm 10 tal cm → resectie en anastomose  
(Barcelona)

→ primair herstel eventratie

- Wanneer conservatief en wanneer niet?
- Wat betekent conservatief?
- Hoelang conservatief?
- Indicatie voor contrastonderzoek per maagsonde?

# Wanneer conservatief en wanneer niet?

# Wat betekent conservatief?

# Hoelang conservatief?

# Indicatie voor contrastonderzoek per maagsonde?

- 12-16% van de aanmeldingen spoed en > 300 000 ok's/jaar in VS
- Urgente heelkunde
  - Darm in de problemen
    - Ischemie – necrose – perforatie op basis van KOZ en TOZ
      - Klinisch: koorts, leucocytose, tachycardie, metabole acidose, tachypnoe, peritonitis, plankharde buik
      - MAAR ischemie darm klinisch er niet altijd uit te halen dus labo en CT!
        - Vrije lucht : perforatie
        - Ischemie: pneumotose - portale lucht
        - Closed loop
        - Niet specifiek: draaiing mesenteriaal bloedvat – vrij vocht



- Conservatieve behandeling van adhesive Small bowel obstruction(SBO)
  - Succesvol in 65-80% maar wel hogere/snellere recurrentiekans
  - Vocht resuscitatie en repletie electrolyten
  - NPO → limitatie verdere darmdistentie
  - GI decompressie = maagsonde
  - AB: enkel indien darm de problemen

- Hoelang conservatief? Evaluatie kliniek

- 3-5 dagen conservatieve wordt aanbevolen

- > 5 dagen → hogere mortaliteit en hospitalisatieduur ??

- Belang expertise chirurg afwegen risico verder conservatief versus chirurgie (bv bij zeer gecompliceerd abdominale voorgeschiedenis, frozen abdomen ed.)

- Kan zolang er geen complicatie is bij stabiele patienten (ischemie, ..)/  
Detoriatie klinisch

- Falen in  $\frac{1}{4}$  patienten

- Indicatie gebruik hypertoon wateroplosbare contrastmiddel (Gastrografine)
  - Kan hulpmiddel zijn in conservatieve behandeling adhesieve SBO
    - Niet voor postop ileus
    - Niet bij tumoraal proces
    - Gecontraïndiceerd bij zwangeren
    - Niet bij dundarmischemie – perforatie - necrose
  - Zorgt voor verminderen oedeem dundarmwand en hyperperistalsis
    - Via maagsonde – na aspiratie – 100ml onverdunde Gastrografine in 1 dosis - MS klemmen 1-2u
    - Cave aspiratie Gastrografine → pneumonitis

*Maar...  
wat is een  
goede vraag?*

*Nu vraag je  
mij wat!*



# Voorstellen voor bespreking ACUUT ABDOMEN

[abdominaleheelkunde@uza.be](mailto:abdominaleheelkunde@uza.be)

Sylvie Van den Broeck