

Urgences abdominales

diagnostic et place de la
radiologie interventionnelle



Pr Eric Delabrousse



**1. Pour Savoir de quoi
on parle**

1.1 L'UA du sujet de réa

- Les urgences abdominales en réanimation différent de celles de ceux qui n'y sont pas
 - Par la prévalence des étiologies rencontrées,
 - Un tableau clinico-biologique souvent atypique et retardé,
 - Des co-morbidités fréquentes,
 - Une morbi-mortalité élevée,
 - L'obligation d'un bilan d'imagerie rapide et exhaustif,
 - La possibilité de négliger le sacrosaint principe ALARA ... »



2. Caractéristiques des urgences abdominales du sujet de réa

2.1 Patients

- Plus ou moins examinables
 - Coma
 - Sédation +++
 - Difficulté d'expression orale

2.2 Etiologies

- De gravité variable
 - Rupture AAA (gravissime)



- Globe urinaire
- Fécalome

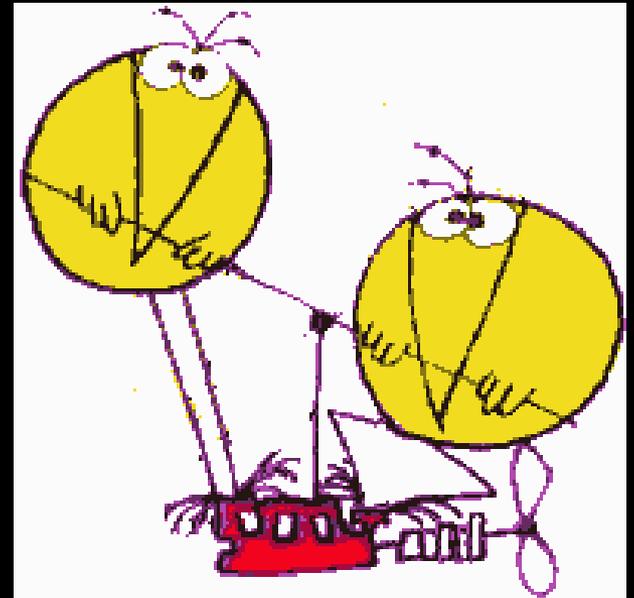




3. Stratégie d'imagerie

3. Stratégie d'imagerie

- Un « outil » ayant pour obligation
 - d'être complet
 - d'être rapide
 - d'être exhaustif
 - D'être morphologique



3. Stratégie d'imagerie

- Sans vraie restriction

- Liée à l'irradiation (bénéfice/risque)

- Quelques limites

- Liées à la fonction rénale
- Liées à la fonction cardiaque



3. Stratégie d'imagerie

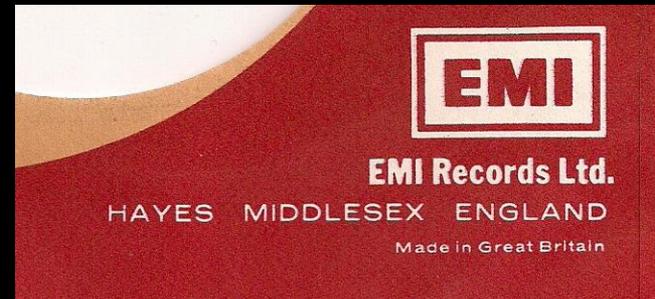
- Et donc ... ?
 - A. L'ASP
 - B. L'Echographie
 - C. Le scanner
 - D. L'IRM



3. Stratégie d'imagerie

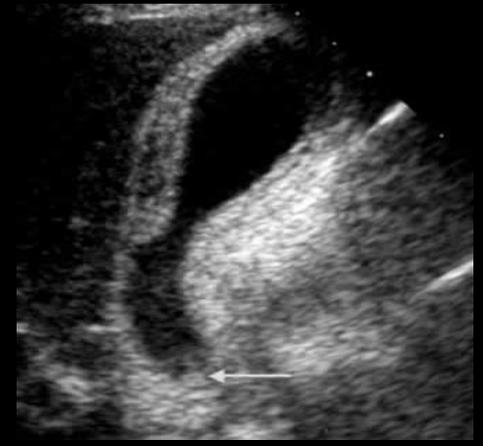
- Et donc ... ?
 - A. L'ASP
 - B. L'Echographie
 - C. Le scanner
 - D. L'IRM

Petit aparté ... qui parlera au plus anciens



3. Stratégie d'imagerie

- Place « résiduelle » pour les autres examens
 - **L'échographie** reste parfois indiquée en 1^{ère} intention en pathologie hépato-biliaire (et guidage interventionnel)
 - **La Bili-MR** est utile à la mise en évidence à la présence de calculs dans les voies biliaires





4. Technique de réalisation du scanner du sujet de réa

4. Technique du scanner

- **DOIT** couvrir (thorax) abdomen et pelvis
- **PEUT** être sensibilisée par injection de PDC



4. Technique du scanner

- **DOIT** respecter les C.I.
- **SEULES C.I.** du sujet de réa liées aux PDC
 - Insuffisance rénale (clairance créatinine)
 - Insuffisance cardiaque (risque OAP)
 - Allergie « vraie »
 - M.O.M.

4. Technique du scanner

- Radioprotection

=> Principe ALARA moins essentiel chez le sujet de réa (bénéfice/risque) +++

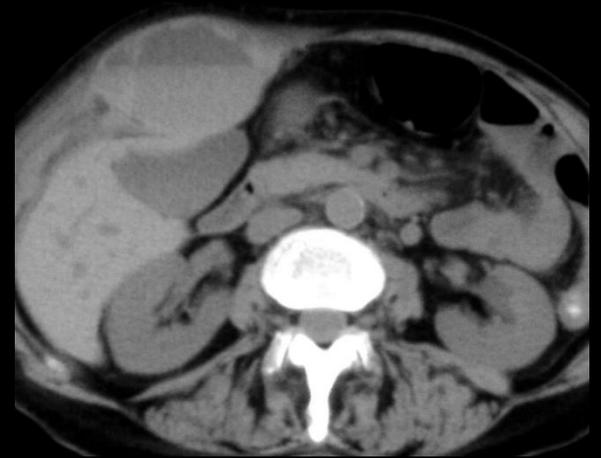
« As Low As Reasonably Achievable »



4. Technique du scanner

1. Acquisition SANS injection de PDC

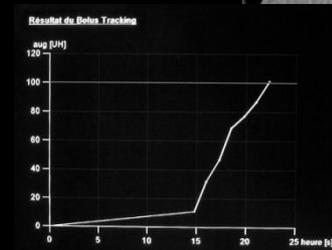
- **Tjrs POSSIBLE** sujet réa
- **NON** systématique
- Intérêt propre pour
 - **Sang frais** (d = 70 UH)
 - **Lithiases** urinaires
 - **Calcifications** vasculaires
 - Calcifications pancréatiques
 - **Si CI à PDC**



4. Technique du scanner

2. Acquisition au temps artériel

- **NON systématique**
- **Délai = 30-35 sec**
- **Obtenu au mieux grâce au bolus tracking**
- **Nécessaire dans**
 - **Pathologies aiguës ischémiques**
 - **Pathologies aiguës hémorragiques**
 - **Polytraumatisme**



4. Technique du scanner

3. Acquisition au temps parenchymateux

- Idéale dans une grande majorité de cas +++
- **PREPARATION +++**
- Délai = 90 sec
- Opacification à l'état d'équilibre des parenchymes, des parois digestives et des structures vasculaires



4. Technique du scanner

4. Acquisition au temps tardif

- **NON systématique**
- Délai = 10-12 minutes
- Intérêt dans
 - Pathologies urinaires
 - Polytraumatisme





5. Les Principales urgences abdominales du sujet de réa

5. Principales UA du sujet de réa

- TROIS grands tableaux d'UA en réa
 - 5.1. Le SD inflammatoire et/ou péritonitique
 - 5.2. Le SD occlusif intestinal
 - 5.3. Le SD vasculaire suraigu

5. Principales UA du sujet de réa

5.1. Le SD inflammatoire et/ou péritonitique

Cholécystite aiguë (f. compliquées)

Angiocholite aiguë

Appendicite aiguë (f. compliquées)

Diverticulite aiguë (f. compliquées)

Pancréatite aiguë

Perforation UGD

Colite PSM

5.2. Le SD occlusif intestinal

Occlusion sur cancer colique

Occlusions sur brides/adhérences

Ileus biliaire (et SD de Bouveret)

Volvulus sigmoïde et caecal

SD d'Ogilvie

Fécalome

5. Principales UA du sujet de réa

5.3. Le SD vasculaire suraigu

Rupture AAA

SIAM

Colite ischémique

Accidents des anticoagulants

Dang C et al. Geriatrics 2002



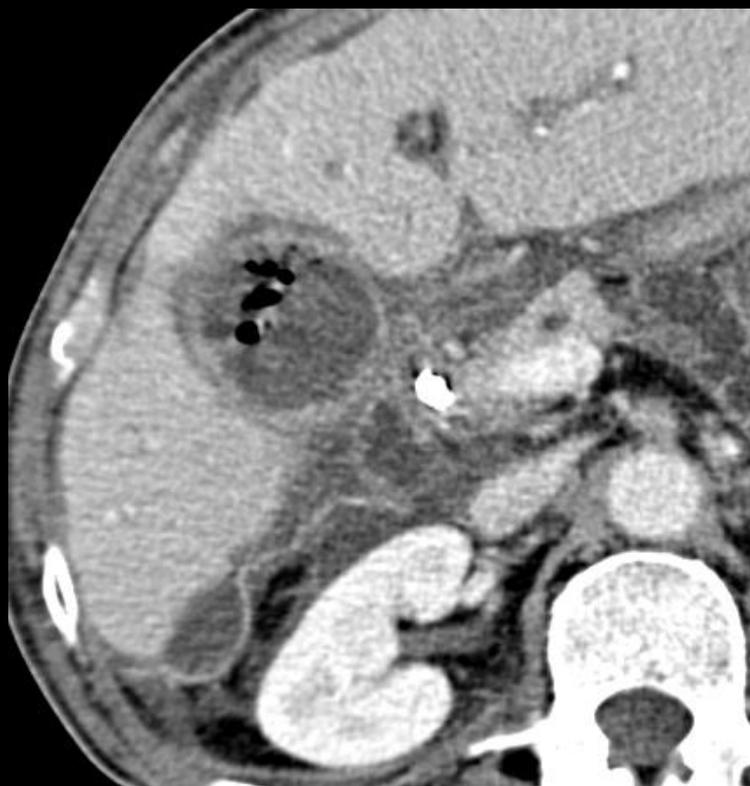
5.1 Le Syndrome inflammatoire et/ou péritonitique

5.1.1 Cholécystite aiguë

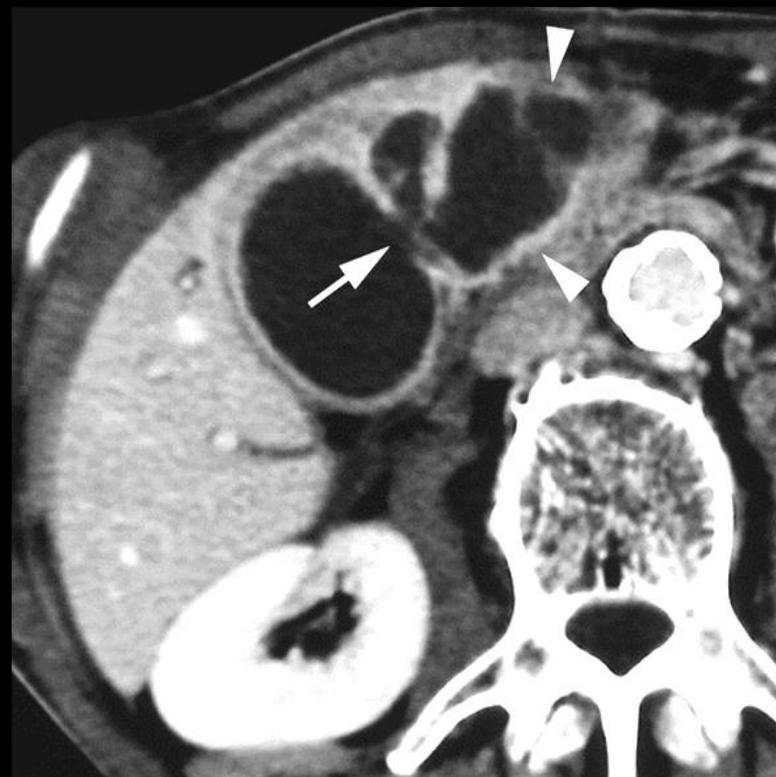
- Cholécystite aiguë lithiasique
 - Pathologie biliaire très fréquente
 - Tableau clinique souvent abâtardi
 - Pas de fièvre
 - 25% sans douleurs
 - Pas de PNN
 - Souvent f. compliquée lors diagnostic +++
 - Gangrénée
 - Perforée
 - Emphysémateuse



Homme 72 ans
Cholécystite aiguë gangréneuse



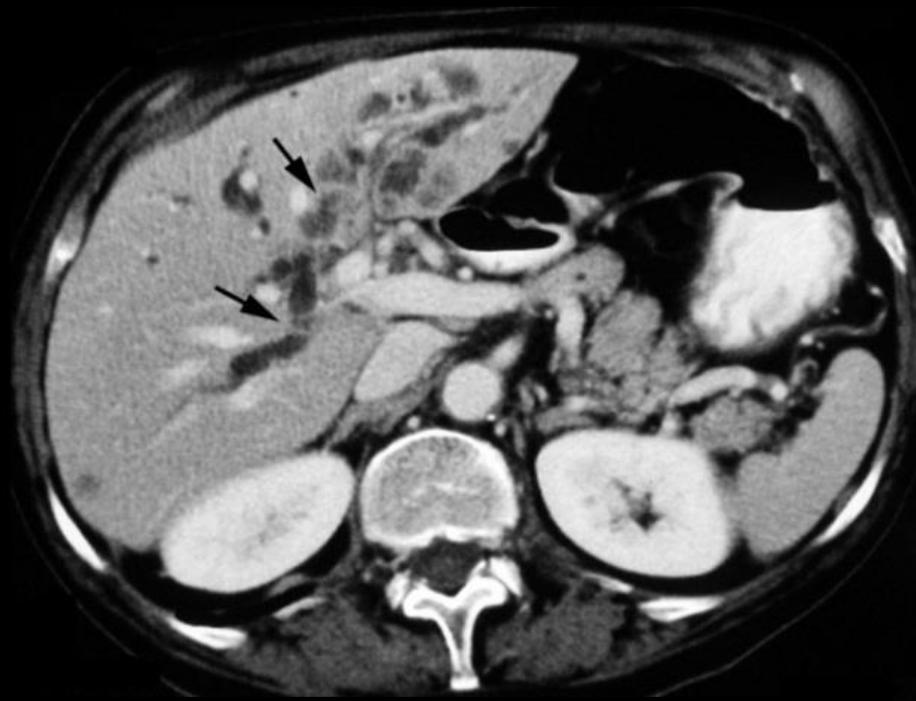
Femme 73 ans
DNID
Cholécystite aiguë
emphysémateuse



Homme 65 ans
Cholécystite aiguë perforée
avec abcès périvésiculaire

5.1.2 Angiocholite aiguë

- Angiocholite aiguë lithiasique
 - Infection des VBIH par obstruction lithiasique +++
 - Triade de Charcot fréquemment absente
 - Douleur
 - Fièvre
 - Ictère



Femme 71 ans
Angiocholite aiguë
sur migration lithiasique



5.1.3 Appendicite aiguë

- Appendicite aiguë
 - Diagnostic clinique peu fiable
 - Retard au diagnostic +++
 - Plusieurs formes topographiques
 - Formes compliquées fréquentes
 - Gangrénée
 - Perforée
 - Phlegmoneuse
 - Abscès péri-appendiculaire
 - Plastron

Formes topographiques variables

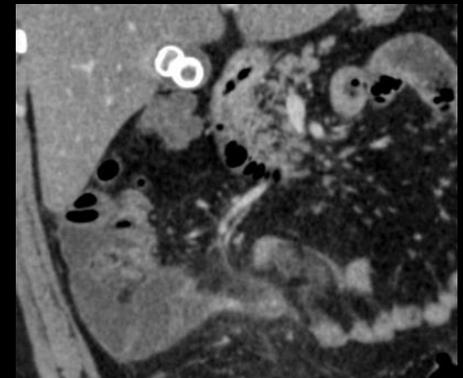
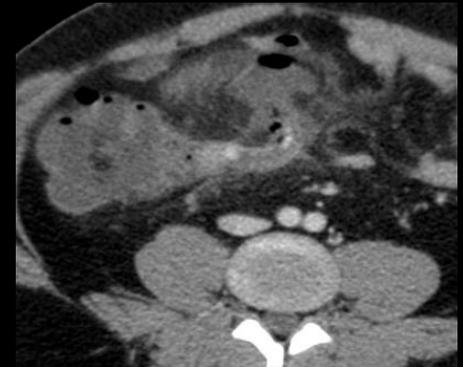
rétrocaecale

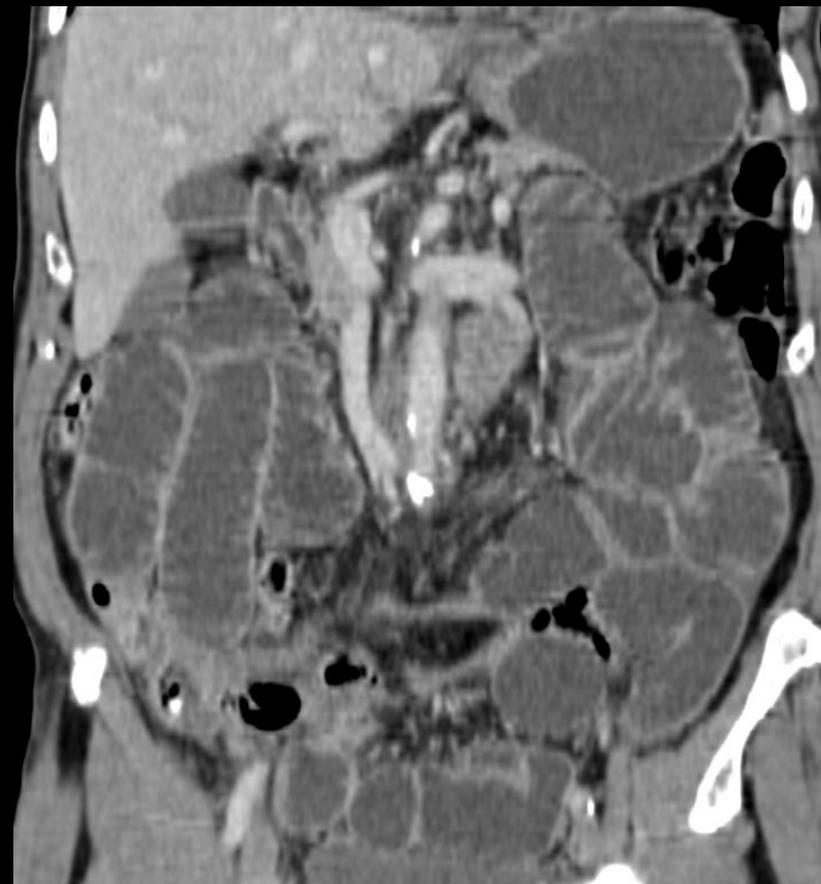


sous hépatique



mésocoliaque



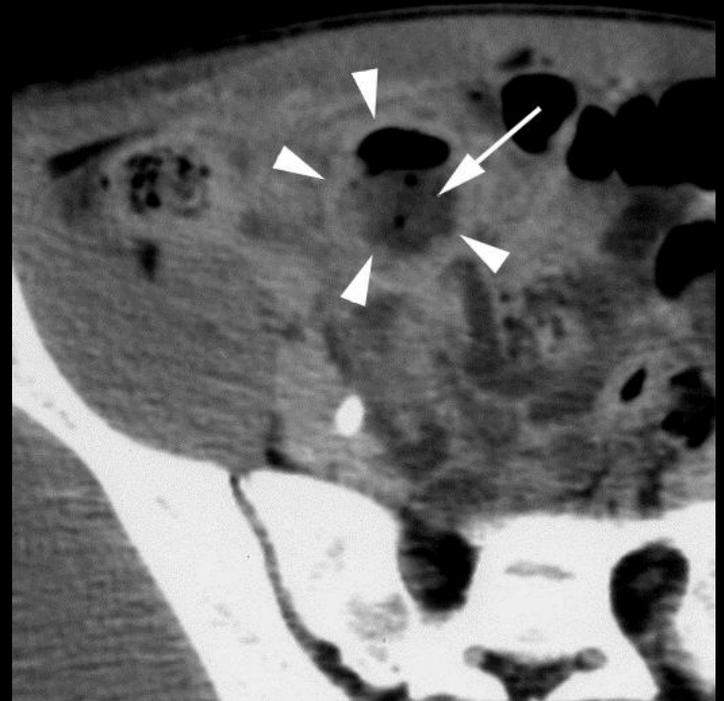


Homme 65 ans
Appendicite aiguë
perforée



Femme 76 ans
Phlegmon péri-appendiculaire

Homme 68 ans
Abcès péri-
appendiculaire

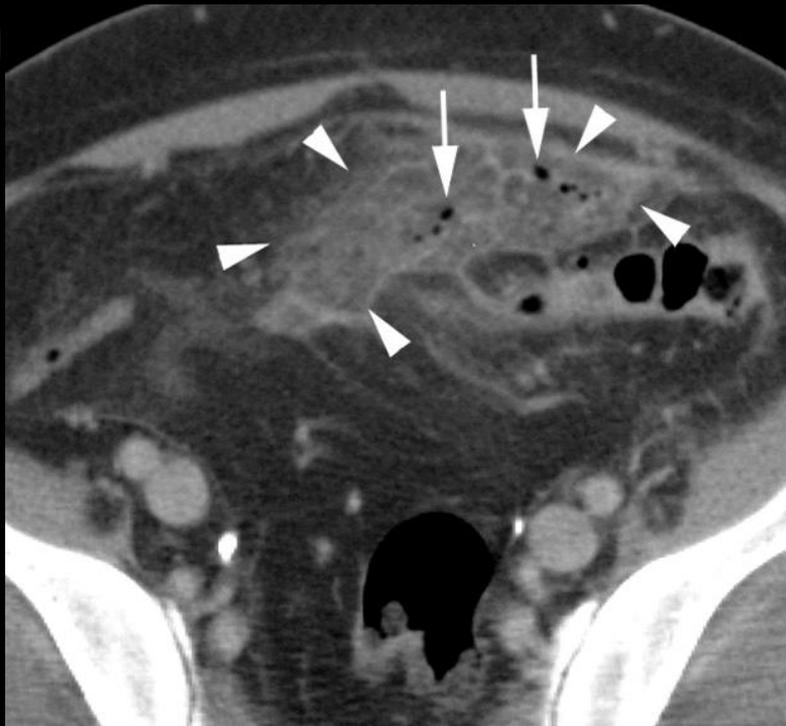


5.1.4 Diverticulite aiguë

- Diverticulite aiguë
 - Complication de la diverticulose
 - Topographie sigmoïdienne +++
 - Diagnostic retardé +++
 - Formes souvent compliquées (50% des cas)
 - Perforée
 - Phlegmoneuse
 - Abscess péricolique

Homme 66 ans
Sigmoïdite aiguë
perforée





Homme 68 ans
Phlegmon péri-sigmoïdien



Homme 74 ans
Absès péri-sigmoïdien

5.1.5 Pancréatite aiguë

- Pancréatite aiguë
 - Essentiellement d'origine biliaire (>70% cas)
 - Sinon post CPRE
 - 2 types distincts
 - Oedémateuse
 - Nécrotico-hémorragique
 - Pronostic grave +++

5.1.5 Pancréatite aiguë

○ Score de Balthazar

- **Grade A** (15 %) aspect normal de la glande
- **Grade B** (23 %) oedème glandulaire isolé
- **Grade C** (20 %) infiltration de la graisse péripancréatique
- **Grade D** (14 %) infiltration péripancréatique et coulée inflammatoire unilatérale
- **Grade E** (28 %) Collection nécrotico-hémorragique ou présence d'une coulée inflammatoire bilatérale

5.1.5 Pancréatite aiguë

○ CTSI

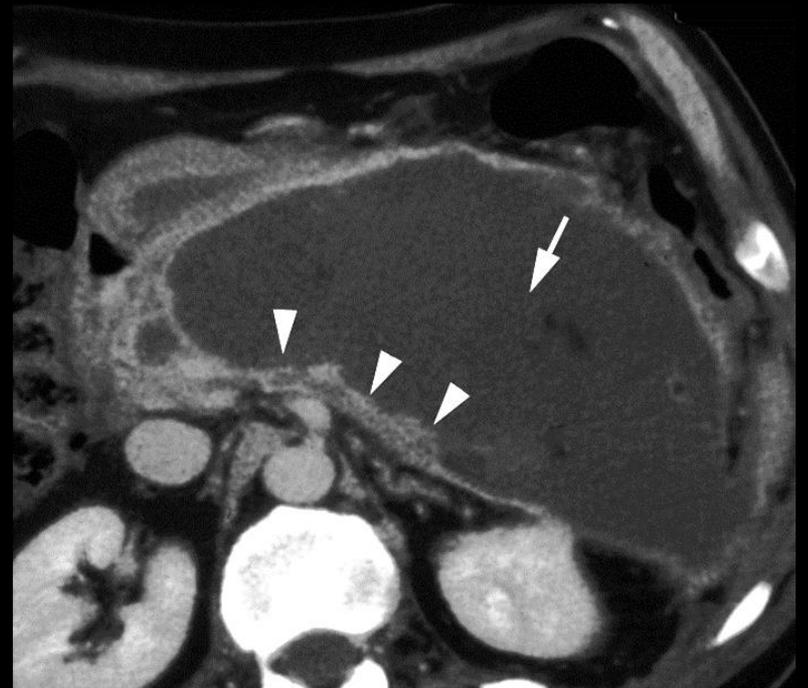
Grade	Points	Nécrose	Points
A	0	∅	0
B	1	< 30%	2
C	2	30% - 50%	4
D	3	> 50%	6
E	4		

CTSI = Somme des points du Grade et de la nécrose



Femme 67 ans
Pancréatite aiguë oedémateuse

Homme 71 ans
Pancréatite aiguë
nécrotico-hémorragique

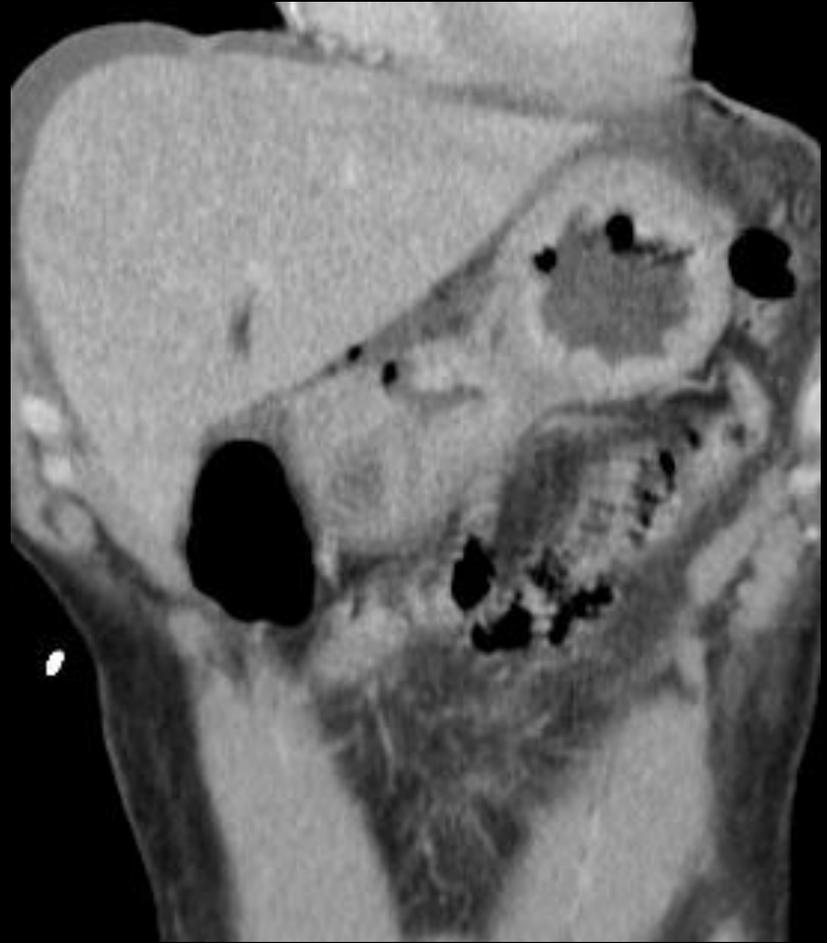


5.1.5 Perforation UGD

- UGD perforé
 - Y penser chez sujet de réa +++
 - FF = prise AINS, infection à *Helicobacter pylori*
 - Retard diagnostic ++
 - Perforation = révélation maladie ulcéreuse (30%)
 - Perforé « bouché » ++



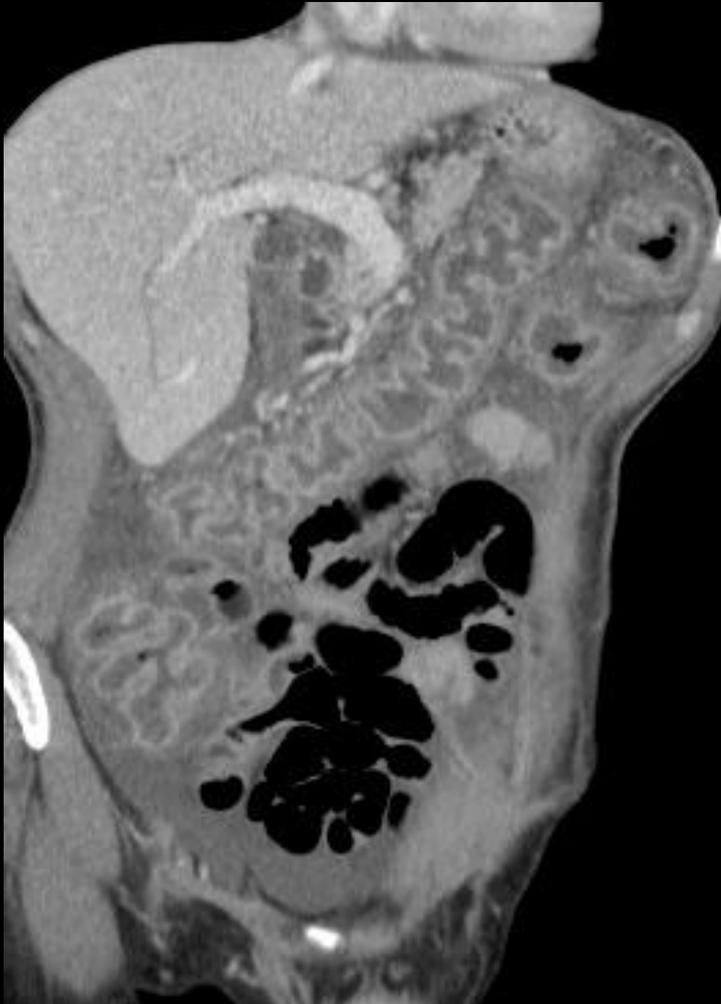
Homme 67 ans
UGD perforé en péritoine libre



5.1.7 Colite à Clostridium

- Colite pseudomembraneuse
 - Liée à TT ATB au long cours
 - Pancolite +++
 - > en nombre aux colites bactériennes alimentaires
 - Risque évolution vers mégacôlon toxique

Homme 73 ans
Colite à clostridium difficile



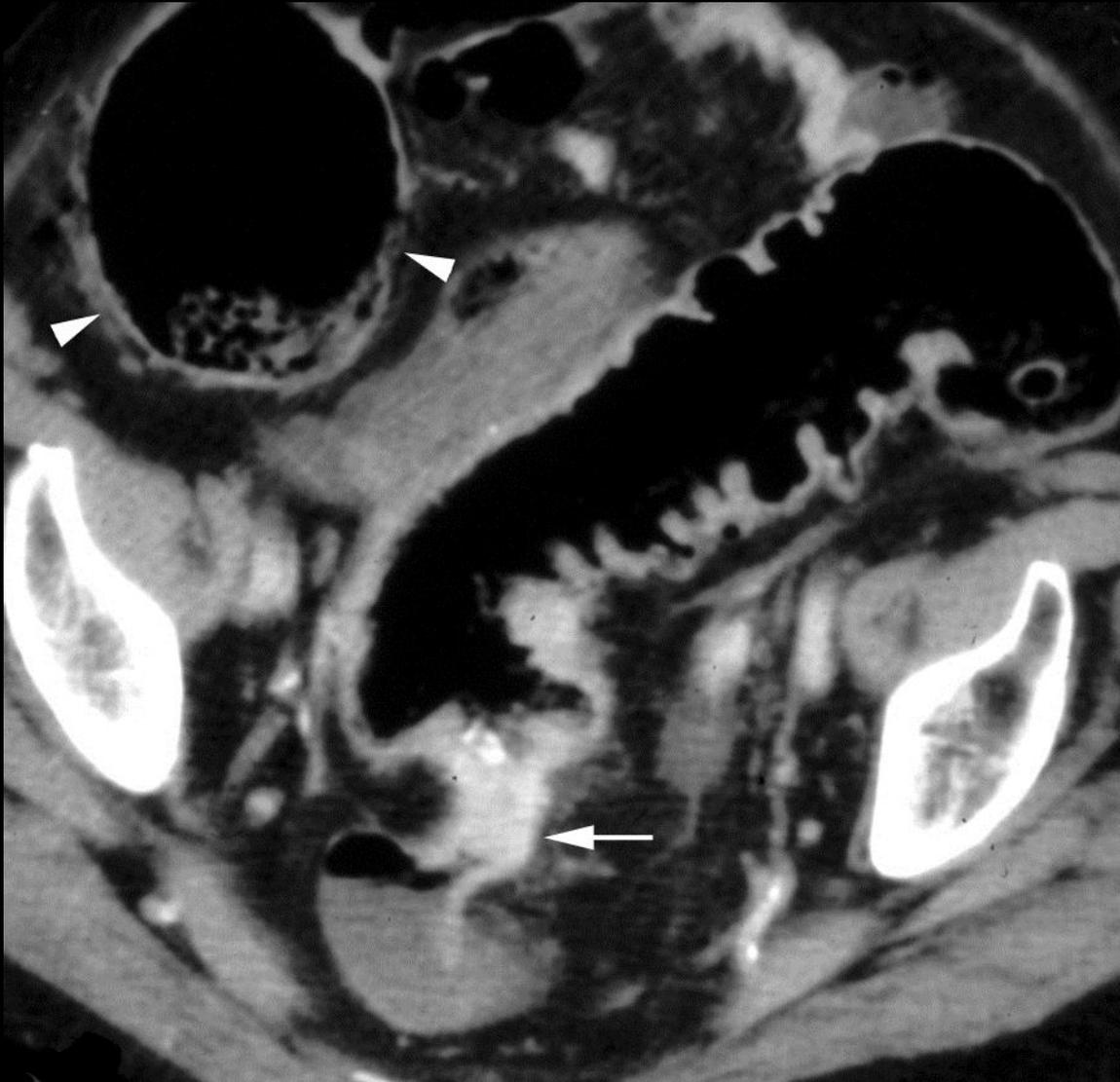


5.2 Le Syndrome occlusif intestinal

5.2.1 Occlusion sur cancer

- ADK sigmoïdien

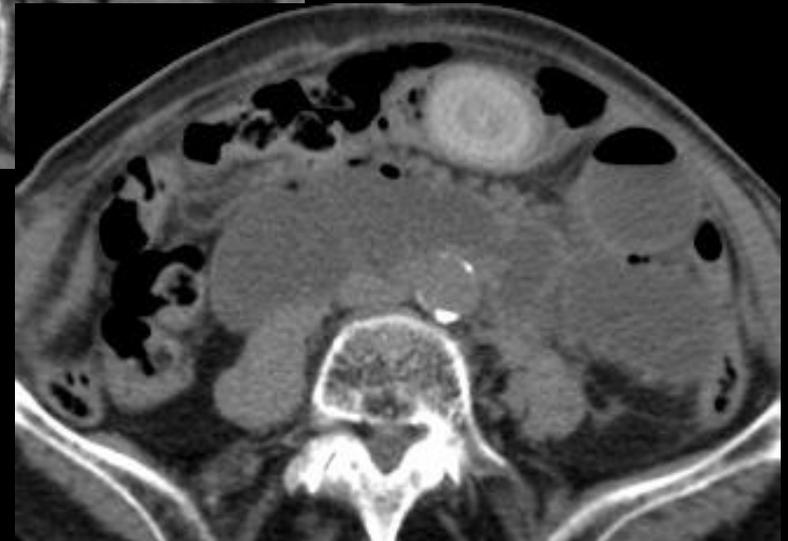
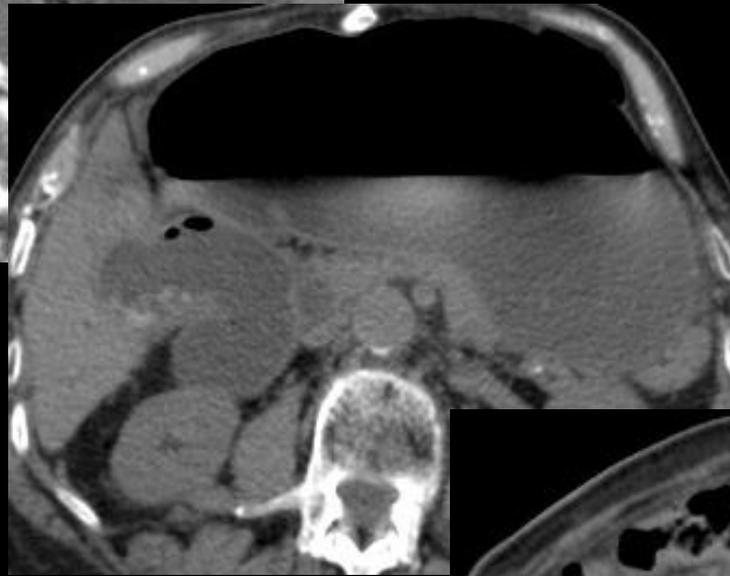
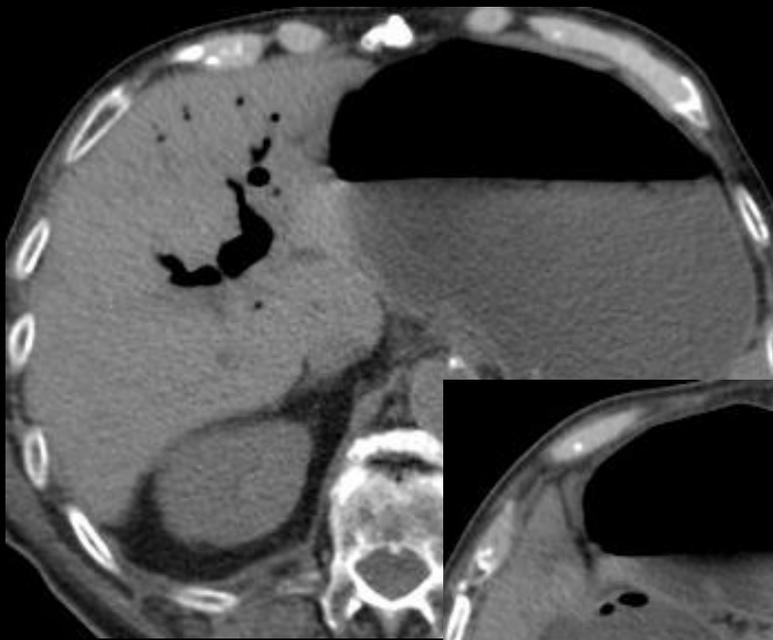
- 1^{ère} cause à évoquer devant occlusion sujet âgé
- Tumeur sténosante +++
- Occlusion = souvent stade néoplasique avancé
- Risque de perforation diastatique du caecum



Homme 84 ans
Occlusion sur
ADK charnière
RS

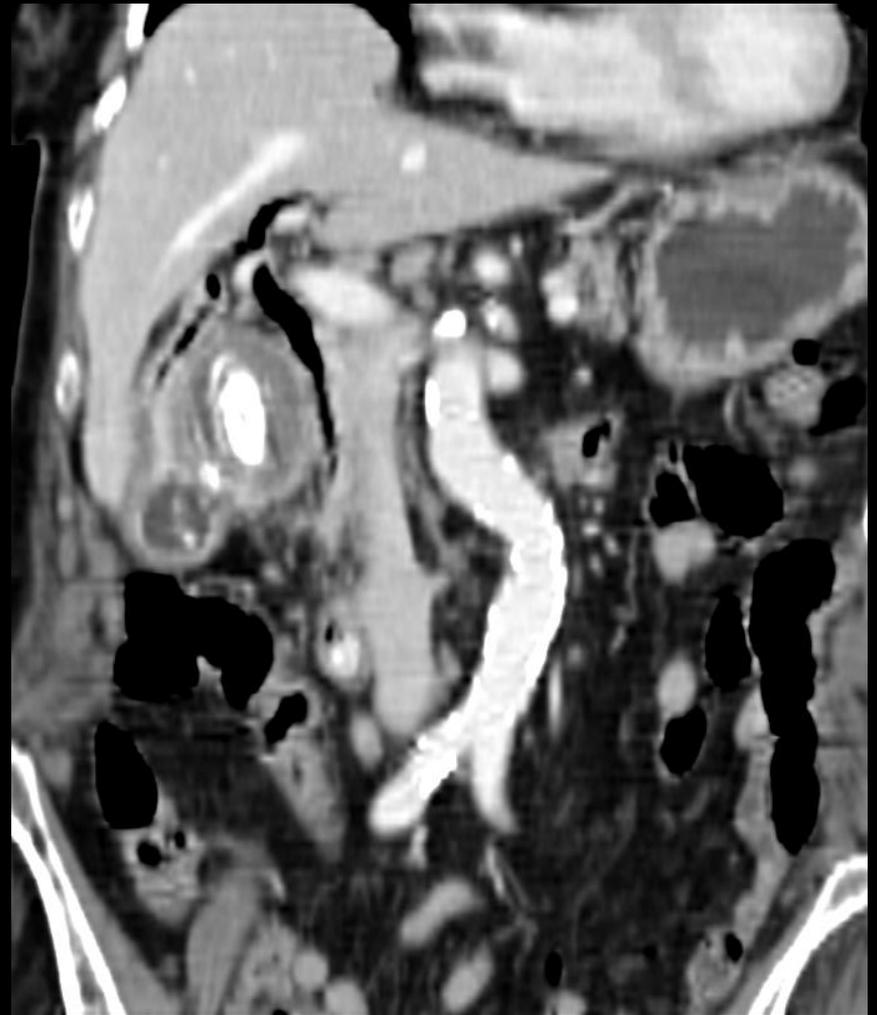
5.2.2 Ileus biliaire

- Ileus biliaire
 - Complication cholécystite chronique lithiasique
 - Macrocalcul +++
 - Fistulisation cholécysto-duodénale
 - Impaction calcul dans TD avec occlusion d'amont
 - **SD de Bouveret** = ileus biliaire duodéal



Femme 83 ans
Ileus biliaire

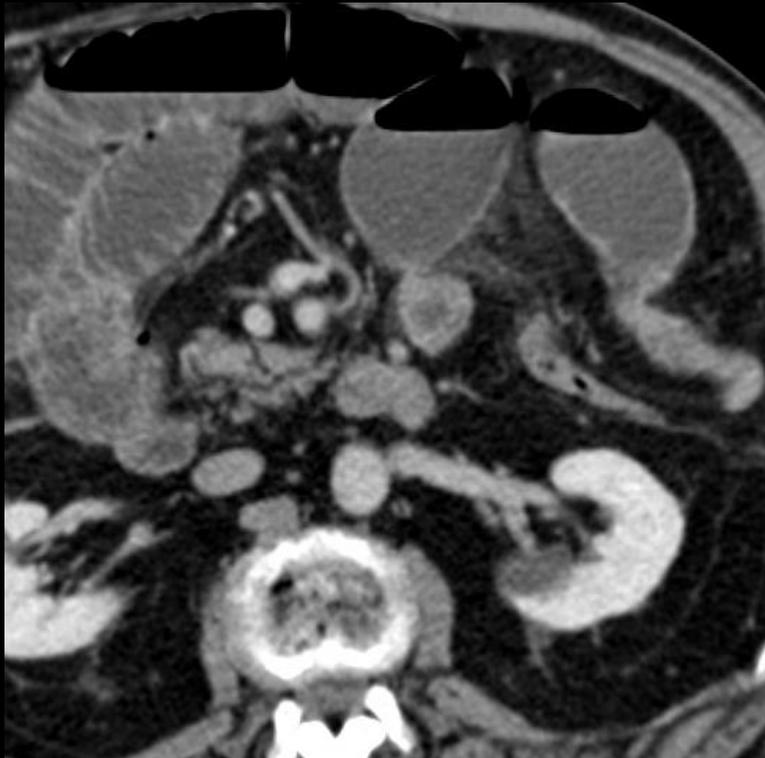
Femme 86 ans
SD de Bouveret



5.2.3 Occlusion sur bride

- Occlusion sur bride
 - ATCDS chirurgicaux
 - 2 types
 - Occlusion simple
 - Volvulus sur bride

Homme 67 ans
Occlusion simple
sur bride charnue



Homme 71 ans
Occlusion à anse fermée par
volvulus sur bride

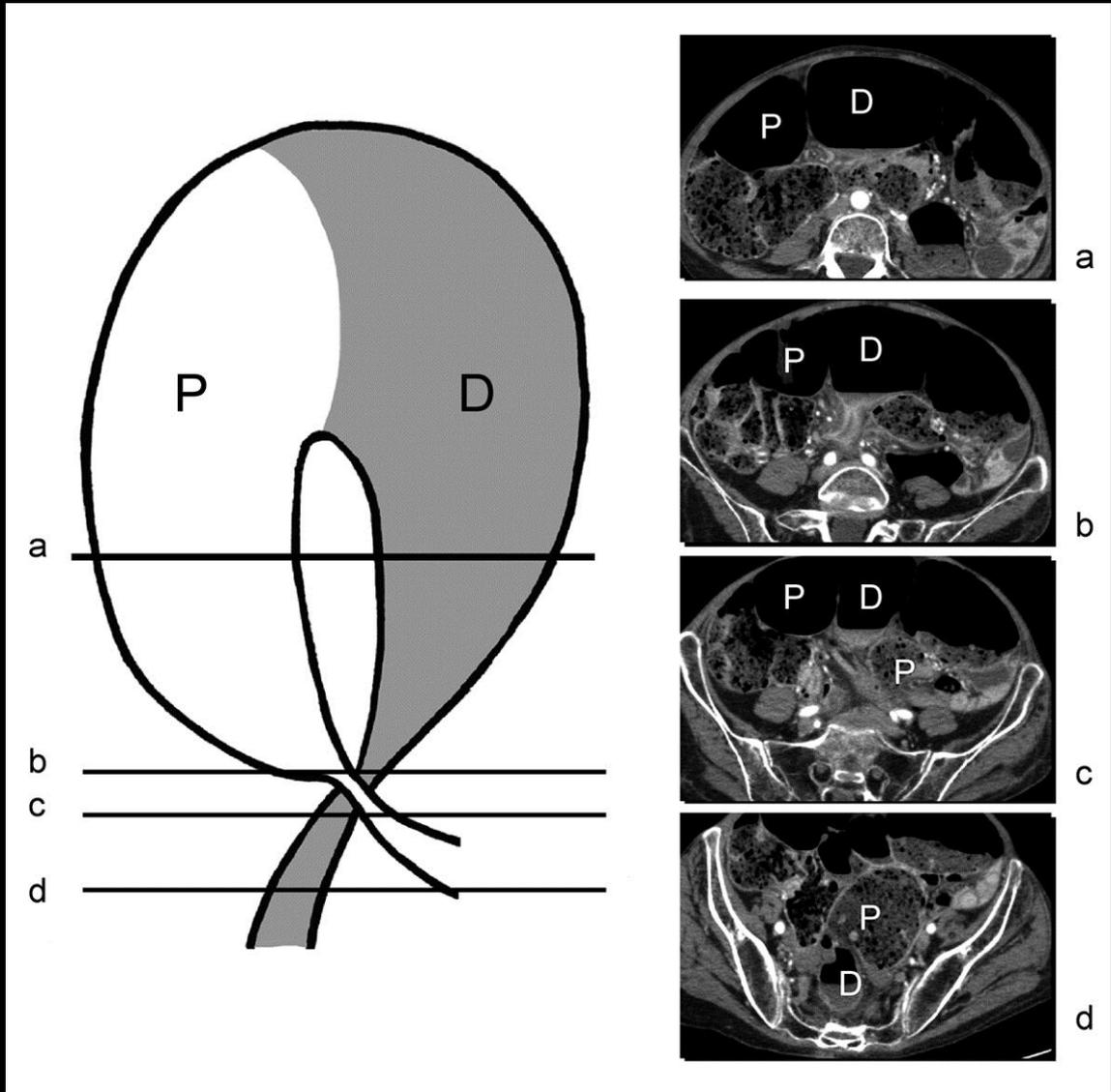


5.2.4 Volvulus du sigmoïde

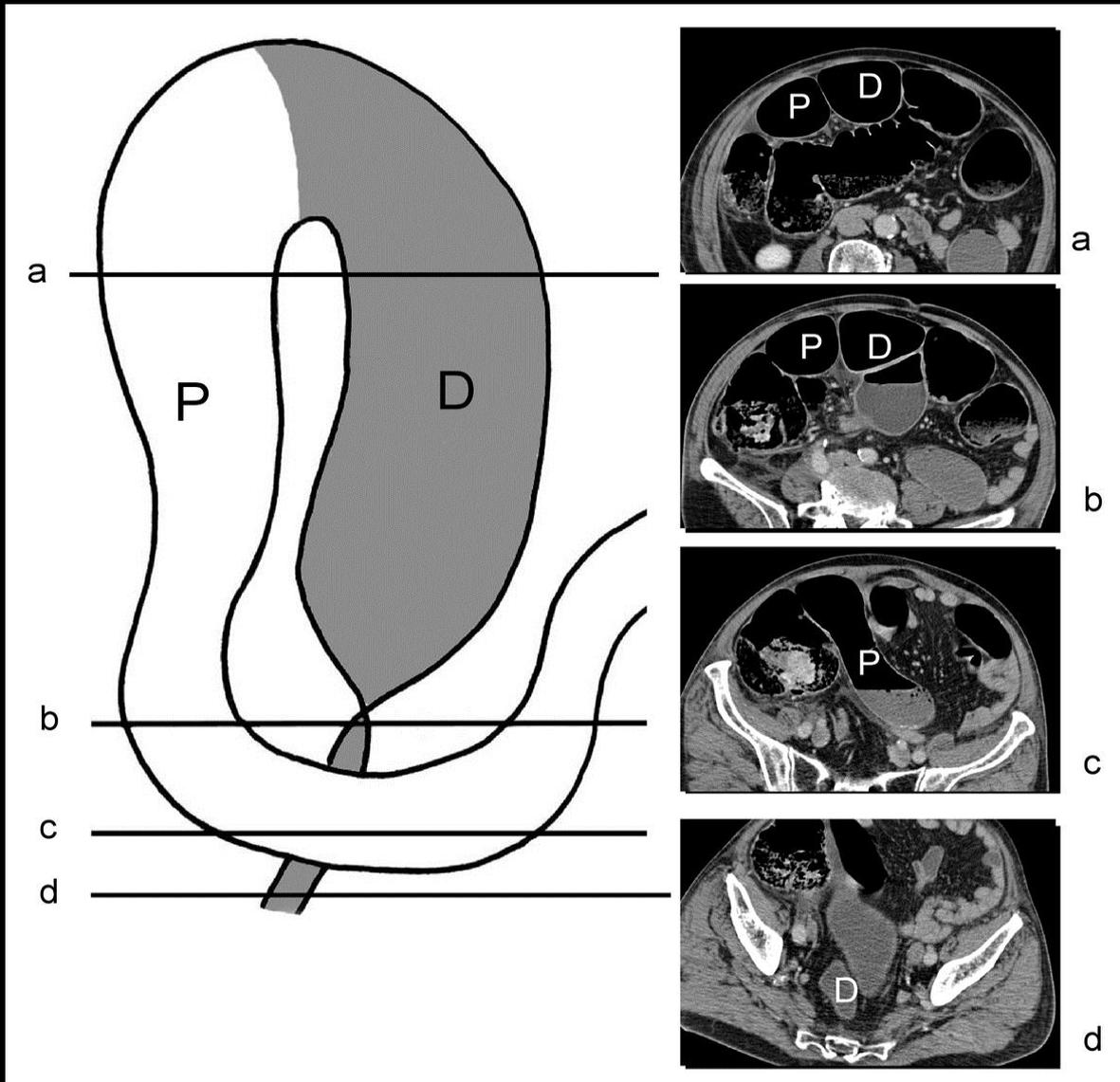
- Occlusion par volvulus sigmoïdien
 - 2 types
 - Mésentérico-Axial
 - Organo-Axial

Bernard C et al. J Radiol 2010

- Whirl sign
- TT endoscopique 1^{er} envisageable



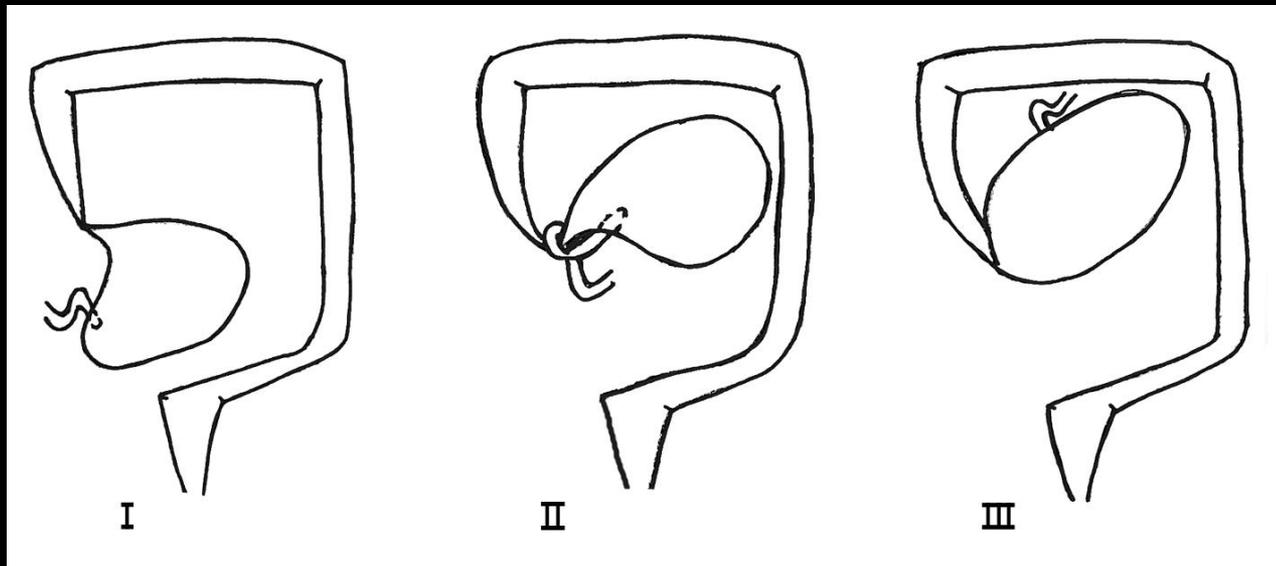
Volvulus Mésentérico-Axial



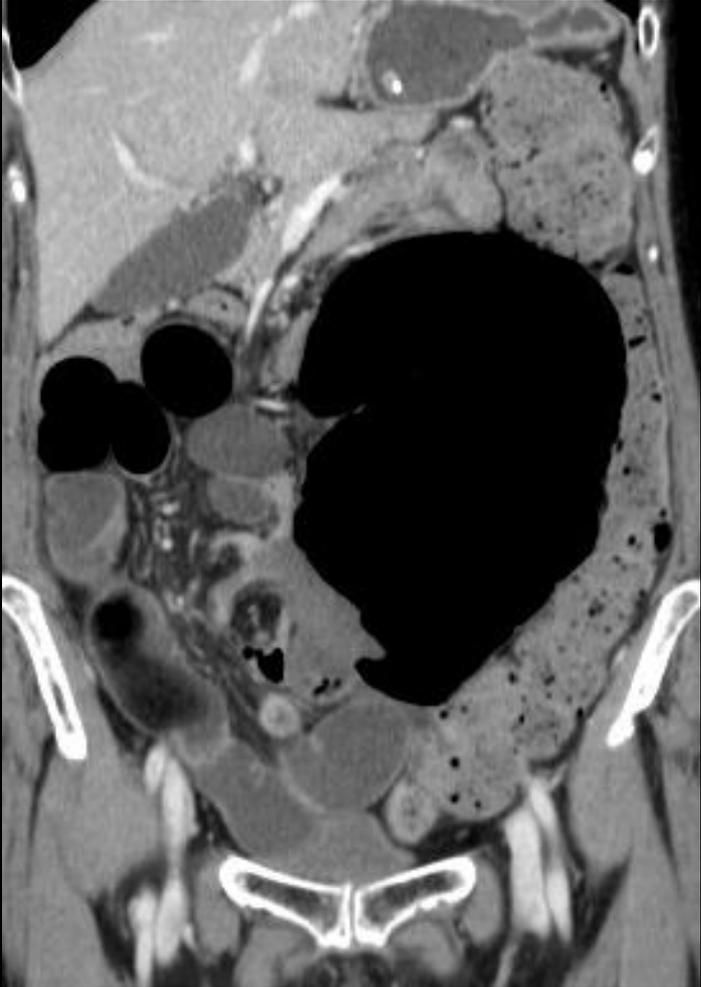
Volvulus Organo-Axial

5.2.5 Volvulus du caecum

- Occlusion par volvulus caecal
- 3 types



Homme 69 ans
Volvulus caecal
de type Loop



5.2.6 Hernie fémorale

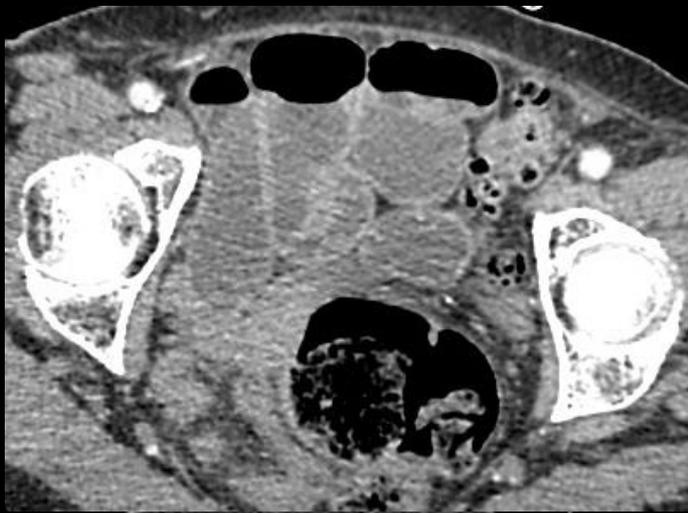
- Occlusion par hernie fémorale
 - Femme +++
 - Incarcération fréquente
 - Possible forme de Richter
 - DD avec HI = Axes orthonormés passant par épine du pubis



Femme 73 ans
Occlusion sur
hernie fémorale
droite

5.2.7 Hernie obturatrice

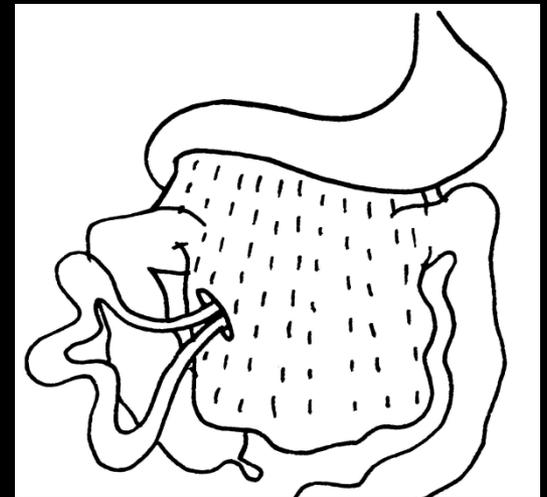
- Occlusion par hernie obturatrice
 - Femme très âgée
 - FF = **Multiparité, maigreur**
 - Diagnostic clinique presque impossible
 - Mortalité liée au retard diagnostic +++

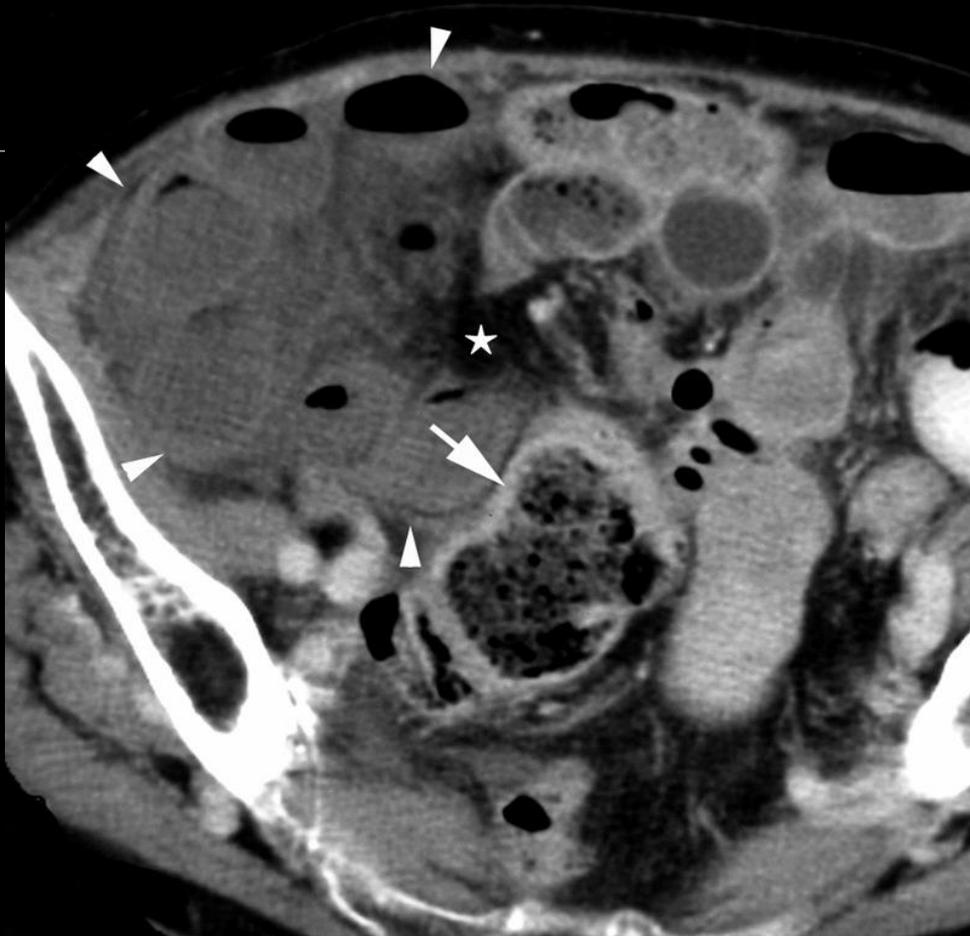


Femme 93 ans
Occlusion sur hernie
obturatrice gauche

5.2.8 Hernies internes

- Occlusion par hernie transomentale
 - Hernie interne la + fréquente chez sujet âgé
 - Occlusion à anse fermée
 - Risque majeur infarctus

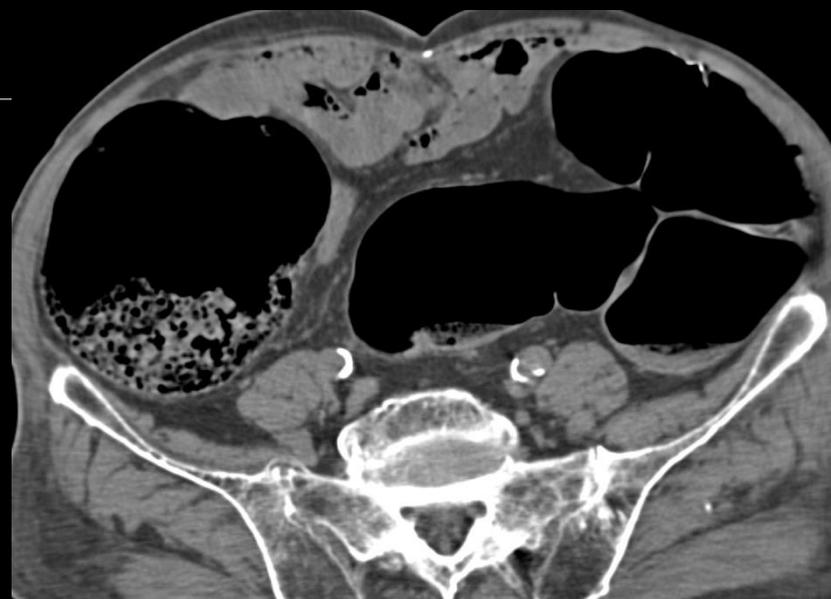




Homme 87 ans
Occlusion sur hernie
transomentale

5.2.9 SD d'Ogilvie

- SD d'Ogilvie
 - Colectasie aiguë primitive
 - Distension gazeuse diffuse
 - Pas d'obstacle mécanique
 - Patients alités et institutionnalisés (réa prolongée) +++

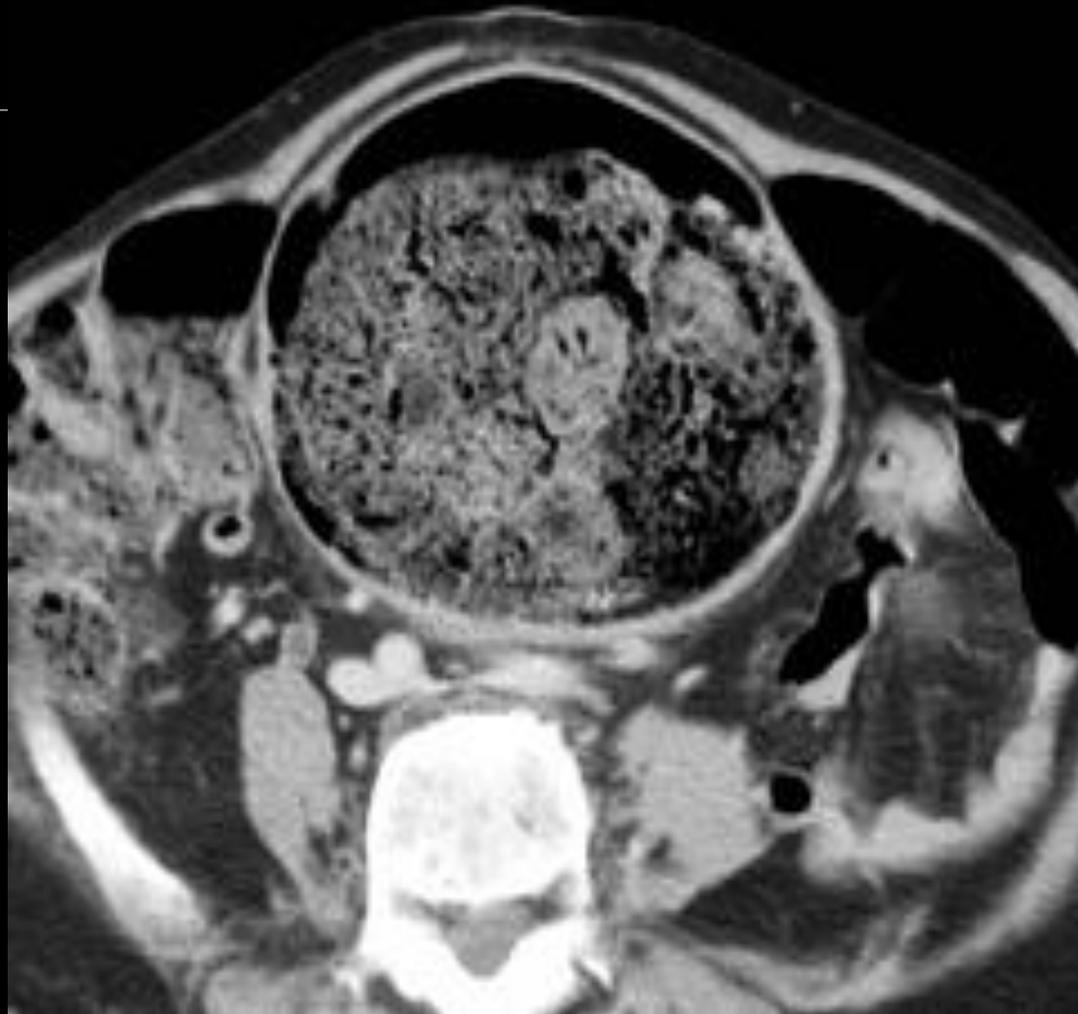


Homme 84 ans
SD d'Ogilvie

5.2.10 Fécalome

- Occlusion sur fécalome
 - Diagnostic clinique ++++++
 - Parfois découvert au scanner ...





Homme 79 ans
Occlusion sur fécalome

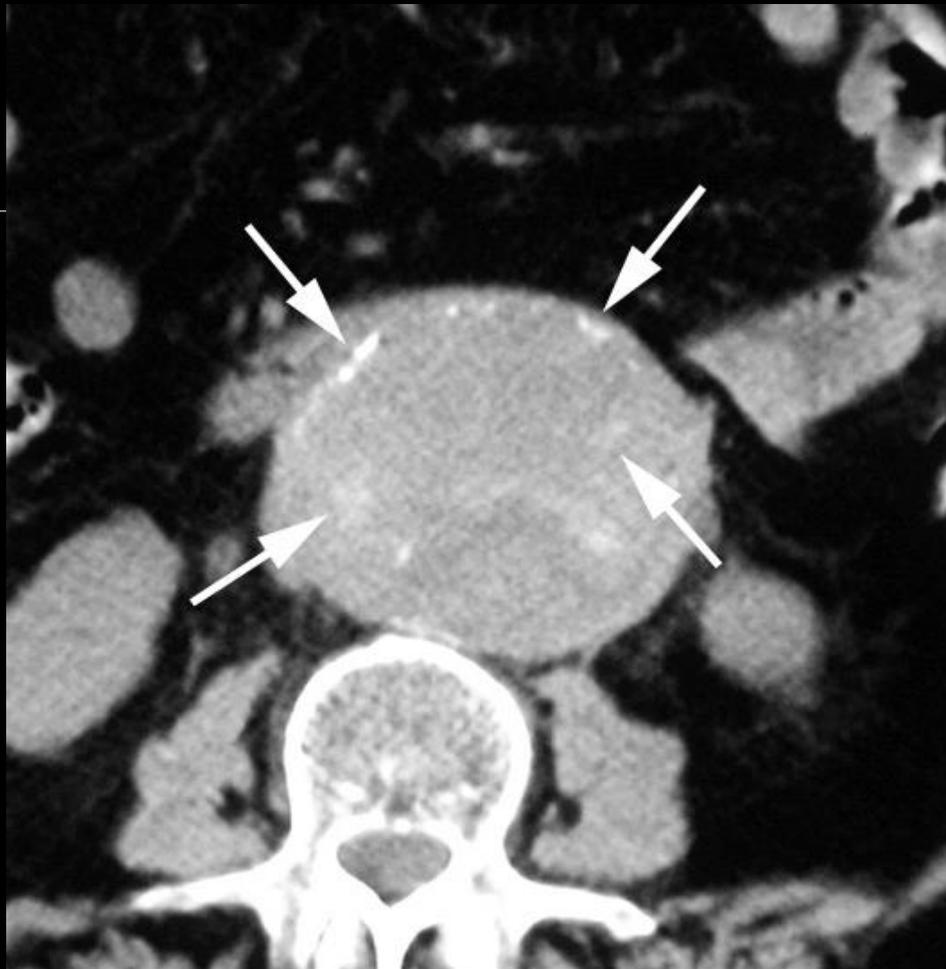


5.3 Le Syndrome vasculaire suraigu

5.3.1 Rupture d'AAA

- Rupture d'AAA

- Douleurs mimant parfois une CCN
- La CCN n'existe quasi pas chez le sujet âgé !
- 2 stades
 - Pré-rupture = stade fissuraire
 - Rupture vraie = stade rompu



Homme 67 ans
SD fissuraire d'un AAA



Homme 76 ans
AAA rompu
dans l'espace rétropéritonéal

5.3.2 Accident des anticoagulants

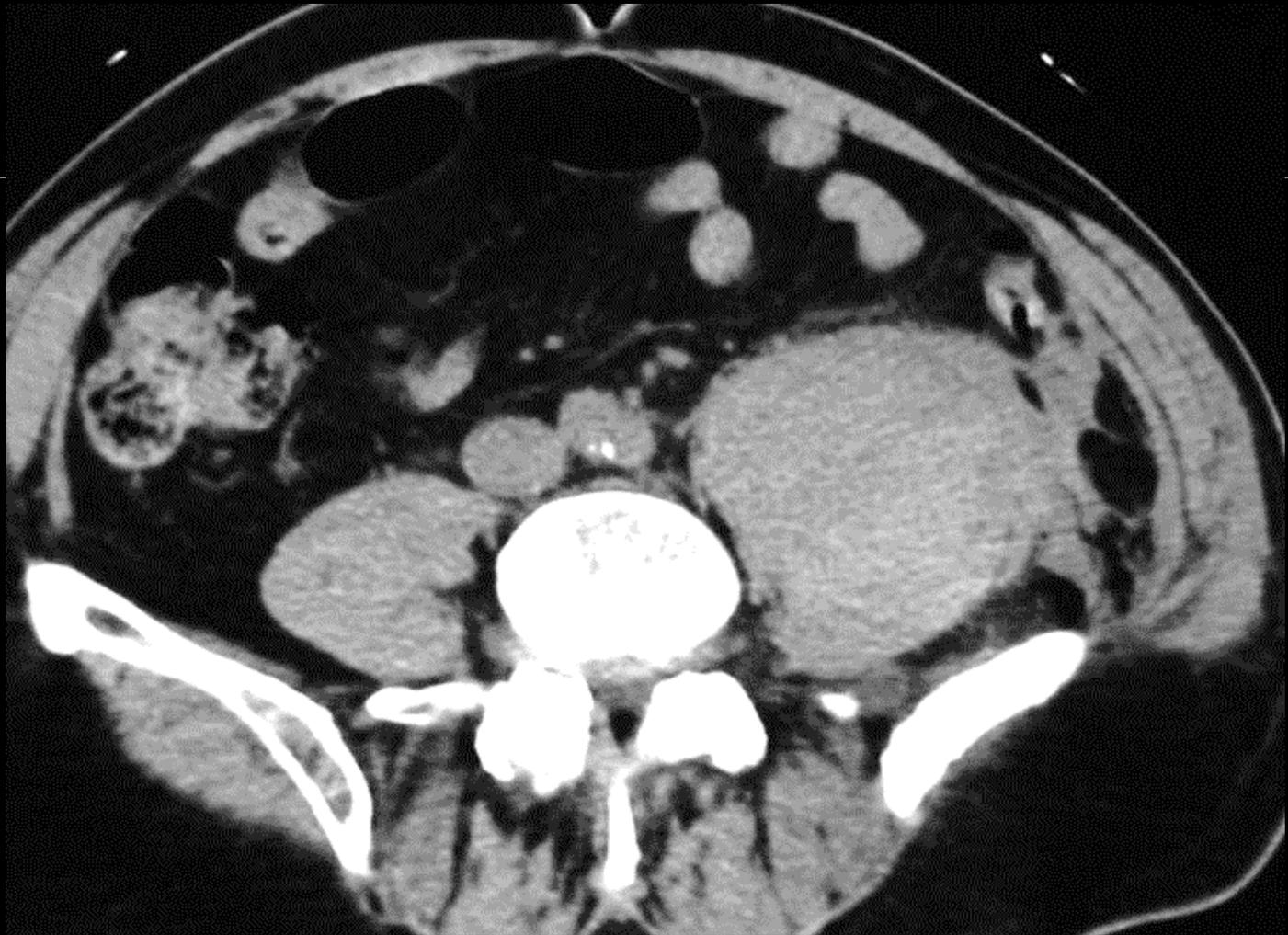
- Hématome du muscle droit de l'abdomen
 - HBPM +++
 - Défense abdominale mimant ventre chirurgical ++



Femme 82 ans
Hématome du muscle droit gauche
de l'abdomen

5.3.2 Accident des anticoagulants

- Hématome du muscle ilio-psoas
 - AVK +++
 - Parfois cruralgies



Homme 76 ans
Hématome du muscle ilio-psoas gauche

5.3.3 SIAM

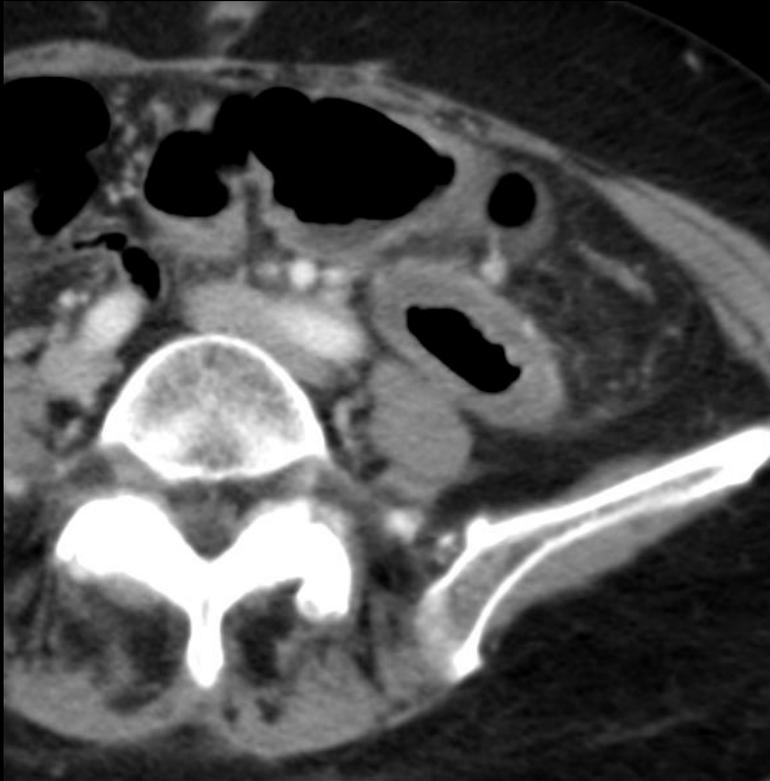
- Ischémie intestino-mésentérique aiguë
 - « Catastrophe » vasculaire par excellence
 - Taux de mortalité +++
 - Plusieurs causes possibles
 - AMINES VASOPRESSIVES +++
 - Bas débit cardiaque ++
 - Embolie artérielle (ACFA)
 - Thrombose artérielle
 - Thrombose veineuse



Homme 78 ans
SIAM sur bas débit
après arrêt cardiaque

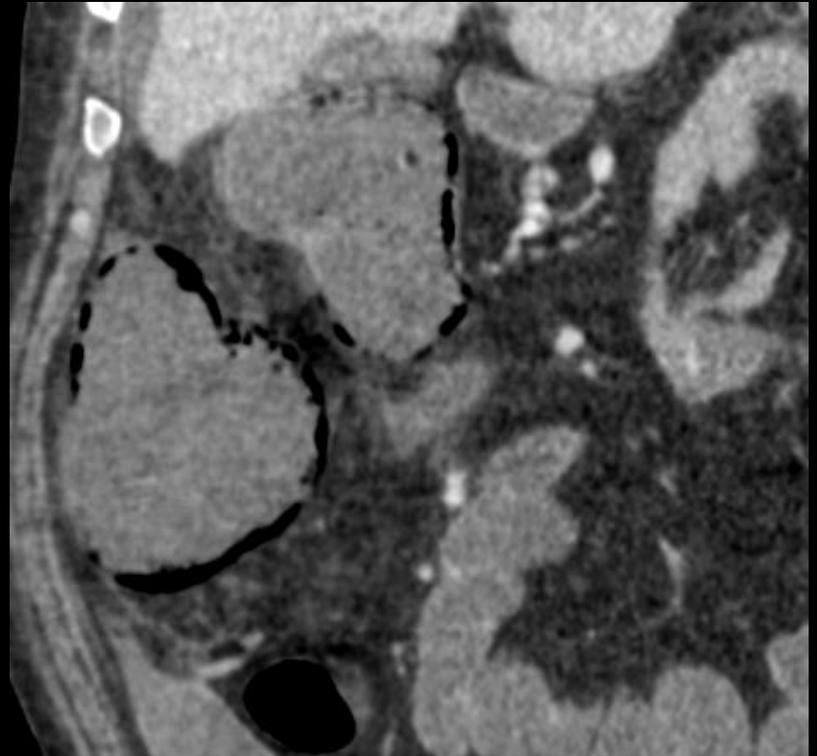
5.3.4 Colite ischémique

- Colite ischémique
 - FF = DNID, Polyvasculaire
 - Diarrhées sanglantes
 - 2 formes
 - **Forme réversible** (« humide »)
 - **Forme irréversible** (« sèche »)



Femme 75 ans
Colite ischémique
réversible

Femme 78 ans
Colite ischémique
gangrénée





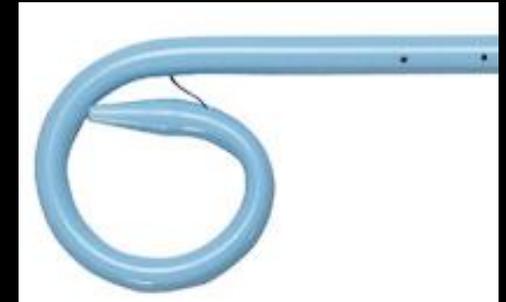
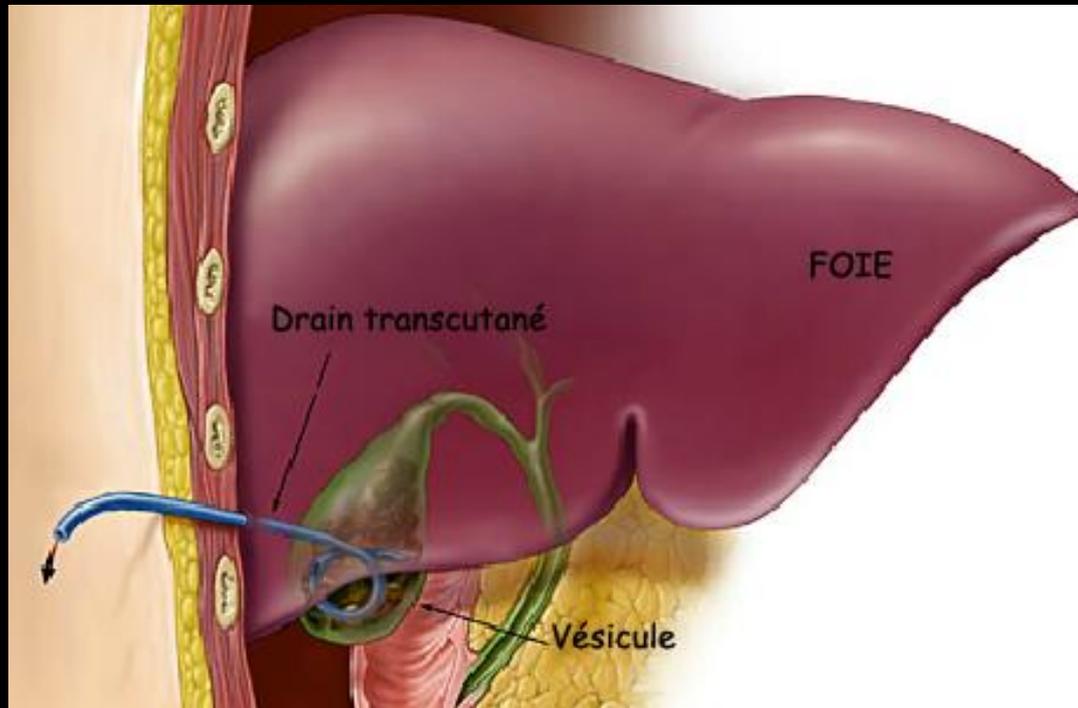
5. Radiologie Interventionnelle

5. RI chez sujet de réa

- TROIS grandes indications
 - Cholécytostomie percutanée
 - Drainage de collection
 - Embolisation artérielle (Foie, Bassin, UGD)

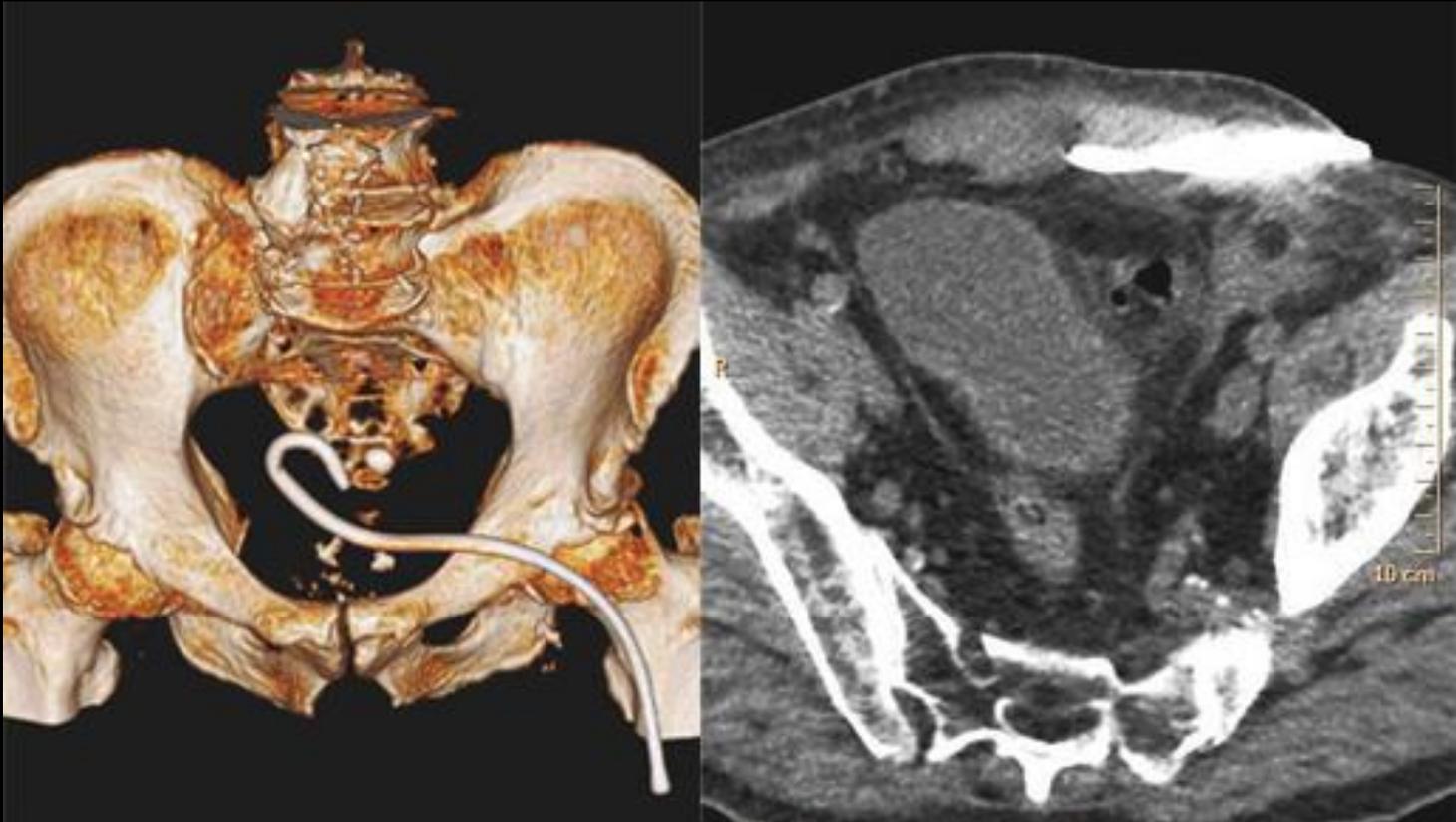
5. RI chez sujet de réa

- Cholécystostomie percutanée



5. RI chez sujet de réa

- Drainage de collection



5. RI chez sujet de réa

○ Embolisation artérielle





6. Ce qu'il faut retenir

6. Retenir des UA du sujet de réa

- Clinique souvent impossible ou peu fiable
- Prévalence « particulière » des étiologies
- Morbi-mortalité élevée
- **Diagnostic positif rapide impératif**
- Utilisation du **scanner** (même sans injection) **+++**
- Interventionnel = **drainage et embolisation**



Merci de votre attention