

URGENCES ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES

I-INTRODUCTION

- Abdomen aigu = Lésion provoquant une douleur abdominale aiguë ; nécessitant une prise en charge rapide parfois chirurgicale
- La douleur abdominale est un motif fréquent de consultation aux urgences
- L'interrogatoire et l'examen clinique sont les examens clés de l'orientation diagnostique
- La radiologie (ASP , écho + TDM notamment) joue un rôle essentiel pour la prise en charge thérapeutique
- Elle permet de dire « il y a ou il n'y a pas d'indication à une laparotomie » et aide à choisir entre chirurgie classique, coelioscopie et traitement médical

II- CLINIQUE :

- 2 informations sont importantes à préciser :
 - Douleur et sa localisation : FID , HCD, épigastre , diffuse
 - Présence ou non d'un état de choc hypovolémique (hémorragie intra ou retro péritonéal)

III- TECHNIQUES RADIOLOGIQUES ET INDICATIONS

A-OBJECTIFS

- Diagnostic précis
- Degré de gravité
- Diagnostic différentiel
- Choix de PEC voire de technique de PEC

B- MODALITES

1- Radiographies simples

- Non contributives dans 50%

- INDICATIONS:

- Principales

- perforation digestive: pneumopéritoine
 - OIA
 - Bilan d'une lithiase urinaire
 - Recherche d'un corps étranger

- Relatives

- Ischémie digestive : aéroportie
 - Cholécystite emphysémateuse : aérobilie

- 3 clichés :

- a- ASP debout ou DLG : a pour but de rechercher :

- Niveaux hydroaériques
 - Pneumopéritoine
 - Clartés gazeuses intrahépatiques anormales (aérobilie , aéroportie)

- b- ASP DD(décubitus dorsal) :apprécie :

- Structures intestinales
 - Structures de densité hydrique : foie , rate, reins , psoas, vessie
 - Structures de densité calcique normales (os , calcifications)
 - Gouttières pariéto-coliques (épanchement)

c-Téléthorax de face debout : recherche

- Pneumopéritoine
- Atteinte thoracique à expression abdominale (pneumopathies de base)

2- Echographie doppler

- Examen disponible, rapide, répétitif, non irradiant
- Matériel
 - sonde sectorielle 3,5/5 Mhz +++
 - sonde linéaire 7,5 Mhz pour le tube digestif
 - (sonde endo-vaginale)
 - doppler énergie, couleur et pulsé
- permet
 - une exploration globale de la cavité abdomino-pelvienne
 - rechercher : épanchement ; abcès
 - doppler : Aorte , vx porto-mésentériques ; perfusion pariétale
- Indications:
 - rechercher un épanchement liquidien intra péritonéal ou retro péritonéal
 - pathologie hépato biliaire
 - pathologie génito urinaire
 - pathologie appendiculaire
 - femmes jeunes , enfants
- inconvénient : douleur, distension gazeuse

3-TDM

- incontournable dans la pathologie abdominale aigue
- Sensibilité diagnostique importante : 90%
- Technique
 - protocole adapté aux circonstances
 - Doit couvrir abdomen et pelvis
 - Fenêtrage doit être ADAPTÉ au type d'exploration
 - Reconstructions multiplanaires et MIP
 - Intérêt pour :
 - Structures vasculaires
 - tube digestif
 - Voies urinaires
 - Appareil génital féminin
 - Acquisition SANS injection de PDC = Intérêt pour :
 - Sang frais (d = 70 UH)
 - Lithiases urinaires
 - Lithiases biliaires
 - Calcifications vasculaires
 - Calcifications pancréatiques
 - Acquisition au temps artériel et portal notamment : nécessaire
 - Pathologies aiguës ischémiques
 - Pathologies aiguës hémorragiques

4- Autres :

a-Opacifications digestives (hydrosolubles) :

- peu utilisées
- but : objectiver l'obstacle

b -Artériographie : utilisée en cas de pathologie vasculaire ou en cas de traumatisme

IV- DOULEUR AIGUE LOCALISEE :

A- HYPOCHONDRE DROIT :

1- Pathologie hépato-biliaire

a- Cholécystite aigue :

- échographique : +++
 - Épaississement de la paroi vésiculaire supérieur à 4mm
 - Un ou plusieurs calculs biliaires et/ou sludge
 - Douleur provoquée au passage de la sonde (Murphy échographique)
- TDM :
 - Moins performante pour les calculs
 - Complications +++
 - Perforation
 - Cholécystite emphysémateuse
 - abcès

b- Hydrocholecyste :

- Diamètre transversal supérieur à 4cm + épaississement de la paroi

c- Angiocholite :

- Clinique : DLR+ fièvre+frissons +ictère
- Dilatation des voies biliaires : intérêt des US en 1^{ère} intention
- Identifier l'obstacle : calcul, tumeur : ECHO < TDM

d- abcès hépatique

- Terrain particulier : immunodéprimé , diabète , ...
- US souvent complétée par le TDM :
 - Micro abcès : petites lésions hypoéchogènes ou hypodenses confluentes
 - Macro abcès : lésion hypodense circonscrite à paroi épaisse rehaussée après PCI

2 -Lésions extra -hépatiques :

- a- Atteintes rénales infectieuses ou obstructives
- b- Pancréatites aiguës céphaliques
- c- Autres

B- HYPOCHONDRE GAUCHE :

1 -Lésions spléniques

2 -Lésions rénales

3-Pancréatite

C - EPIGASTRE : PANCREATITE AIGUE:

- Autodigestion de la glande par les enzymes, elle constitue une urgence grave.
- But de l'imagerie :
 - diagnostic positif et étiologique
 - diagnostic de gravité
 - suivi évolutif
 - prise en charge thérapeutique :ponction des collections, drainage des abcès
- ECHO :
 - Souvent gênée par les l'iléus reflexe et l'obésité, n'explore pas la totalité de la glande
 - Eléments diagnostiques :
 - Augmentation du volume de la glande
 - Epanchement péritonéal
 - Collection des espaces péritonéaux et rétropéritoneaux
 - Diagnostic étiologique : lithias vésiculaire ou choledocienne
- TDM :examen de référence pour :
 - diagnostic positif de la pancréatite aiguë :

- le pancréas normal ou hypertrophié de façon diffuse ou segmentaire, de contours flous,
- zones de nécrose parenchymateuses
- une infiltration de la graisse péripancréatique et d'éventuelles coulées de nécrose au contact de la glande et à distance

- le bilan d'extension initial :évaluer le degré de sévérité le pronostic de la pancréatite selon la **classification de RANSON- BALTHAZAR**
- Présence d'une collection péri-pancréatique.
- Surveillance et recherche de complications (faux kystes, surinfection, thromboses...)

D - FOSSE LOMBAIRE :

1-Colique nephretique :

- Couple ASP+ECHO : hydronéphrose + obstacle
- TDM sans injection : lithiases de petites taille ; doute , diagnostics différentiels

2-Pyélonéphrite aigue

- US : zones focales hypoéchogènes
- TDM : zone hypodense triangulaire à base périphérique

3-Abcès rénal

E-FOSSE ILIAQUE DROITE

1-Appendicite aigue :

- Urgence chirurgicale la plus fréquente
- Echo :
 - En 1^{ère} intention notamment chez l'enfant et la femme enceinte
 - Diagnostic :
 - Appendice dilaté avec un diamètre>6mm et une paroi > 3mm
 - coprolithe appendiculaire
 - infiltration de la graisse périappendiculaire
 - Signes des complications : abcès
 - Une échographie normale n'élimine pas une appendicite
- TDM :
 - si doute diagnostique, sujet âgé , sujet obese
 - mêmes signes que l'échographie mais meilleure sensibilité
 - intérêt dans les complications : abcès, plastron

2- Crohn

3- -Pathologie gynécologique_: femme

a- GEU:

- douleur aigue avec signes de choc
- visualisation d'un embryon ectopique avec un utérus vide plus un épanchement

b- torsion d'annexes

F-FOSSE ILIAQUE GAUCHE

1-Sigmoïdite diverticulaire

➢ US :

- épaissement de la paroi sigmoïdienne + infiltration de la graisse péricolique
- complications

➢ TDM :

- Complications+++ : abcès , perforation

2-Causes gynécologiques

V- DOULEURS ABDOMINALES DIFFUSES :

A-OCCLUSIONS INTESTINALES :

1 -Définition :

-C'est un syndrome défini par un empêchement à la progression du contenu intestinal lié à un obstacle mécanique ou à une faillite de l'activité musculaire intestinale

2 -But de l'imagerie :

- Diagnostic positif ,caractère organique ou fonctionnel de l'occlusion
- Diagnostic topographique : jéjunum, iléon, côlon
- Diagnostic étiologique : tumeur , corps étranger, invagination ...
- Apprécier la gravité : souffrance ischémique de l'anse concernée

3-Occlusions organiques ou mécaniques :

➤ ASP

- 03 éléments importants sont à rechercher :

- NHA(niveaux hydroaériques) en amont de la lésion :syndrome lésionnel
- Syndrome lésionnel : correspond à l'obstacle
- Syndrome sous-lésionnel : correspond à la vacuité digestive en aval

-le nombre,la topographie et la forme des NHA dépendent du niveau de l'obstruction

	Anses grêles	Colon
Niveau hydroaérique	-nombreux -central -plus large que haut	-Unique ou peu nombreux -Périphérique -Plus haut que large
Plissement	-valvules	-haustrations
Diamètre	-3-5cm	-plus de 5cm

➤ Echographie-TDM :

-Diagnostic positif :

- Distension intestinale (calibre > 2.5cm pour le grêle et à 6cm pour le colon)
- Segment distal vide
- Niveaux hydroaériques :TDM

-Diagnostic topographique

-Diagnostic étiologique :

- Identification de la zone de transition
- Etiologies : causes endoluminales, causes pariétales

-Signes de souffrance :

- Epanchement intrapéritoneal
- Epaississement
- Doppler :absence de flux de l'anse ou défaut d'opacification au scanner

➤ Etiologies :

	OBSTRUCTION	STRANGULATION
Estomac	Distension gastrique <u>Cause :</u> <ul style="list-style-type: none">• Tumeur	Distension d'une partie de l'estomac <u>Causes :</u> <ul style="list-style-type: none">• volvulus,• hernie hiatale
	-niveaux hydroaériques plus larges que hauts disposés	-en amont de l'anse étranglée : niveaux hydroaériques

Grêle	obliquement de l'HCG à la FID -obstacle : rarement visible -vacuité du colon en aval <u>-causes :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Iléus biliaire • Tumeur • Invagination • Corps étrangers 	-anse étranglée : image en arceau (U renversé) -en aval vacuité intestinale <u>-causes :</u> <ul style="list-style-type: none"> • volvulus sur bride
Colon	-importante distension du colon avec niveau en amont de l'obstacle -vacuité d'aval -intérêt des clichés positionnels -causes : <ul style="list-style-type: none"> • Tumeur • Sténoses inflammatoires • Fecalome 	- <u>volvulus du sigmoïde</u> : volumineuse image aérique en arceau s'étendant du pelvis au diaphragme - <u>volvulus du cæcum</u> : <ul style="list-style-type: none"> • énorme clarté para vertébrale gauche • FID déshabillée • Colon d'aval vide

4-Occlusions fonctionnelles : ILEUS PARALYTIQUE

- Arrêt du peristaltisme au contact:
 - d'un foyer infectieux
 - d'un foyer inflammatoire : pancréatite
 - lors de stimuli douloureux: colique nephretique
 - en post op de chirurgie abdominale
- ASP:
 - Distension intestinale diffuse
 - Absence ou rareté des niveaux hydroaériques
- TDM : dilatation globale du colon et du grêle sans zone transitionnelle

B -PERITONITES :

- Inflammation ou infection aigue du péritoine localisée ou généralisée
 - Complication d'atteinte infectieuse initialement localisée : (**appendicite, cholécystite...**)
 - Perforation d'organe creux :
 - Perforation gastroduodénale: ulcère, tumeur
 - Perforation du grêle: strangulation, crohn ,diverticule, infarctus mésentérique
 - Perforation colique: tumeur , sigmoïdite, volvulus
 - post opératoire, post traumatique
- But de l'imagerie : :
 - affirmer l'existence d'un organe creux
 - préciser sa nature et détermine l'organe en cause-
- ASP :
 - Iléus réflexe
 - Épanchement péritonéal (gouttières pariéto-coliques, pelvis)
 - Pneumopéritoine : croissant gazeux interhépatodiaphragmatique
- Echographie-TDM :
 - Épanchement péritonéal
 - Siège: épaississement pariétal, formations bulleuses en regard du segment atteint (TDM +++)

C-ISCHEMIE INTESTINALE AIGUE :

- Douleur abdominale intense souvent péri ombilicale majorée par les repas + AEG + état de choc
- Sujets à risque : porteurs d'athérosclérose ,pathologie cardiovasculaire
- TDM ANGIOSCANNER+++
 - Epaissement digestif non rehaussé APC
 - Pneumatose pariétale
 - Aéroportie
 - Thrombose veineuse ou artérielle
- Principal diagnostic différentiel = péritonite

D-RUPTURE OU FISSURATION D'UN ANEVRYSME

- Douleur dorsolombaire brutale + hypotension
- Angioscanner :
 - Anévrisme
 - Hématome retro péritonéal
 - Extravasation du PCI après injection