

URGENCES ABDOMINALES – ABDOMEN AIGU

I-INTRODUCTION :

- L'approche diagnostique et la prise en charge des abdomens aigus ont été profondément modifiées grâce au développement de l'imagerie en coupes (Echographie , TDM)
- 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
- La radiologie conventionnelle ne possède une sensibilité de seulement 50-65%

II-TECHNIQUE :

Deux informations sont importantes à préciser avant de procéder à un bilan radiologique

- La douleur et sa localisation (diffuse, HCD , FID ...)
- La présence ou non d'un état de choc hypovolémique (hémorragie intra ou rétro péritonéale)

A-RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE :

1°-Radiographies simples :

-03 clichés sont réalisés devant un tableau d'abdomen aigu :

- ASP debout ou DLG avec rayon horizontal : a pour but de rechercher :
 - Niveaux hydroaériques
 - Pneumopéritoine
 - Clartés gazeuses intrahépatiques anormales (aérobilie , aéroportie)
- ASP DD (decubitus dorsal) rayon vertical : apprécie
 - Structures intestinales
 - Structures de densité hydrique : foie , rate, reins , psoas, vessie
 - Structures de densité calcique normales (os , calcifications)
 - Gouttières pariéto-coliques (épanchement)
- Téléthorax de face debout : recherche
 - Pneumopéritoine
 - Atteinte thoracique à expression abdominale (pneumopathies de base)

2°-Opacifications digestives (hydrosolubles) :

- peu utilisées
- but : objectiver l'obstacle

3°-Artériographie :

-utilisée en cas de pathologie vasculaire ou en cas de traumatisme

B-IMAGERIE EN COUPES :

1°Echographie –Doppler couleur :

- examen de première intention
- permet une exploration globale de la cavité abdomino-pelvienne :
 - Foie, voies biliaires
 - Reins, rate, pancréas
 - Organes génitaux
 - Structures digestives particulièrement : appendice, carrefour iléocœcal, sigmoïde (sonde superficielle)
- analyse (doppler) la perméabilité de l'axe veineux portomesentérique, de l'aorte , l'artère mésentérique supérieur
- représente le meilleur examen pour mettre en évidence un épanchement intraperitonéal ou rétroperitonéal
- inconvénient : douleur, distension gazeuse

2°-TDM :

- évaluation globale de la cavité abdominopelvienne des coupes à la symphyse pubienne
- coupes de 3- 7mm (parfois millimétriques) avec reconstructions multiplanaires
- acquisition SPC recherche de :
 - lithiase urinaire ou biliaire ,
 - hémorragie
 - pneumopéritoine
- acquisition APC (temps artériel et portal notamment pour évaluer une ischémie intestinale aigue

NB : L'opacification digestive basse et haute et l'insufflation anorectale n'est habituellement pas utilisée en urgence car elles peuvent gêner la mise en évidence d'un syndrome occlusif et majorent le risque de perforation juxtalésionnelle ou diastatique

III-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

- Epaissement
 - Doppler : absence de flux de l'anse ou défaut d'opacification au scanner
- Etiologies :

	OBSTRUCTION	STRANGULATION
Estomac	Distension gastrique <u>Cause :</u> • Tumeur	Distension d'une partie de l'estomac <u>Causes :</u> • volvulus, • hernie hiatale
Grêle	-niveaux hydroaériques plus larges que hauts disposés obliquement de l'HCG à la FID -obstacle : rarement visible -vacuité du colon en aval <u>-causes :</u> • Iléus biliaire • Tumeur • Invagination • Corps étrangers	-en amont de l'anse étranglée : niveaux hydroaériques -anse étranglée : image en arceau (U renversé) -en aval vacuité intestinale <u>-causes :</u> • volvulus sur bride
Colon	-importante distension du colon avec niveau en amont de l'obstacle -vacuité d'aval -intérêt des clichés positionnels <u>-causes :</u> • 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> : • énorme clarté para vertébrale gauche • FID déshabillée • Colon d'aval vide

4°--Occlusions fonctionnelles :

-c'est l'inhibition de la contraction du tube digestif

➤ -ASP :

- Distension intestinale diffuse(estomac, grêle ; colon, rectum)
- Absence ou rareté des niveaux hydroaériques

➤ -Etiologies :

- Colique néphrétique
- Infarctus du myocarde
- Pancréatite aigue
- Appendicite aigue
- Collection suppurée intra ou rétroperitonéale
- Intervention chirurgicale récente

B- PERITONITES :

1°-Définition :

c'est la conséquence de la perforation d'un organe creux

2°-But de l'imagerie :

- affirmer l'existence d'un organe creux
- préciser sa nature et déterminer l'organe en cause

a-Péritonite généralisée en péritoine libre

-ASP :

- Iléus réflexe
- Epanchement péritonéal (gouttières pariéto-coliques, pelvis)
- Pneumopéritoine : croissant gazeux interhépatodiaphragmatique

-Echographie

- Épanchement péritonéal

-TDM

- Pneumopéritoine ou rétropneumopéritoine
- Epanchement péritonéal
- Siège:
 - épaississement pariétal, formations bulleuses en regard du segment atteint
 - parfois, visualisation directe de la perforation : discontinuité de la paroi

- on recherchera la cause en dehors des ulcères : Crohn, tumeurs, colites

b--Péritonite localisée :

- Anomalies localisées en regard du foyer inflammatoire
- Causes : appendicite, cholécystite
- Intérêt de l'échographie

C- PANCREATITES :

1°- Définition :

-Autodigestion de la glande par les enzymes, elle constitue une urgence grave.

-Toute douleur aiguë épigastrique , transfixiante puis diffuse associée à une élévation de la lipasémie > 3N dans les 48 premières heures doit faire porter le diagnostic de PA

2° -But de l'imagerie :

-diagnostic positif et étiologique

-diagnostic de gravité

-suivi évolutif

-prise en charge thérapeutique : ponction des collections, drainage des abcès

a - ASP:

- N'a pas d'intérêt ,le but est d'éliminer d'autres causes

b-ECHO :

- Souvent gênée par les iléus réflexe 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 : lithiase vésiculaire ou choledocienne

c- TDM :examen de référence pour :

- diagnostic positif, le bilan d'extension initial et le suivi de la pancréatite aiguë :
 - ⊥ le pancréas qui peut être normal ou hypertrophié de façon diffuse ou segmentaire,
 - ⊥ de contours flous,
 - ⊥ de densité hétérogène avec des zones de nécrose parenchymateuses
 - ⊥ une infiltration de la graisse péripancréatique et d'éventuelles coulées de nécrose au contact de la glande et à distance
- évaluer le degré de sévérité et donc le pronostic de la pancréatite selon la **classification de RANSON- BALTHAZAR**
- Présence d'une collection péri-pancréatique.

- surveiller l'évolution de la pancréatite à la recherche de complications (faux kystes, surinfection, thromboses...)

IV-DOULEURS ABDOMINALES AIGUES LOCALISEES :

A-HYPOCHONDRE DROIT :

1°-Pathologie hépato-biliaire

a-Cholecystite aigue : diagnostic échographique :

- Épaississement de la paroi vésiculaire supérieur à 4mm
- Un ou plusieurs calculs biliaires
- Douleur provoquée au passage de la sonde (Murphy échographique)

b- Hydrocholecyste :

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

c-Angiocholite :

- Dilatation des voies biliaires
- Identifier l'obstacle : calcul, tumeur

d-pathologie hépatique focale : abcès

2°-Lésions extra -hépatiques :

a- Atteintes rénales infectieuses ou obstructives

b- Pancreatites aigues cephaliques

c- Autres

B-HYPOCHONDRE GAUCHE :

1°-Lésions spléniques

2°-Lésions rénales

3°-Pancréatite

C-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
 - mêmes signes que l'échographie mais meilleure sensibilité

2°-Pathologie gynécologique : femme

➤ GEU :

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

D-FOSSE ILIAQUE GAUCHE

1°-Sigmoidite diverticulaire

2°-Causes gynécologiques