

## **URGENCES ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES**

### **I- Introduction /Généralités :**

-La pathologie abdominale non traumatique est l'un des motifs les plus fréquents de consultation dans les services d'urgences. Une douleur abdominale peut révéler de très nombreuses pathologies, dont certaines nécessitent une prise en charge urgente.

• L'interrogatoire et l'examen clinique détaillé associé à la biologie sont les examens clés de l'orientation diagnostique et de l'examen radiologique à demandé.

-Les progrès technologiques considérables réalisés en radiologie (essentiellement écho et TDM) au cours des ces dernières années, ont révolutionné le diagnostic et la prise en charge des abdomens aigus.

• Elle permet ainsi de classifié les abdomens aigues en :

\*Urgences abdominales non traumatiques chirurgicales absolue : perforation d'ulcère, occlusions, cholécystite emphysémateuse .....

\* Urgences abdominales non traumatiques chirurgicales différée : cholécystite aigue lithiasique

\*Urgences abdominales non traumatiques non chirurgicales : colites, pancréatite aigue.

• ET aide à choisir la technique chirurgicale : classique ( Mac BERNEY , mediane,,,,,,), cœlioscopie

### **II-La clinique :**

-Variable, en fonction de l'étiologie :

Signes digestifs (douleur abdominale avec ses caractéristiques, AMG, ictère ...) ;

Signes généraux (fièvre, état de choc ...) ;

Signes urinaires (lombalgies, brûlures mictionnelles, hématurie ...);

Signes gynécologiques

-Il est important à préciser :-Type de la douleur et sa localisation : FID, HCD, épigastre, diffuse.

-La biologie : FNS, lipasemie, bilan rénal, ionogramme .....

### **III- Techniques radiologiques et indications :**

#### **A-l'interet de l'imagerie :**

-Le rôle de l'imagerie est essentiel : -Diagnostic étiologique

-Degré de gravité

-Diagnostic différentiel

-Choix de PEC voire de technique de PEC

-Suivi et recherche des complications post opératoire

#### **B-Moyens d'exploration :**

##### **1- Radiographies simples :**

• Non contributives dans 50%

##### **a-Abdomen sans préparation (ASP) :**

###### **1-incidences :**

-ASP en décubitus dorsal : -Prenant la totalité de la cavité abdomino-pelvienne, des coupoles diaphragmatiques aux trous obturateurs.

-patient couché en décubitus dorsal,

- rayon vertical,

-incidence antéropostérieur

-ASP de face, debout : - Prenant la totalité de la cavité abdomino-pelvienne, des coupes diaphragmatiques aux trous obturateurs.

- rayon horizontal,
- incidence antéropostérieure.

-Cliché centré sur les coupes diaphragmatiques : en complément (pneumopéritoine).

-ASP décubitus latéral gauche : - rayon horizontal,

-patient couché sur le coté gauche, le but de cet incidence est de faire monter l'air extra-digestif (pneumopéritoine) dans le flanc droit et le plaquer contre la paroi abdominale .

## **2-Les indications :**

### **a-ASP début face et DLG:**

- un pneumopéritoine (perforation digestive).
- des Niveaux hydroaériques (OIA).
- calcifications biliaires et urinaires (lithiases vésiculaires ou urinaires)
- un corps étranger
- rarement Clartés gazeuses intrahépatiques anormales : Ischémie digestive : aéroportie,

Cholécystite emphysémateuse : aérobilie

### **b- ASP DD( décubitus dorsal ):** Peu d'intérêt

### **b-Téléthorax de face debout :** recherche

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

## **2- Echographie doppler :**

-Examen disponible, rapide, répétitif, non irradiant

**a- Matériel :** sonde sectorielle 3,5/5 Mhz +++ , sonde linéaire 7,5 Mhz pour le tube digestif.

-étude en temps réel multiplanaire, étude doppler

**b-Intérêt :** - permet une exploration globale de la cavité abdomino-pelvienne

-Meilleur examen pour l'analyse des pathologies ,hépatobiliaire, appendiculaire et génito-urinaire et pour l'exploration abdomino-pelvienne chez la femmes jeunes , enfants

- diagnostic positif et bilan lésionnel ; signes associés ; épanchement ; abcès

-doppler :étude vasculaire; perfusion pariétale

**C- inconvenient :** douleur, distension gazeuse

## **3-La tomodensitométrie :TDM**

- représente un examen de choix devant les urgences abdominales aigues

-Sensibilité diagnostique importante : 90%

### **a-Technique :**

-coupes axiales fines en acquisition volumique avec reconstructions multiplanaires et MIP; fenêtrage ; SPC et APC (temps variables selon l'étiologie recherchée : Angioscanner, Uroscanner, ...)

- balayage abdominal et pelvien

**b-Intérêt:** -meilleur examen pour l'analyse de l'ensemble des structures abdominales (Tube digestif, Voies urinaires, Appareil génital féminin)

-bonne analyses des axes vasculaires

## **4- IRM :**

-En cas d'extrême urgence, pas de place pour cet examen peu disponible et coûteux

## **5-Autres :**

### **a-Opacifications digestives (hydrosolubles) :**

- peu utilisées
- but : objectiver l'obstacle, fistule

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

## **IV- Sémiologie des pathologies abdominales aiguës:**

### **1- Douleur aigue localisée :**

#### **A-Hypochondre droit :**

##### **1-Pathologie hépato-biliaire :**

##### **a-Cholécystite aigue :**

###### **- Echographique : +++**

- Épaississement de la paroi vésiculaire supérieur à 4mm
- calculs intra vésiculaire ou sludge
- Douleur provoquée au passage de la sonde (Murphy échographique)
- Autres signes : épanchement péri-vésiculaire ; solution de continuité pariétale

###### **- TDM :**

- Moins performante pour les calculs
- Complications +++ ,Perforation , Cholécystite emphysémateuse ,abcès

**b- Hydrocholecyste :** -distension de la lumière vésiculaire ; diamètre transversal > 40mm.  
- épaississement de la paroi -calcul

**c -Angiocholite :** secondaire le plus souvent à la migration d'un calcul ou sur la maladie de Caroli

- Clinique : DLR+ fièvre+frissons +ictère
- Dilatation des voies biliaires : intérêt des US en 1ère intention, épaississement pariétal des voies biliaires + rehaussement pariétal des voies biliaires (au TDM)
- Identifier l'obstacle : calcul, tumeur :ECHO < TDM

##### **d-Abcès hépatique :**

-Terrain particulier : immunodéprimé , diabète , ...

-**ECHO :** -Formation liquidienne avec renforcement postérieur, échos internes, contours irréguliers, paroi épaisse.

-**TDM :** - Micro abcès : petites lésions hypodenses confluentes

- Macro abcès : lésion hypodense circonscrite à paroi épaisse rehaussée après PCI

-**IRM :** hypersignal homogène T1, hypersignal homogène T2, rehaussement périphérique en cible + hyposignal central

### **2 -Lésions extra -hépatiques :**

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

#### **B- Hypochondre gauche :**

- 1 -Lésions spléniques : abcès
- 2 -Lésions rénales : uréthrohydronephrose,lithiase, abcès.
- 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 rétropéritonéaux.

- Diagnostic étiologique : lithiase vésiculaire ou choledocienne
- TDM : examen de référence pour le diagnostic positif de la pancréatite aiguë :
  - hypertrophie pancréatique de façon segmentaire ou diffuse, de contours flous,
  - présence de zones de nécrose parenchymateuses
  - infiltration de la graisse péripancréatique et présence de coulées de nécrose.
- Permet d'évaluer le degré de sévérité et le pronostic de la pancréatite selon la **classification de RANSON- BALTHAZAR**
- Surveillance et recherche de complications (faux kystes, surinfection, thromboses ...)

#### **D - Fosse lombaire :**

##### **1-Colique nephretique :**

- Couple ASP+ECHO : hydronéphrose (dilatation des cavités pyélocalicielles)+ obstacle
- TDM sans injection : lithiases de petites taille, caillot, diagnostics différentiels

##### **2-Pyélonéphrite aiguë :**

- US : zones focales hypoéchogènes.
- TDM : zones hypodenses triangulaire à base périphérique

##### **3-Pyo néphrose :** urgence thérapeutique

Secondaire le plus souvent à une infection des voies urinaires non traitée

- ECHO : -Dilatation des CPC, à contenu épais échogène parfois gaz ou NHA, à paroi épaissie
  - Image de lithiase
  - Réduction de l'épaisseur du parenchyme rénal

-infiltration du péri-rein

-TDM : apprécie mieux: l'épaisseur du parenchyme rénal (APC), l'infiltration péri-rénale, étiologie de l'obstacle

UPA : 1<sup>er</sup> temps d'une néphrostomie percutanée avec drainage

#### **3-Abcès rénal**

#### **E-Fosse iliaque droite :**

##### **1-Appendicite aiguë :**

- Urgence chirurgicale la plus fréquente
  - ASP : normale (50%), stercolithe (10%), pneumopéritoine si perforation (50%), NHA
- Echo : En 1<sup>ère</sup> intention notamment chez l'enfant et la femme enceinte
- Épaississement pariétal (diamètre > 6mm), densification de la graisse mésentérique et hyperhémie, épanchement
- recherche des complications: abcès, perforation...
- TDM :
  - si doute diagnostique, sujet âgé, sujet obèse
  - mêmes signes que l'échographie mais meilleure sensibilité
  - intérêt dans les complications : abcès, plastron

#### **2- Crohn :**

##### **3- Pathologie gynécologique :** femme

##### **a- GEU:(grossesse extra-utérine) :**

- douleur aiguë avec signes de choc
- Echo : -Formation latéro-utérine, arrondie, anéchogène, utérus vide avec épaississement de l'endomètre,
  - Epanchement liquidien intra-péritonéal échogène.
  - Rarement visualisation d'un embryon ectopique

##### **b-Torsion d'annexe :**

- Echo : ovaire augmenté de taille, follicules périphériques en couronne, absence de signal doppler, épanchement

**c-Autres :** kyste hémorragique du corps jaune rompu, abcès tubo-ovarien

**F-Fosse iliaque gauche :**

**1-Sigmoïdite diverticulaire :**

-Echo :

- Epaissement de la paroi sigmoïdienne + infiltration de la graisse péricolique,  
-complications : abcès

-TDM :

-Complications+++ : abcès, perforation

**2-Causes gynécologiques**

**2- 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 ) avec distension en amont de la lésion :syndrome sus-lésionnel.

-Syndrome lésionnel : correspond à l'obstacle (zone de transition).

-Syndrome sous-lésionnel : correspond à la vacuité digestive en aval (anses d'aval collabées).

-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,

-Signe de gravité = strangulation (TDM +++), -Epanchement intrapéritoneal

- Epaissement

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

-Diagnostic etiologique : -Identification de la zone de transition

Causes endoluminales, causes pariétales, causes extra-parietales :

-Grelque (bride +++, sténose inflammatoire, hématome, hernies, carcinose ...)

- colique (tumorale, sténose inflammatoire, volvulus ...)

**4-Occlusions fonctionnelles : ILEUS PARALYTIQUE**

-Arrêt du péristaltisme 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 -Péritonites :**

- Inflammation ou infection aigue du péritoine localisée ou généralisée
- La clinique :douleur abdominale, fièvre, défense, contracture ; complications (phlegmon, abcès, péritonite ...)

Deux mécanismes :

**a-Par diffusion : Complication d'atteinte infectieuse initialement localisée : (**appendicite, cholécystite...**)**

- EAP-TDM : ascite +/- cloisonnée ; épaissement du péritoine et des fascias ; infiltration de la graisse mésentérique ou épiploïque ; pneumopéritoine ; signes en rapport avec la lésion causale

**b- par 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

- ASP :

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

- Echographie-TDM :

- Épanchement péritonéal
- Siège: épaissement pariétal, formations bulleuses en regard du segment atteint (TDM +++)

**C-Ischemie intestinale aigue : origine artérielle ou veineuse**

- Douleur abdominale intense souvent péri ombilicale majorée par les repas + AEG + état de choc
- Sujets a risque : porteurs d'athérosclérose ,pathologie cardiovasculaire.

-ASP : pneumoperitoine + pneumatose pariétale + aéroportie

-EAP : épaissement pariétal des anses + absence de signal doppler des vaisseaux mésentériques

-TDM ANGIOSCANNER+++

- Épaississement digestif, absence de rehaussement APC
- Pneumatose pariétale
- Aéroportie
- Thrombose veineuse ou artérielle

**D-Rupture ou fissuration d'un anevrysme :**

- Douleur dorsolombaire brutale + hypotension

-Angioscanner :

- Anévrysme
- Hématome retro péritonéal
- Extravasation du PCI après injection

**V- Conclusion :**

- L'abdomen aigu non traumatique est une urgence fréquente, relevant d'étiologies divers, chirurgicales et non chirurgicales.
- L'échographie doppler, la TDM et l'IRM représentent les principaux moyens d'exploration permettant le dgc positif et étiologique, le bilan lésionnel, guider les gestes de la Rx interventionnelle et la surveillance.

