

# URGENCES ABDOMINALES FEBRILES

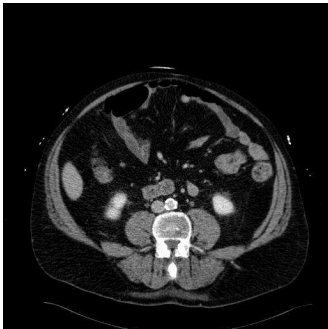
Claire Cangemi-Polisset  
CCA CHU Brest

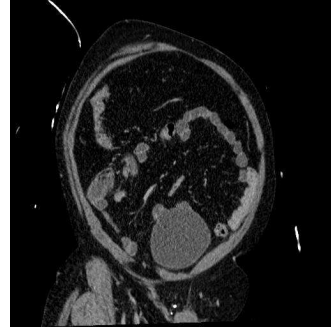
## Douleur en FID

## Douleur en FID

### CAS N°1

Patient de 57 ans, qui vient pour douleur de la FID avec défense, fièvre et petite hyperleucocytose biologique





## Appendicite aïgue

- En pratique pourquoi une imagerie : diagnostic clinique ?
  - Urgence abdominale la plus fréquente (incidence annuelle 5 pour 10 000 Hab) 1 personne sur 15
  - Pour plus de 30% des patients consultant pour douleur FID : résolution spontanée

- L'imagerie quasi-systématique a permis de diminuer le nombre de laparotomies blanches
- Dans 1 cas sur 3 : redresse diagnostic (patho extra appendiculaire)

Diagnostic DIFFICILE quand forme atypique

But de l'imagerie :

- Évaluation des complications
- Recherche des formes inhabituelles (topographie)

■ Quelle imagerie ?

- (ASP)
- Echographie
- TDM

■ Dans quel délai ?

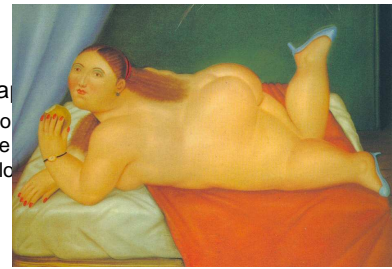
*D'après le guide des demandes d'examen d'imagerie en urgence du CHU de Brest, déc 2006*

■ **Tableau d'appendicite aigue :**

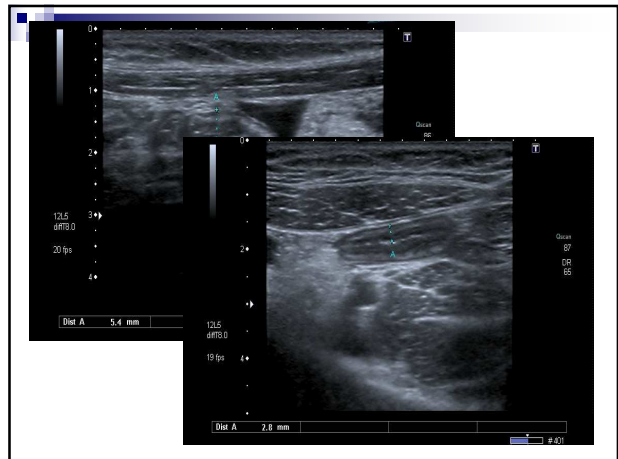
- Echographie ou TDM : 24 H
- En cas de signes de gravité TDM : 4 H

■ **Echogra**

- À toujo  
femme  
patholo

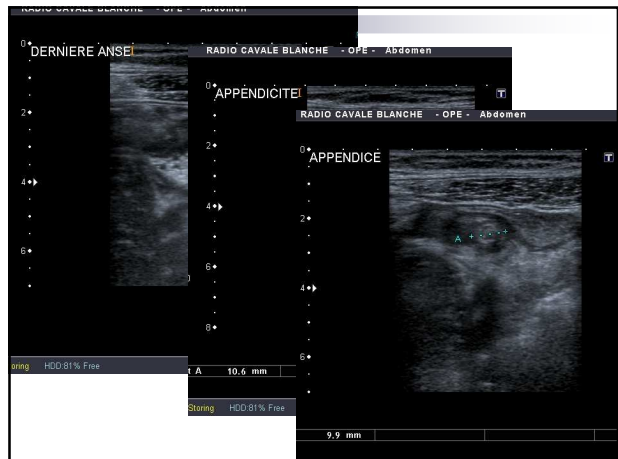


■ **Technique :**



■ **Sign**

- ap
- un
- dé
- Do
- Ar
- Do



- L'absence de visualisation de l'appendice ne permet pas d'éliminer le diagnostic (app rétrocaecale, pelvienne mésocoliaque ou perforée ?)
- Appendice normal (<6mm sous compression) a une valeur prédictive négative de 95%
- Donc s'acharner à trouver l'appendice normal pour éviter les TDM inutiles

#### ■ Tomodensitométrie

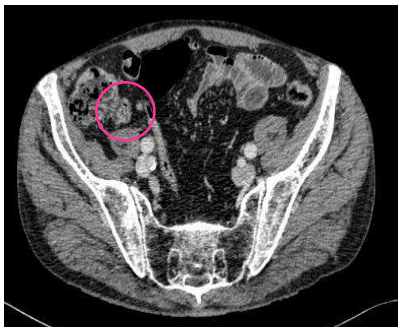
Préférentiel chez les Sujets de plus de 40 ans (recherche de lésion tumorale sous-jacente), les obèses, une symptomatologie évoluant depuis plus de 48H, en cas de suspicion de complication, de douleur atypique, ou d'échographie non contributive.

- Protocole discuté :
  - passage SANS IV ?
  - Technique du « scanner focalisé de l'appendice » ?
  - Opacification orale ou rectale ?
  - Problème de la dose
- Intérêt lecture sur console +++

#### ■ Appendice normal :

- Diamètre <6mm (en théorie...)
- contenu peut être liquidien aérique...+/- stercolithe

- Importance de l'étude des structures péri-appendiculaires





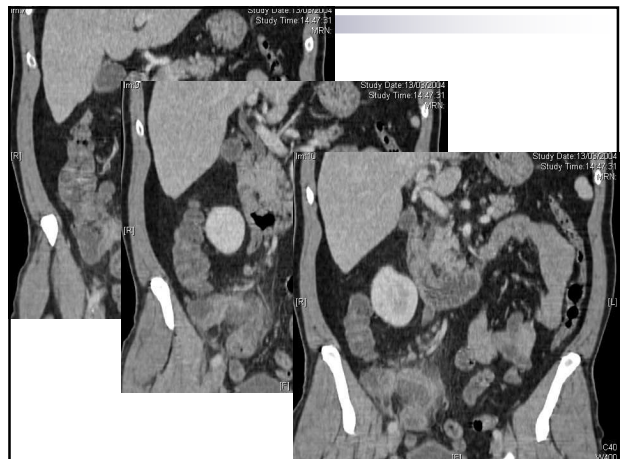
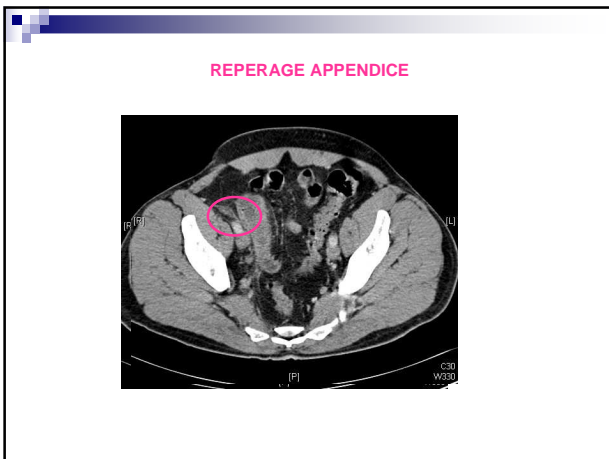
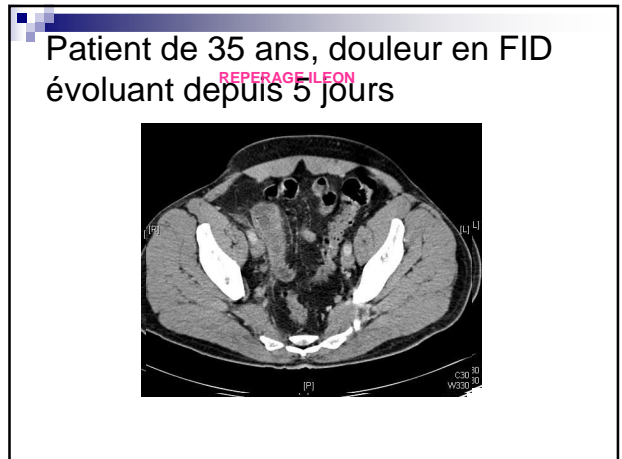
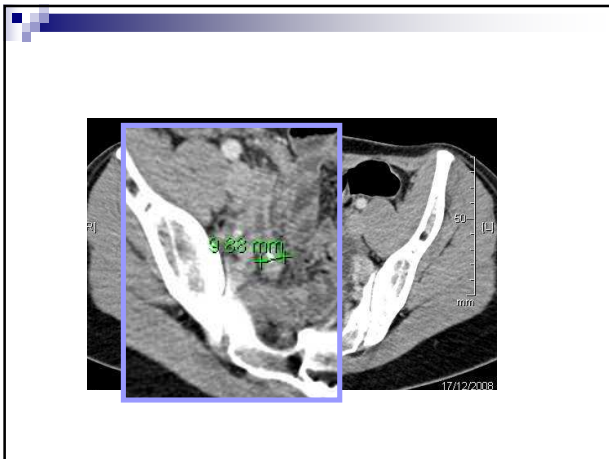
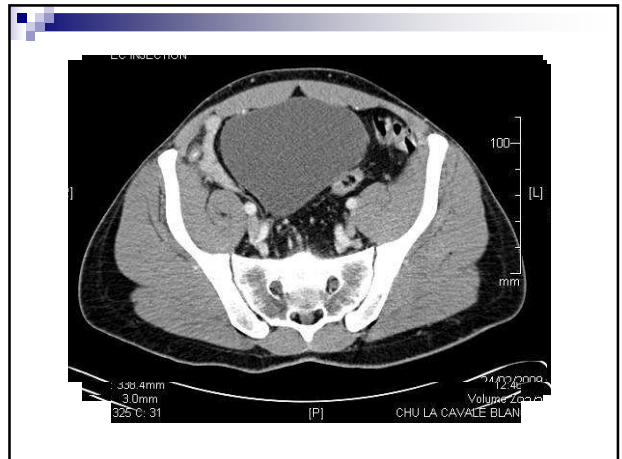
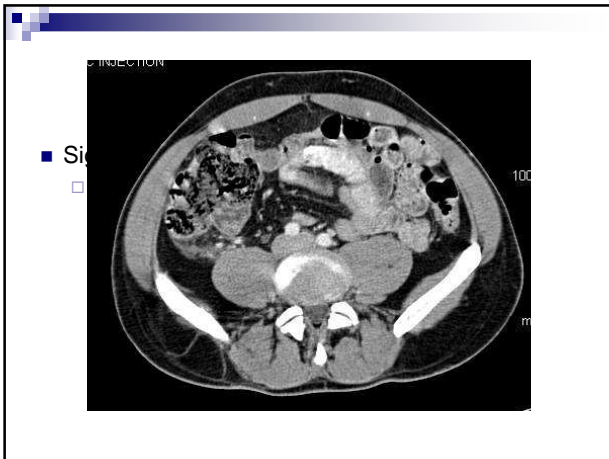


Tableau de colique néphrétique droite, hyperleucocytose, pas de fièvre

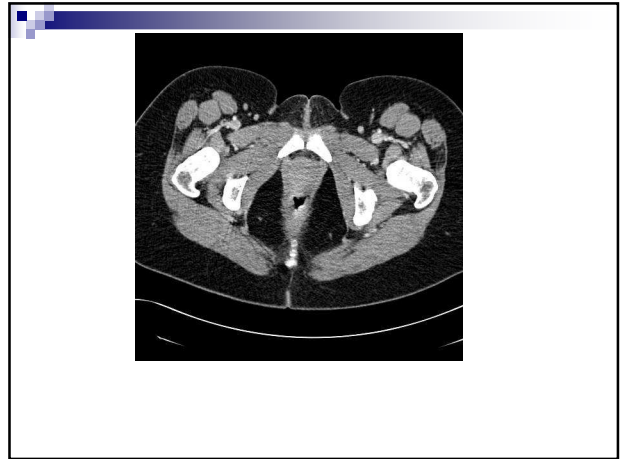
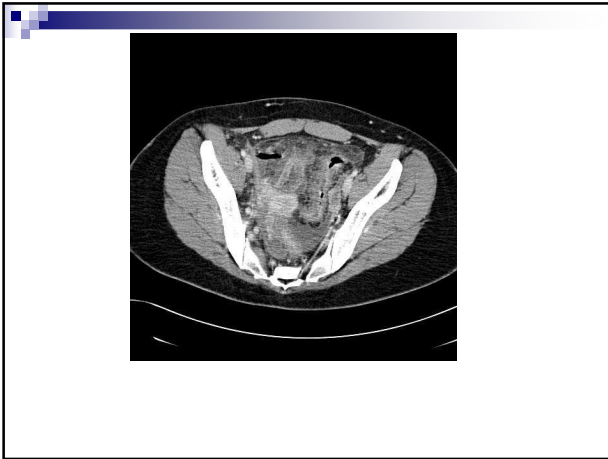
Repérage dernière anse



## Cas Clinique n°2

- Jeune femme de 21 ans qui présente des douleurs abdominales évoluant depuis 4 jours. Amenée de son domicile par le SAMU. Etat de choc septique.
- Examen clinique : contracture abdominale





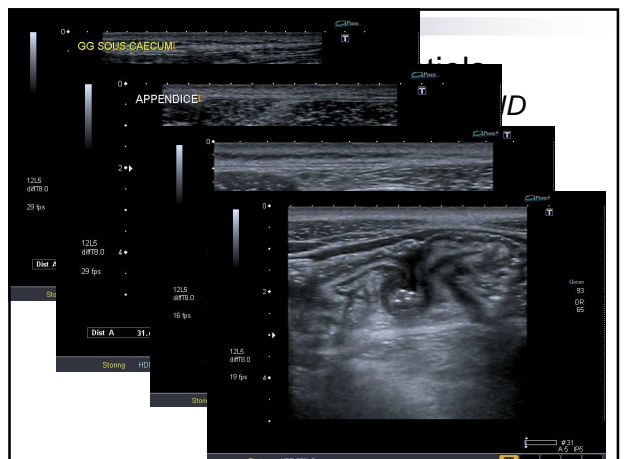
■ Quel est votre diagnostic ?

**Péritonite sur appendicite perforée**



Complications :

- Abscess
- Péritonite
- Recherche signes de perforation :
  - Pneumopéritoine
  - Stercolithe extra-appendiculaire





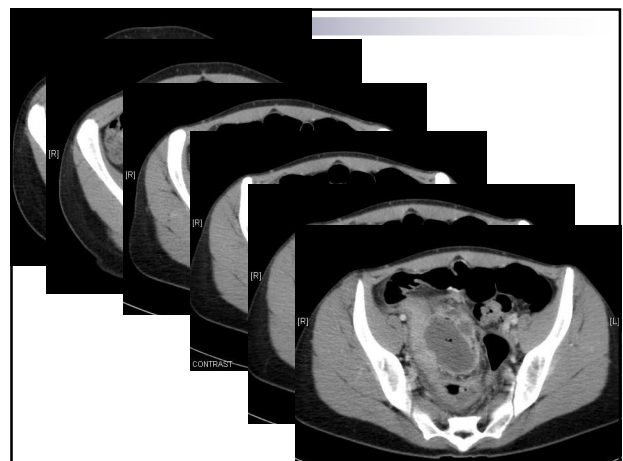
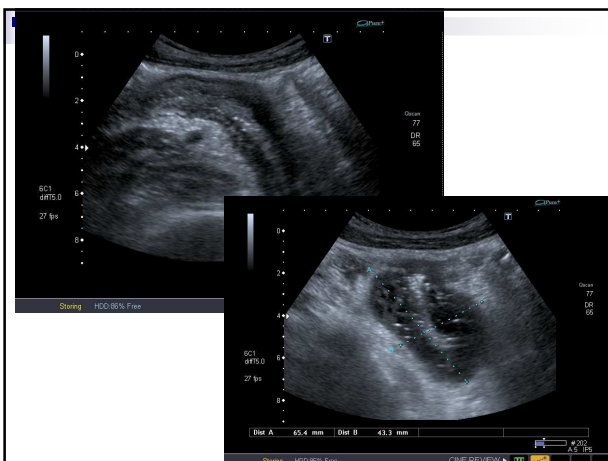
■ Diagnostic → traitement médical

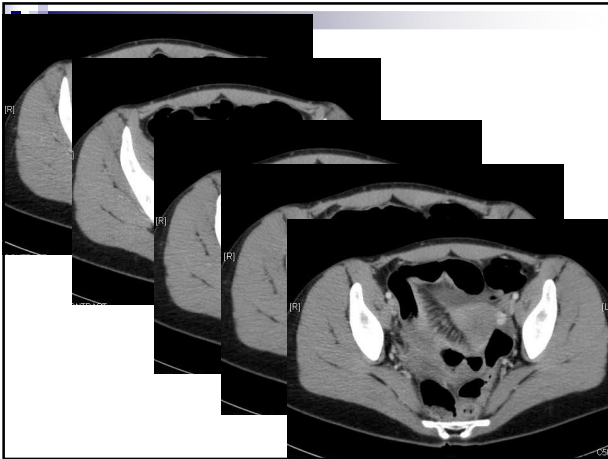
**FID : Diagnostics différentiels**

- Colite ischémique (sujet âgé, facteur de risque vascu), sémiologie non spécifique
- Maladie de Crohn : souvent révélé chez le sujet jeune par un tableau pseudo-appendiculaire

Maladie de Crohn doit être évoqué devant :

- Épaississement circonférentiel symétrique et segmentaire de l'iléon terminal
- Parfois images d'ulcérations transmuraux
- Sclérolipomatose de la graisse
- Abcès phlegmons et fistules





## FID : Diagnostics différentiels

- Colite ischémique (sujet âgé, facteur de risque vascu), sémiologie non spécifique
- Maladie de Crohn : souvent révélé chez le sujet jeune par un tableau pseudo-appendiculaire
- Adénolymphite mésentérique
- Infarctus du grand épiploon
- Appendicite épiploïque (plus fréquent à G)

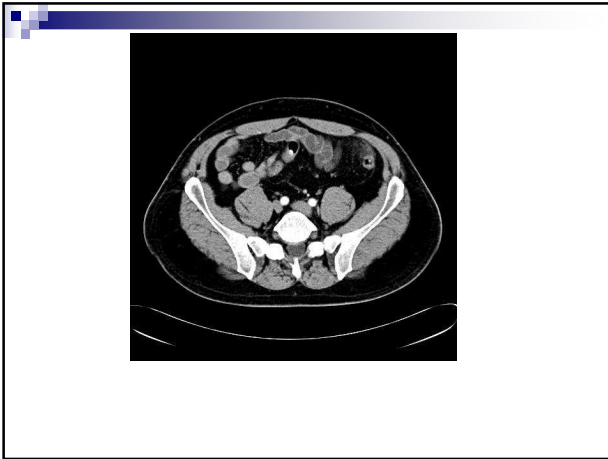
## Douleurs en FIG

## Cas clinique n°3

- Patient de 46 ans qui se présente aux urgences devant une douleur violente de la FIG.
- A l'admission :
  - Absence de fièvre, sudation
  - Défense en FIG
  - Pas d'antécédent particulier
  - Syndrome inflammatoire discret, pas d'hyperleucocytose

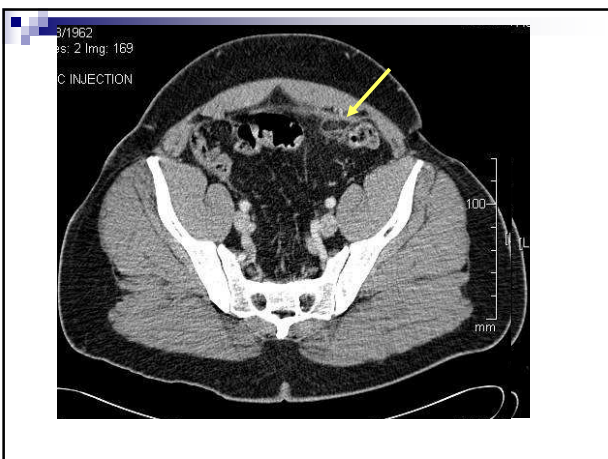






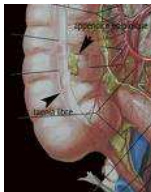
■ Quel est votre diagnostic ?

**Appendicite épiploïque ou appendagite**



■ Definition :

■ Torsion avec inflammation d'un appendice graisseux épiploïque (correspond à une nécrose sous séreuse)

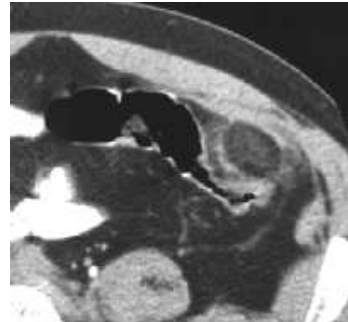
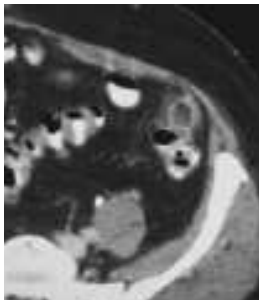

 An anatomical diagram showing the appendix and an epiploic appendix (epiploic appendix) attached to the cecum. The diagram illustrates the location of the epiploic appendix and its relationship to the main appendix.

■ Echographie :

- Masse hyperéchogène ovoïde au contact du colon à paroi non épaissie, non compressible, souvent délimitée par un liseré hypoéchogène
- Douleuruse
- Sans hyperhémie en doppler

■ TDM

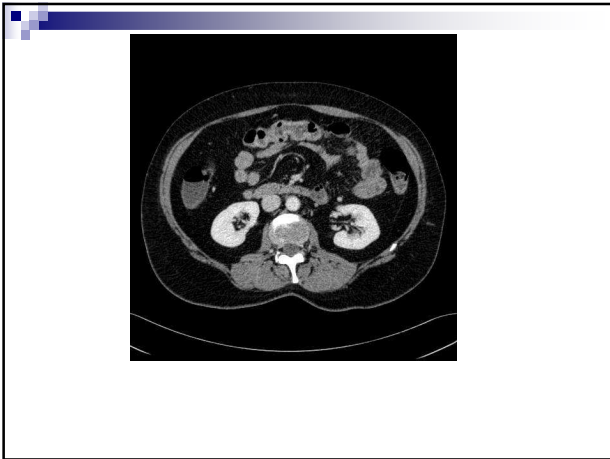
- Lésion graisseuse ovulaire en « navette » péricolique avec prise de contraste et épaississement du péritoine pariétal en regard
- 1-4 cm



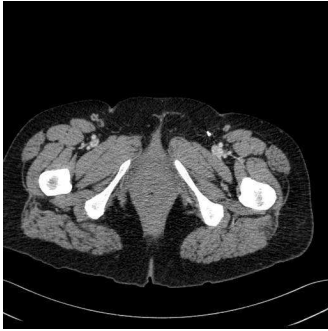
- Abstention thérapeutique !!
- L'infarctus du grand épiploon donne des signes cliniques et radiologiques analogues plus fréquent à droite, avec une lésion souvent de plus grande taille

Cas clinique n°4

- Patiente de 54 ans
- Douleur médiopelvienne et en FIG depuis 12H avec défense fièvre et hyperleucocytose







■ Votre diagnostic :

Diverticulite sigmoïdienne

■ Premier diagnostic à évoquer chez l'adulte de plus de 50 ans



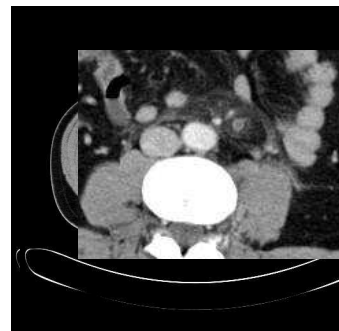
Diverticulite sigmoïdienne /sigmoïdite diverticulaire

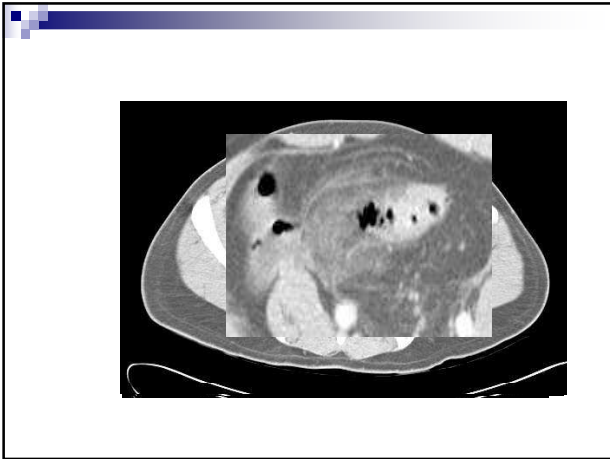
■ Protocole :

- L'examen doit toujours être injecté (abcès pyléphlébite)
- Opacification colique discuté
- Lecture sur console avec fenêtrage adapté+++ , aide reformatages

■ Sémiologie TDM

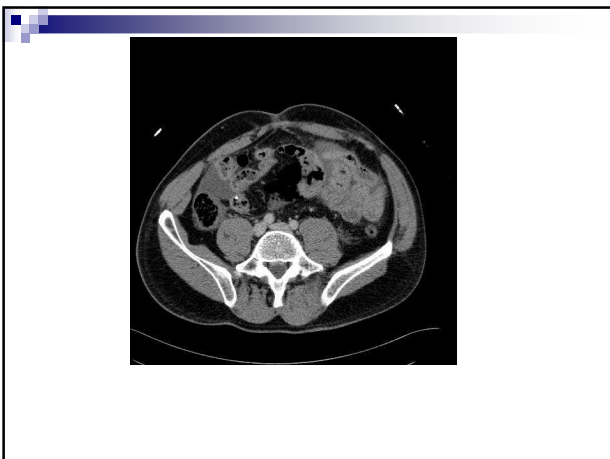
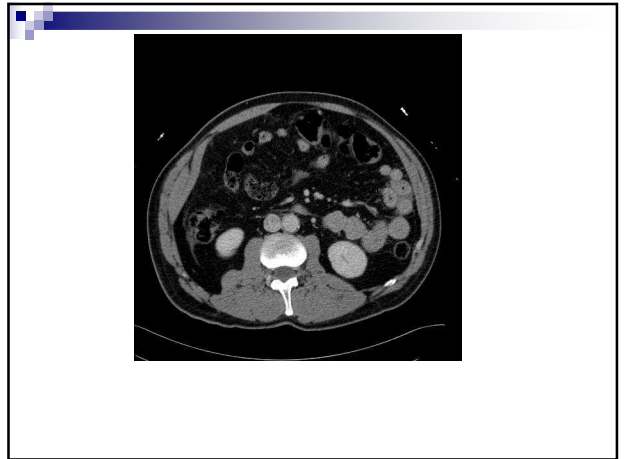
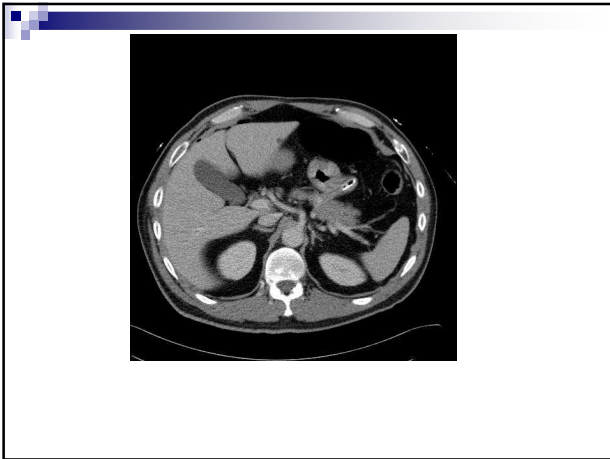
- Diverticulite non compliquée
  - Signes pariétaux coliques (épaississement, diverticules)
  - Anomalie de la graisse
- Signes de complication
  - Petite bulles de gaz dans le mésocolon sigmoïde
  - Abscès dans le mésocolon ou à distance
  - péritonite

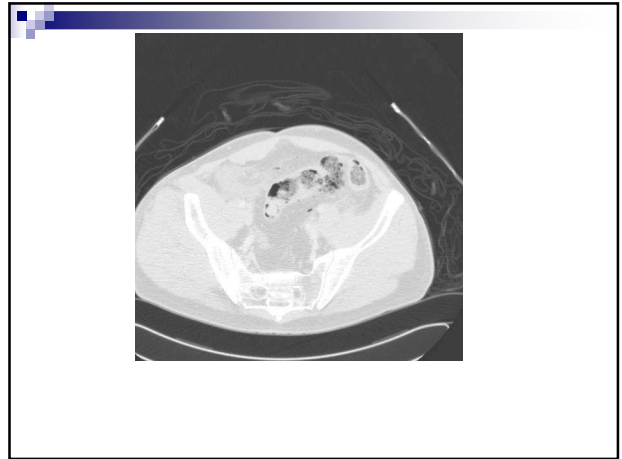




### Cas clinique n°5

- Patient de 50 ans
- Défense en FIG, fièvre hyperleucocytose

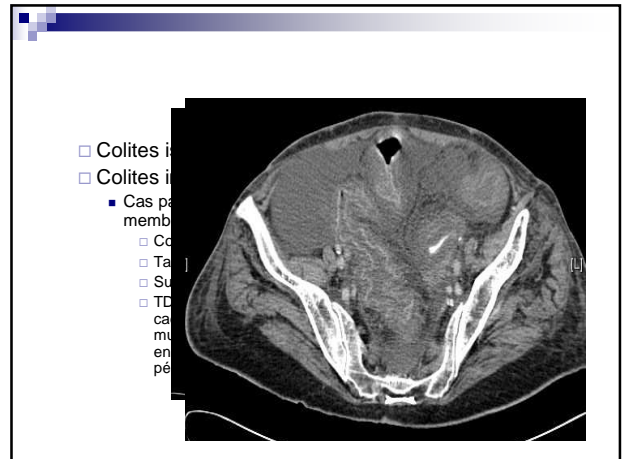




- TDM = Examen de référence chez les patients suspects de diverticulite
  - Doit être réalisé chez tous patients suspects à chaque épisode, dans les 24H suivant l'admission du patient hospitalisé ou dans les 72H suivant la suspicion diagnostique et le ttt débuté
  - Pas d'écho sauf chez la femme jeune

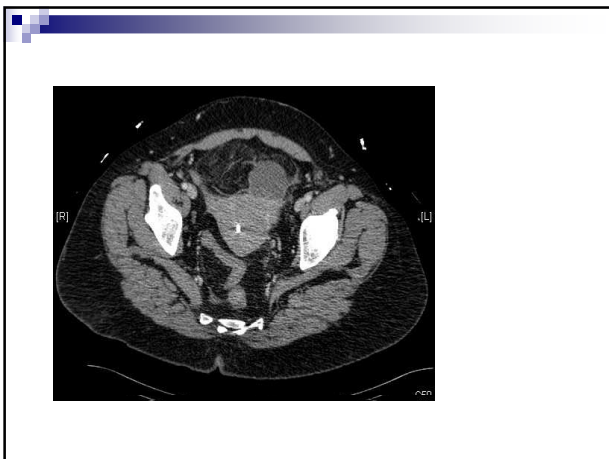
- ### Diagnostics différentiels
- Les colites sans diverticulite
    - Ischémiques
    - Infectieuses
    - Inflammatoires

- Colites ischémiques (terrain+++)



- Colites ischémiques (terrain+++)
- Colites infectieuses
  - Cas particulier de la colite pseudo-membraneuse
- Cancer du sigmoïde
- Colites inflammatoires idiopathiques (RCUH, maladie de Crohn)
  - Recherche de signes péricoliques (sclérolipomatose infiltrée, fistule abcès ou phlegmon)

- Douleur d'origine urinaire
- Douleurs d'origine gynécologique (écho+++)
- GEU
- Infections utéro-annexielles (TDM utile au stade d'abcès tubo ovarien)
- Torsion ovaire
- Hémorragie ou rupture de kyste ovarien



DOULEURS HYPOCHONDRE DROIT

## Cas clinique n°6

- **Patiente de 52 ans consulte pour des douleurs abdominales violentes de l'hypochondre droit évoluant depuis 12 heures.**
- Quels sont les éléments cliniques et biologiques importants que vous devez connaître avant la réalisation de l'examen ?
- Quel(s) examens réalisez vous ?

### ■ Ce qui nous intéresse :

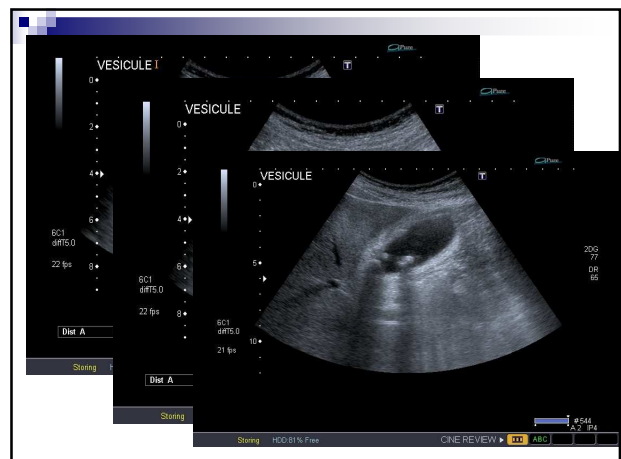
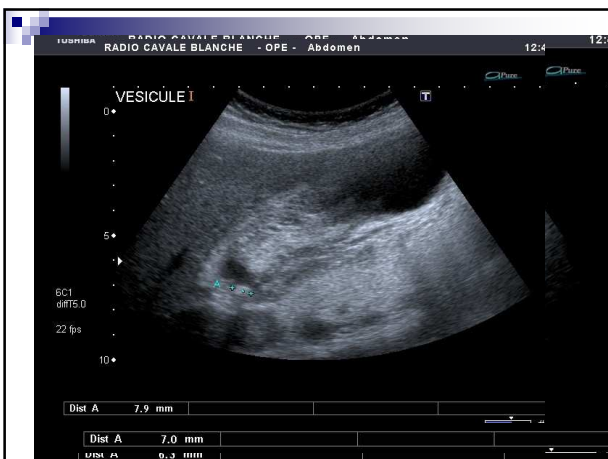
- Examen clinique : fièvre, défense, signe de Murphy, antécédents chirurgicaux
- Bilan biologique : bilan hépatique (cholestase ictérique ?) syndrome inflammatoire

### ■ ASP

Pas d'intérêt ne devrait plus être réalisé (calculs radio opaques dans 10 à 30 % des cas)

### ■ Indication d'échographie abdominale +++ (Même chez les sujets obèses peut être payant)

- Ce que l'on recherche : cholécystite aigue
  - Lithiase (calculs), calcul enclavé dans le collet
  - Distension vésiculaire avec difficulté de dépression
  - Épaississement de la paroi vésiculaire (>4 mm) aspect feuilleté mais ! non spécifique
  - Signe de Murphy échographique +++
  - Infiltration de la graisse
  - Signe de complications : dilatation de la VBP, lithiase cholédocienne, épanchement intra.



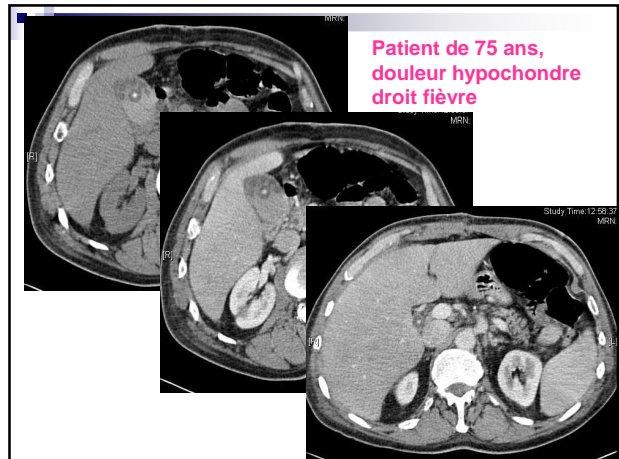
- TDM

peut aussi faire le diagnostic (distension, épaissement, infiltration graisse péri vésiculaire, +/- épanchement) moins sensible pour étude paroi

Possible hyper réhaussement hépatique au contact de la vésicule

Toujours seconde intention

Indiqué dans les formes graves pour chercher abcès hépatique ou autre diagnostic



- Cholécystite aigue gangreneuse

- Distension vésiculaire
- Déficit segmentaire de réhaussement de la paroi (nécrose ischémique)
- Membranes intra lumenales
- Collections (abcès) périvésiculaires
- Peuvent être acalculueuses



Clichés du Professeur Régent D. CHU Nancy

- Cholécystite emphysemateuse

- Contexte clinique différent
- Distension vésiculaire
- Production de gaz par les bactéries
- Terrain diabétique +++
- Souvent pas de calcul visible
- Risque d'évolution vers la gangrène



Clichés du Professeur Régent D. CHU Nancy

## Attention à certains pièges

- Epaissement vésiculaires d'autre origine :

- Insuffisance cardiaque
- Hépatite virale au stade pré-ictérique
- Ascite, HTP

Mais vésicule non distendue

- Cas particulier de la cholécystite alithiasique

- Contexte d'immunodépression ou au cours d'un séjour en réa (50%)
- Secondaire à un infarctus vésiculaire
- Echo : Vésic distendue paroi épaissie feuilletée, contenu liquidien épais mais alithiasique, murphy écho+++
- TDM : idem

■ **Délais de réalisation** (guide des demandes d'examens  
d'imagerie en urgence du CHU de Brest, déc 2006)

- **Echo :**
  - 24H (colique hépatique simple)
  - 6H (si signes infectieux ou perturbation du bilan hépatique)
- **TDM :** 6H si exploration incomplète en échographie

Merci