

Imagerie des Urgences  
Abdominales  
non Traumatiques de l'adulte

# PERITONITE

# Péritonites

- Inflammation aiguë du péritoine:
  - Quelqu'en soit la cause
  - Le plus souvent: perforation d'organe creux ou diffusion d'un abcès
- Gravité (+++)
  - Risque de complications septiques graves
- Causes diverses:
  - Appendicite, perforation d'ulcère, diverticulite
  - Postopératoire (fistule anastomotique)
  - Traumatique, pancréatite aiguë, etc...

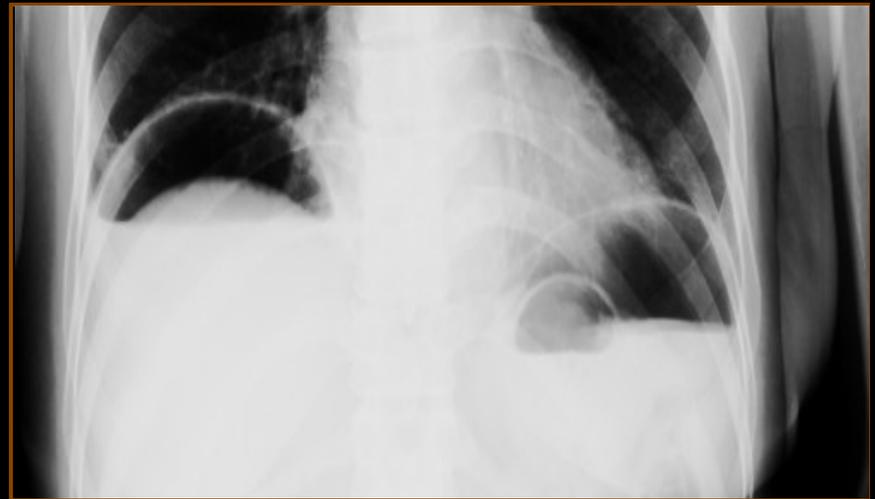
# Moyens d'imagerie

- ASP  recherche de pneumopéritoine
- Scanner abdominal  à la recherche d'une collection intra abdominale et /ou un pneumopéritoine à condition de ne pas retarder l'acte chirurgical en urgence

# Cliché d'Abdomen sans préparation (ASP)

Technique:

Cliché de face, debout, couché et de face centré sur les coupoles



Pneumopéritoine

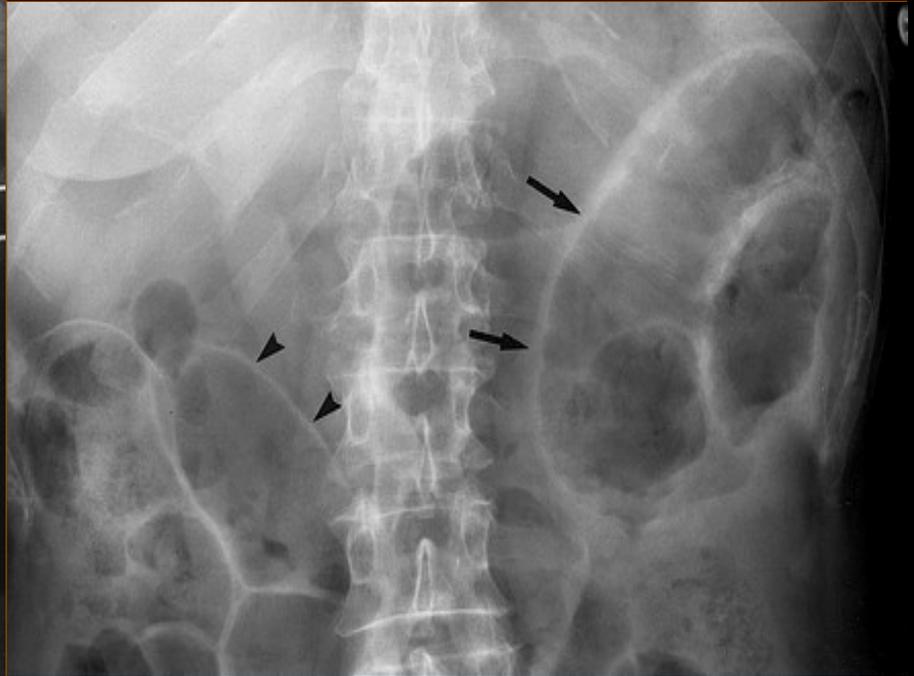


Pneumopéritoine

ASP couché (air péritonéal de faible quantité)  
dans cette situation: Le scanner abdominal est très utile



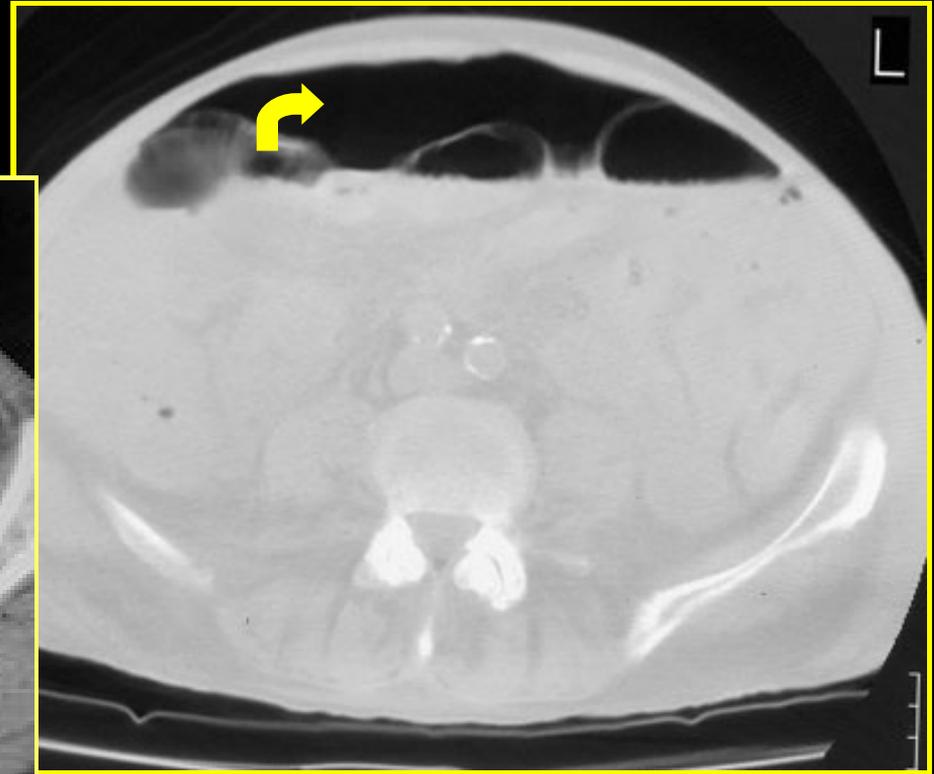
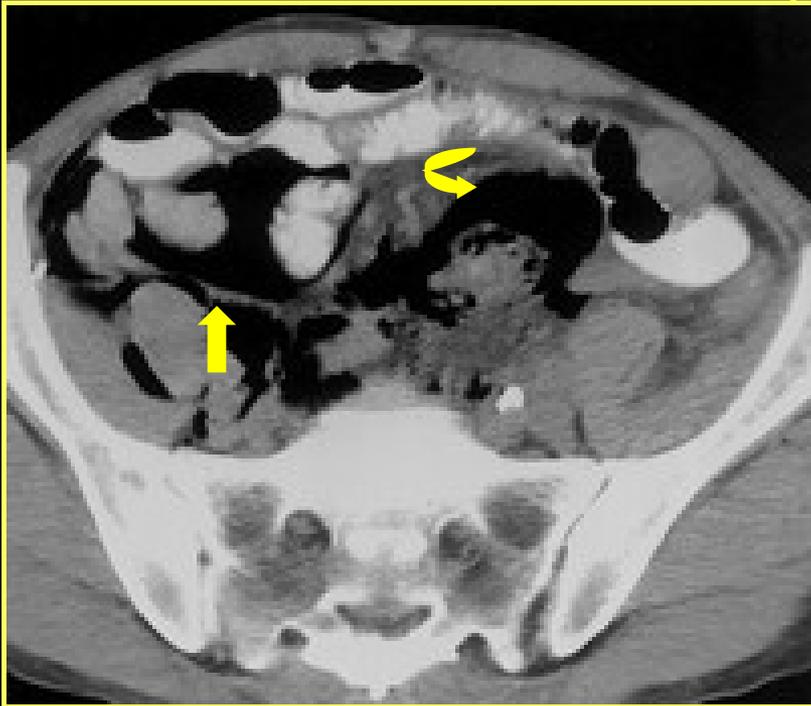
Pneumopéritoine le long de la fossette du lgt rond



Pneumopéritoine en situation  
inter anse

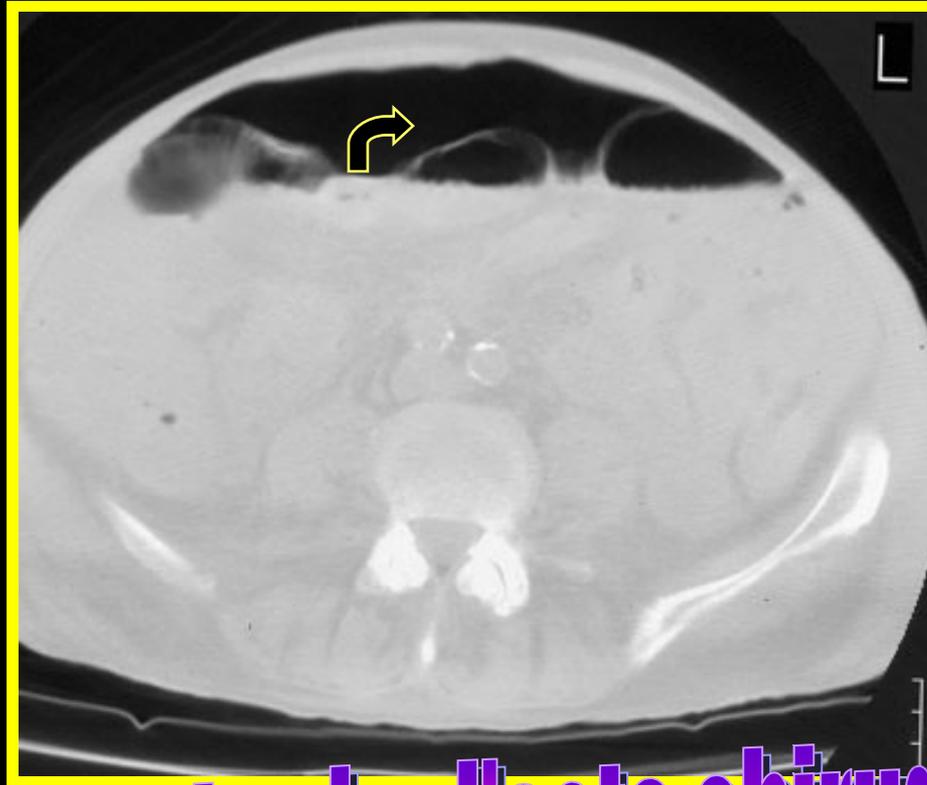
# Scanner abdominal

Utile si ASP non contributif



Pneumopéritoine

# Scanner Pneumopéritoine



ne doit pas retarder l'acte chirurgical en urgence

# Infarctus mésentérique transmural

- Pneumopéritoine, Pneumatose intestinale
- aéroportie



# APPENDICITE

# Appendicite aiguë

- Affection chirurgicale très fréquente:
  - 150 000 appendicectomies par an en France
  - Surtout chez l'enfant:
    - Mais aussi chez l'adulte et le sujet âgé
  - Difficulté d'obtenir une certitude diagnostique:
    - Pas de parallélisme anatomo-clinique (++++)
    - Rôle du scanner (++++)
  - Très nombreux diagnostics différentiels
- Traitement chirurgical

# Appendicite aiguë

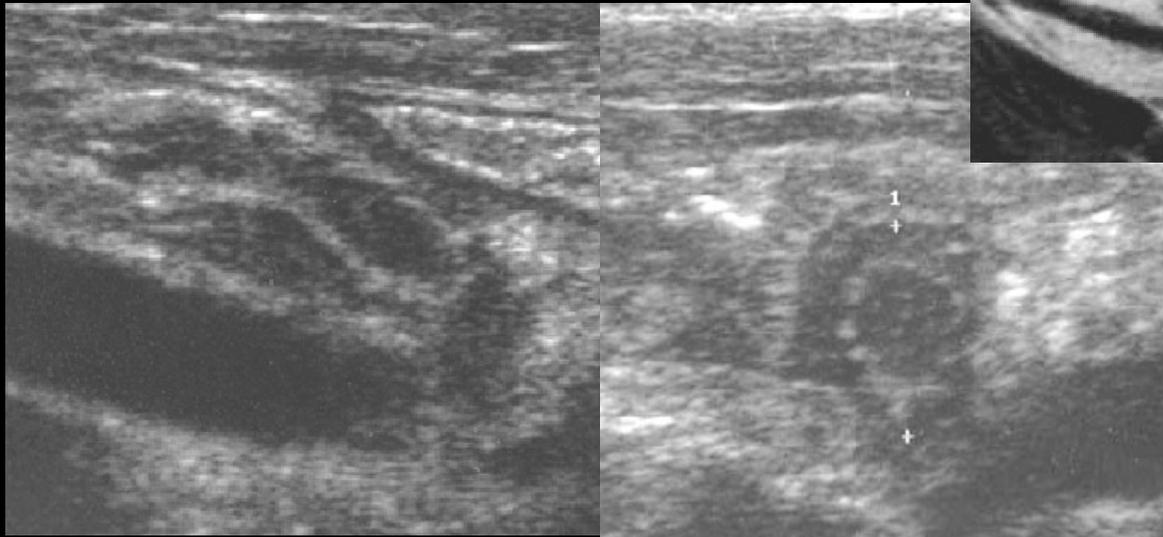
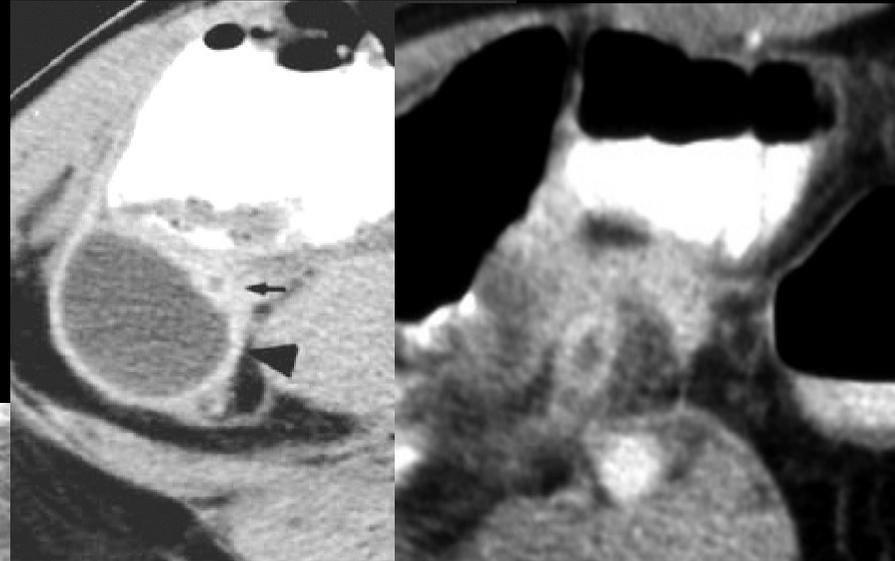
- Physiopathologie:
  - Obstruction de la lumière appendiculaire:
    - Hyperplasie lymphoïde
    - Stercolithe
  - Différents stades:
    - Appendicite catarrhale (oedème, congestion, ulcérations muqueuses)
    - Appendicite phlegmoneuse (turgescence, fausses membranes, pus dans la lumière)
    - Appendicite gangréneuse (nécrose, risque de perforation)

# ASP

- Intérêt limité
- Stercolithe rarement visualisé < 15%
- Signes indirects peu spécifiques
  - Anse sentinelle
  - Syndrome occlusif

# Appendicite aiguë simple

- Tomodensitométrie et US  
le diagnostic positif



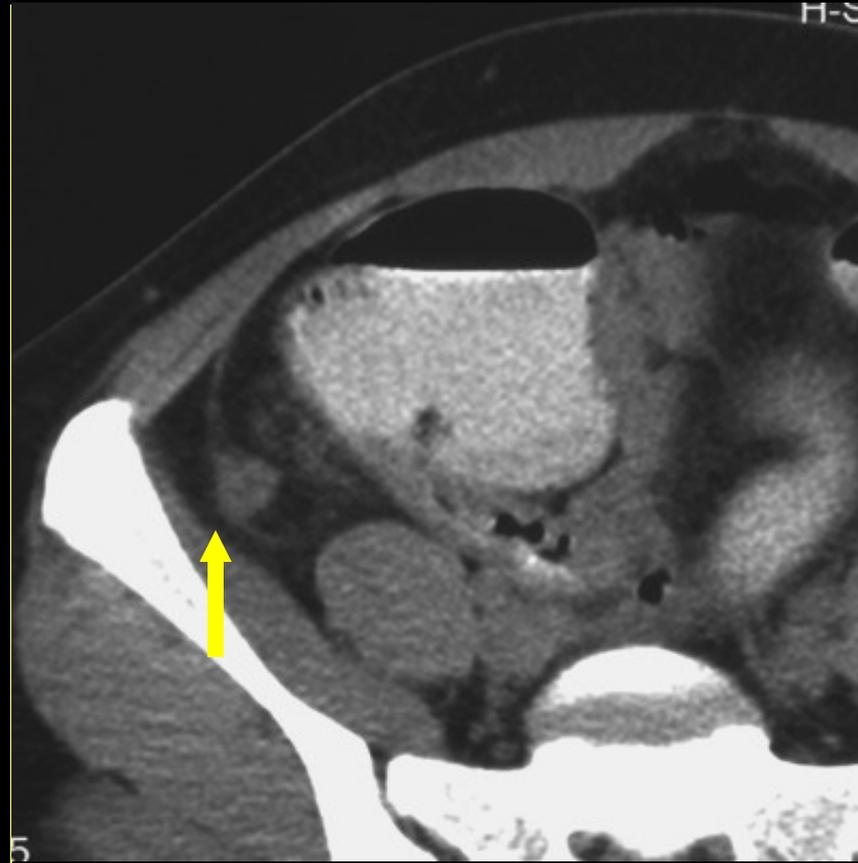
**US** a des possibilités diagnostiques plus limitées

## Signes TDM en faveur d'une appendicite aiguë de l'adulte

- Appendice augmenté de calibre  $> 6\text{mm}$
- Stercolithe
- Épaississement localisé de la paroi cæcale dans la zone d'implantation de l'appendice

**Signes indirects:** infiltration de graisse péri caeco-colo-appendiculaire, épaississement des fascia, adénopathies inflammatoires régionales

# Appendicite aigue chez l'adulte



# Complications

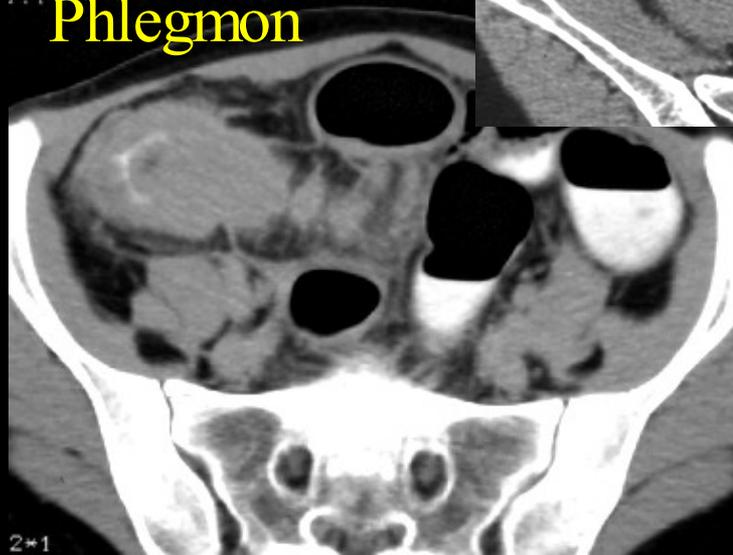
- Phlegmon
- Abscès
- Péritonite
- Occlusion
- pyéléphlébite

# Appendicite aiguë compliquée

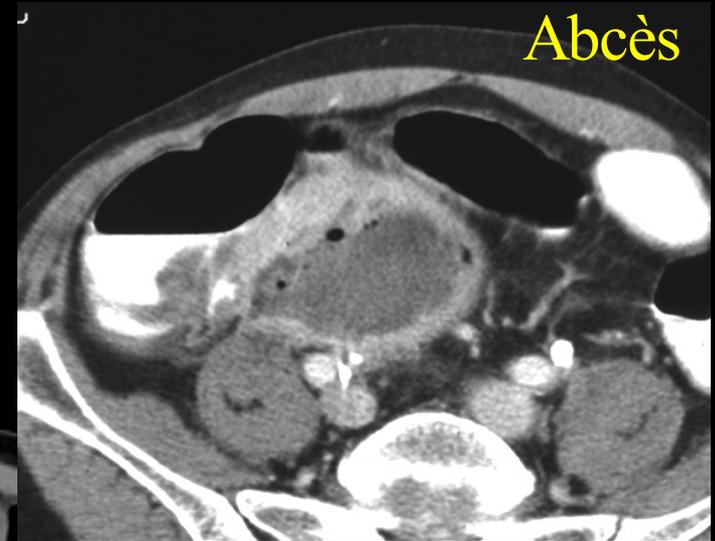
Péritonite localisée



Phlegmon



Abcès

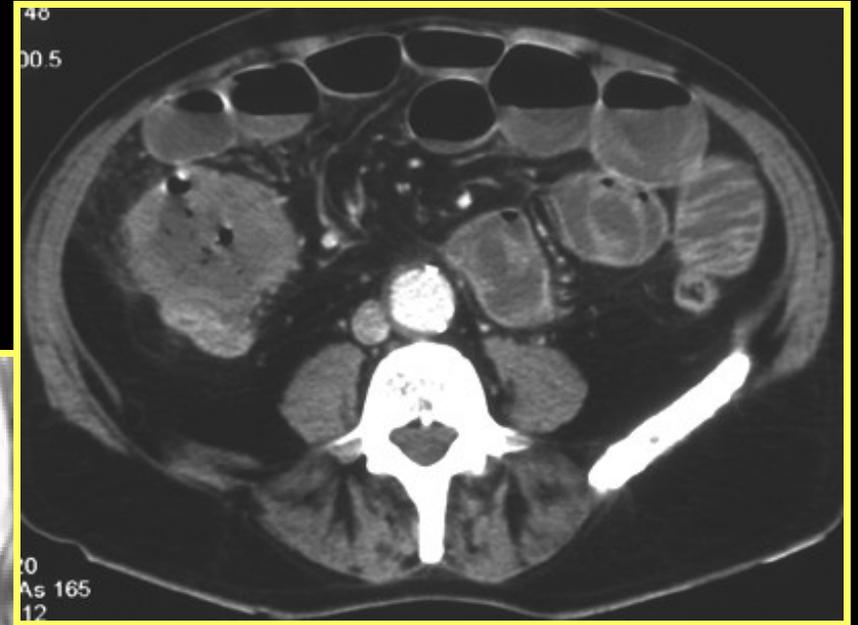
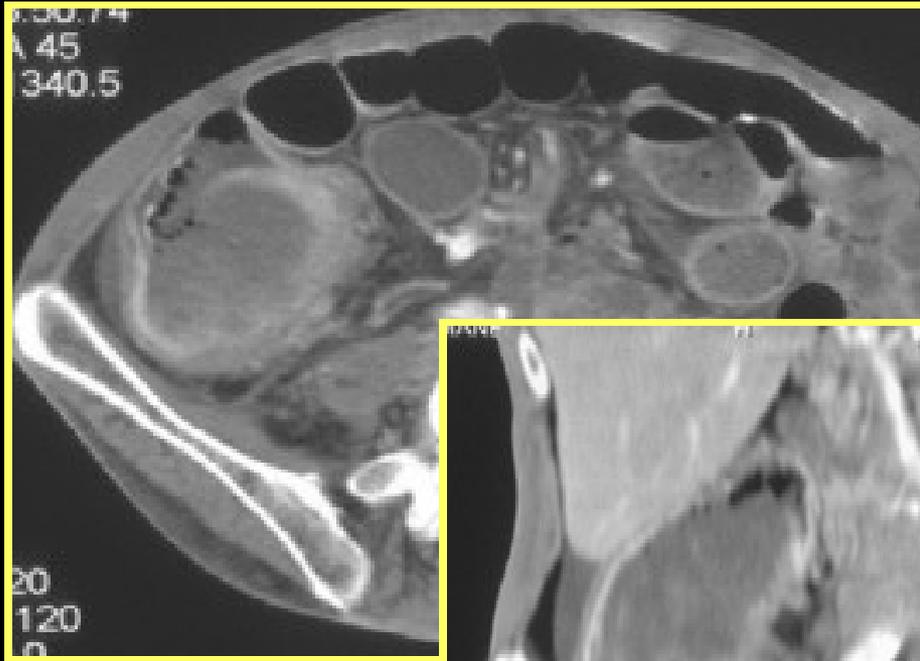


# Douleur fébrile de la FID

## Diagnostic différentiel

- . Adénolymphite mésentérique
- Infections utéro anexielles
- Iléite inflammatoire (Crohn)
- Iléo colite infectieuse
- Diverticulite cæcale
  
- Cancer du cæcum infecté

# Cancer du cæcum infecté



- **Diverticules coliques**

# Diverticulite sigmoïdienne

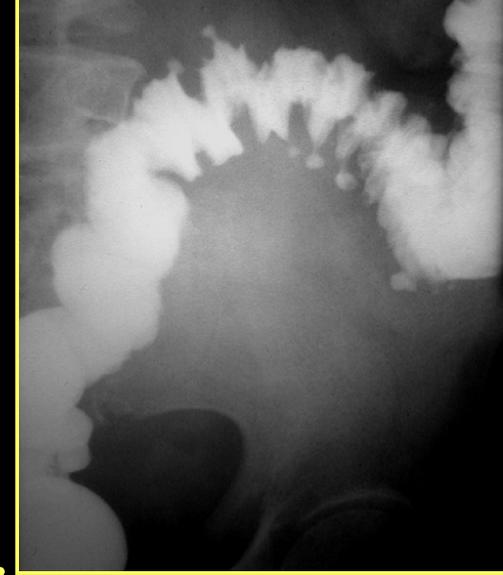
- La diverticulite sigmoïdienne:
  - Inflammation aiguë d'un ou plusieurs diverticules:
    - Rétention fécale au sein d'un diverticule
  - Physiopathologie:
    - Infection du diverticule
    - Puis perforation du diverticule:
      - Dans le méso: abcès péri-diverticulaire
      - Dans le péritoine: péritonite généralisée
      - Dans un organe de voisinage: fistule
        - » Vessie, vagin, grêle, peau

# Diverticulite sigmoïdienne

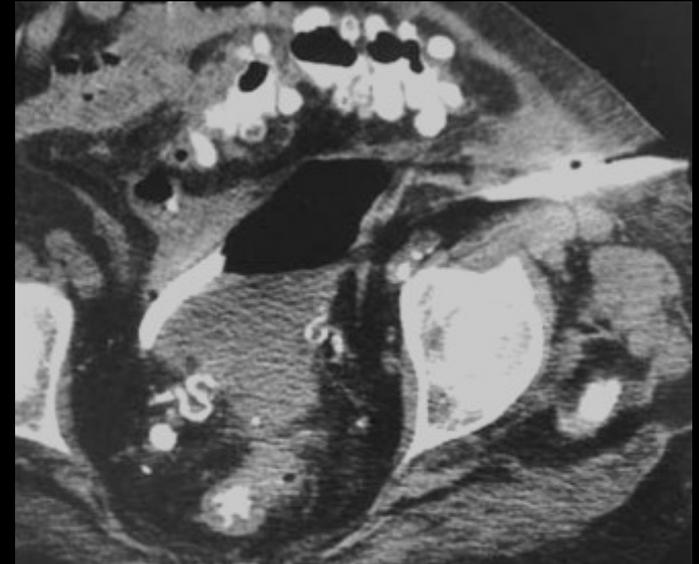
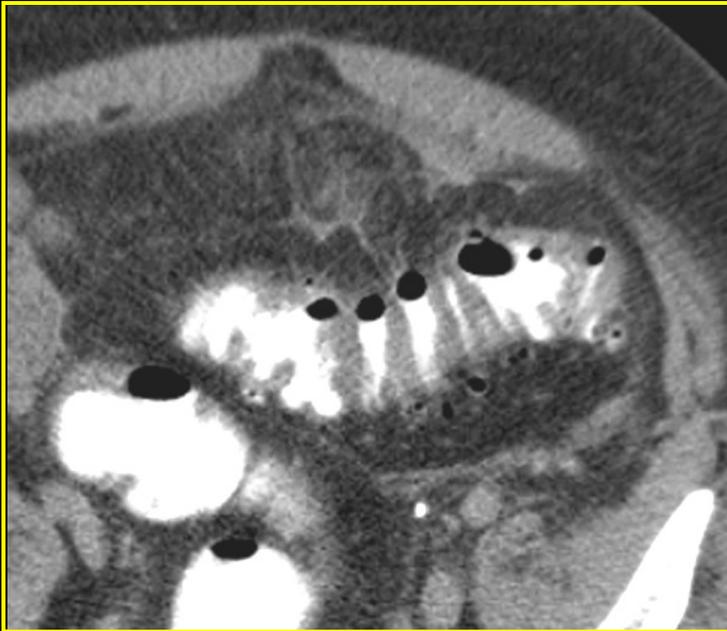
- Modes évolutifs:
  - Évolution par poussées inflammatoires (+++):
    - Risque imprévisible de forme compliquée d'emblée avec perforation
    - Justification de la sigmoïdectomie prophylactique (+++)
  - Sténose sigmoïdienne par sclérose post-inflammatoire
  - Hémorragie diverticulaire

# Moyens d'imagerie

- ASP → peu d'intérêt
- Lavement opaque → peu d'intérêt sauf « différenciation sigmoïdite pseudotumorale versus cancer du sigmoïde infecté »
- Echographie → intérêt limité
- TDM → examen de choix

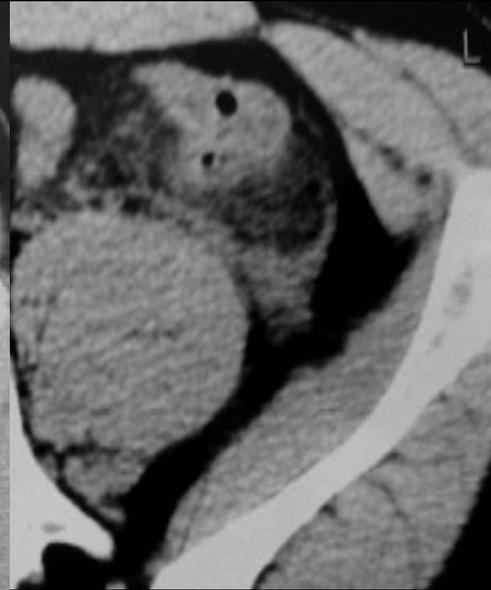
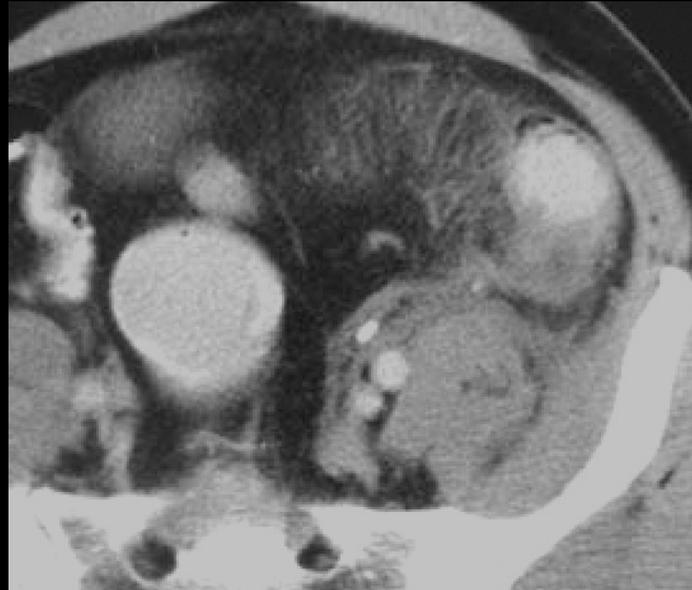


## Diverticulose colique et complications



# TDM Diverticulite sigmoïdienne signes péri diverticulaires +++

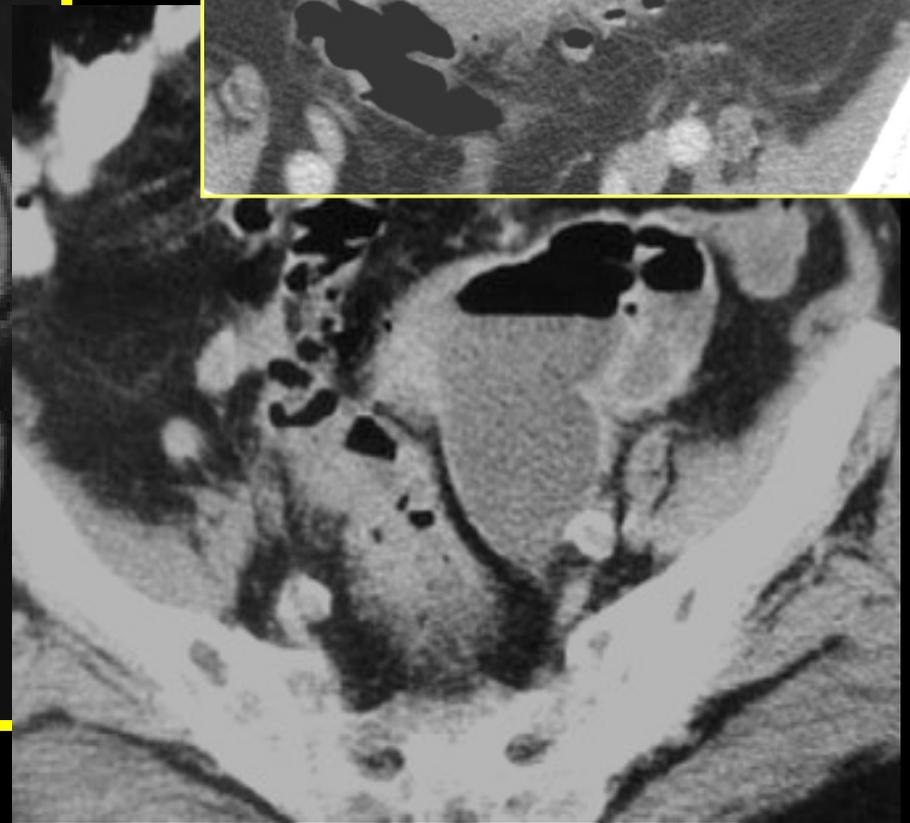
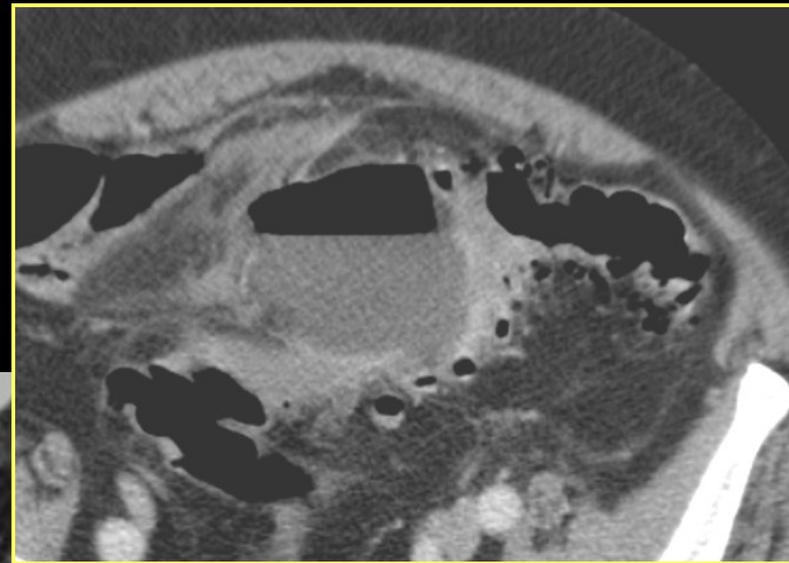
Infiltration de la graisse péri sigmoïdienne  
Congestion des vaisseaux mésosigmoïdiens



# complications

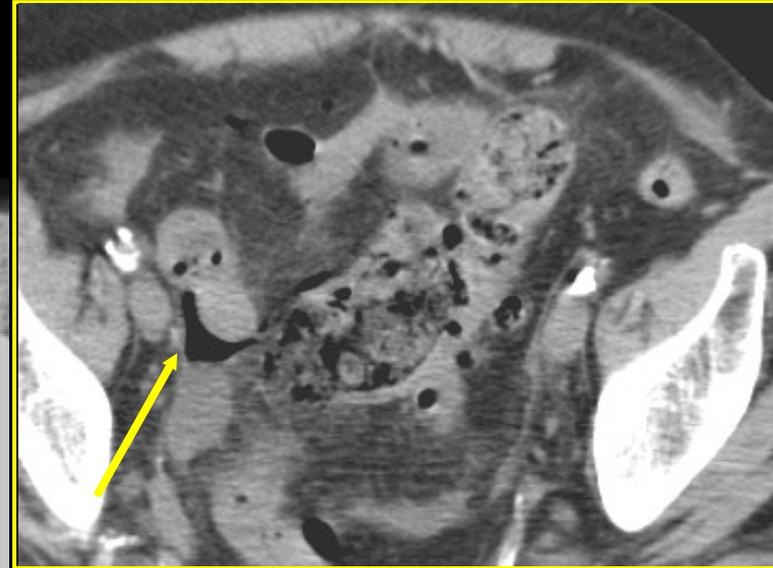


Phlegmon

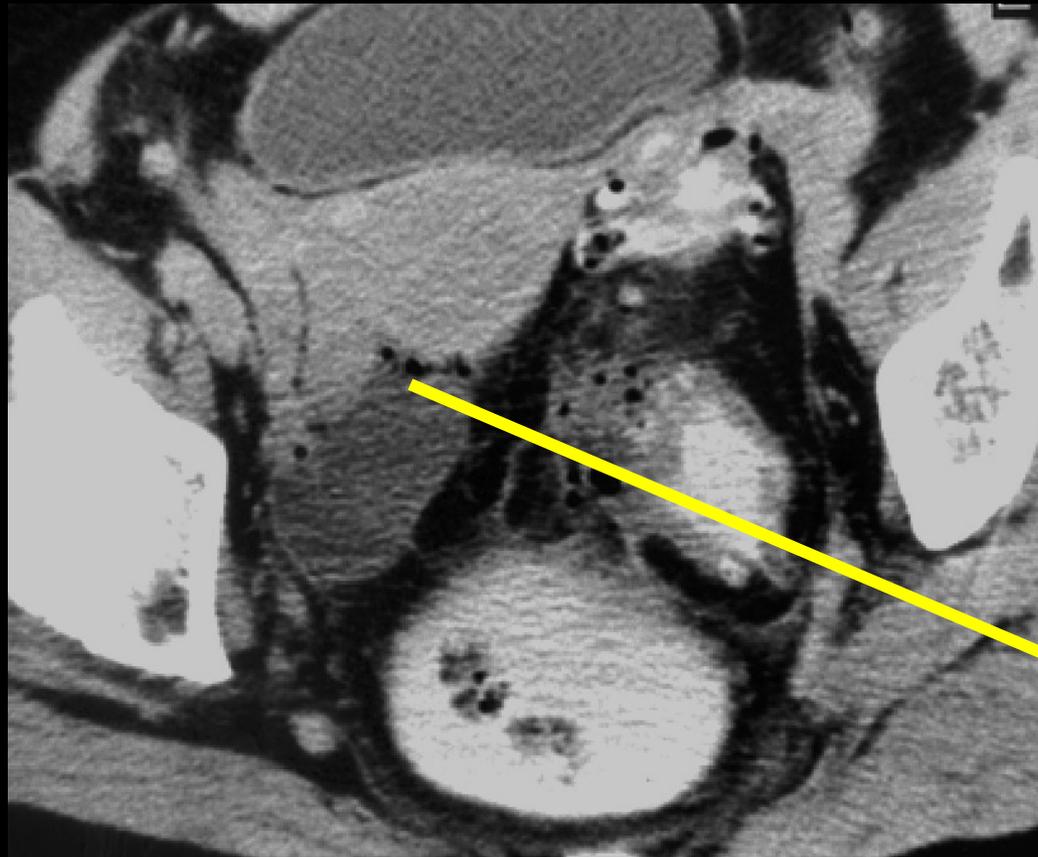


Abcès

# complications



péritonite

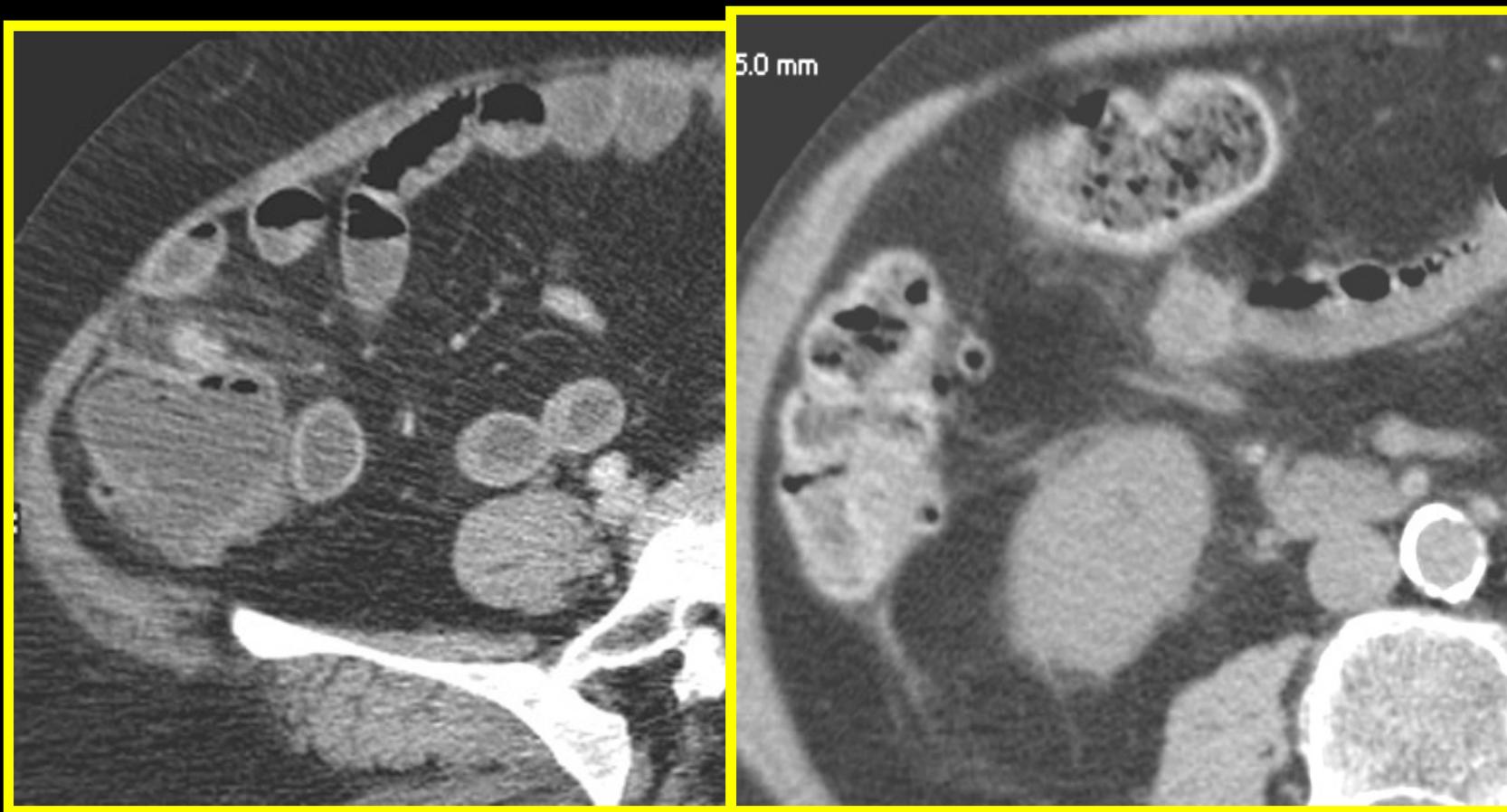


Bulles d'air

Drainage d'abcès »



# Diverticulite du côlon droit



# Douleur fébrile de la FIG

## Diagnostic différentiel

- Colite inflammatoire
- Colite ischémique
- Infections utéro annexielles
- Colite néphrétique

- **OCCLUSION DU GRELE**

# Introduction

- L'occlusion du grêle représente 10% des douleurs abdominales aiguës de l'adulte et 20% des admissions aux urgences chirurgicales
- Par rapport à l'ensemble des occlusions, le siège est grêlique dans 75% des cas
- La bride est la cause la plus fréquente

# Performances diagnostiques des différentes méthodes d'imagerie

»	Se (%)	Sp (%)
• ASP	77	50
• Echographie	83	100(?)
• TDM	94	100

# Diagnostic par l'imagerie: L'ASP

- Examen de première intention
- Inconvénient:
  - faible précision diagnostique

# A.S.P.

- 3 clichés classiques: face couché, face debout, thorax debout de face ---> anses dilatées, NHA, organique ou fonctionnel, complications?
- du diaphragme à la symphyse pubienne

## Syndrome sus lésionnel:

debout: NHA

plus large que haut  
siège central

couchés:

valvules conniventes

## Syndrome lésionnel:

visualisation de l'anse

## Syndrome sous lésionnel:

grêle plat

## Mécanismes:

obturation: obstacle visible

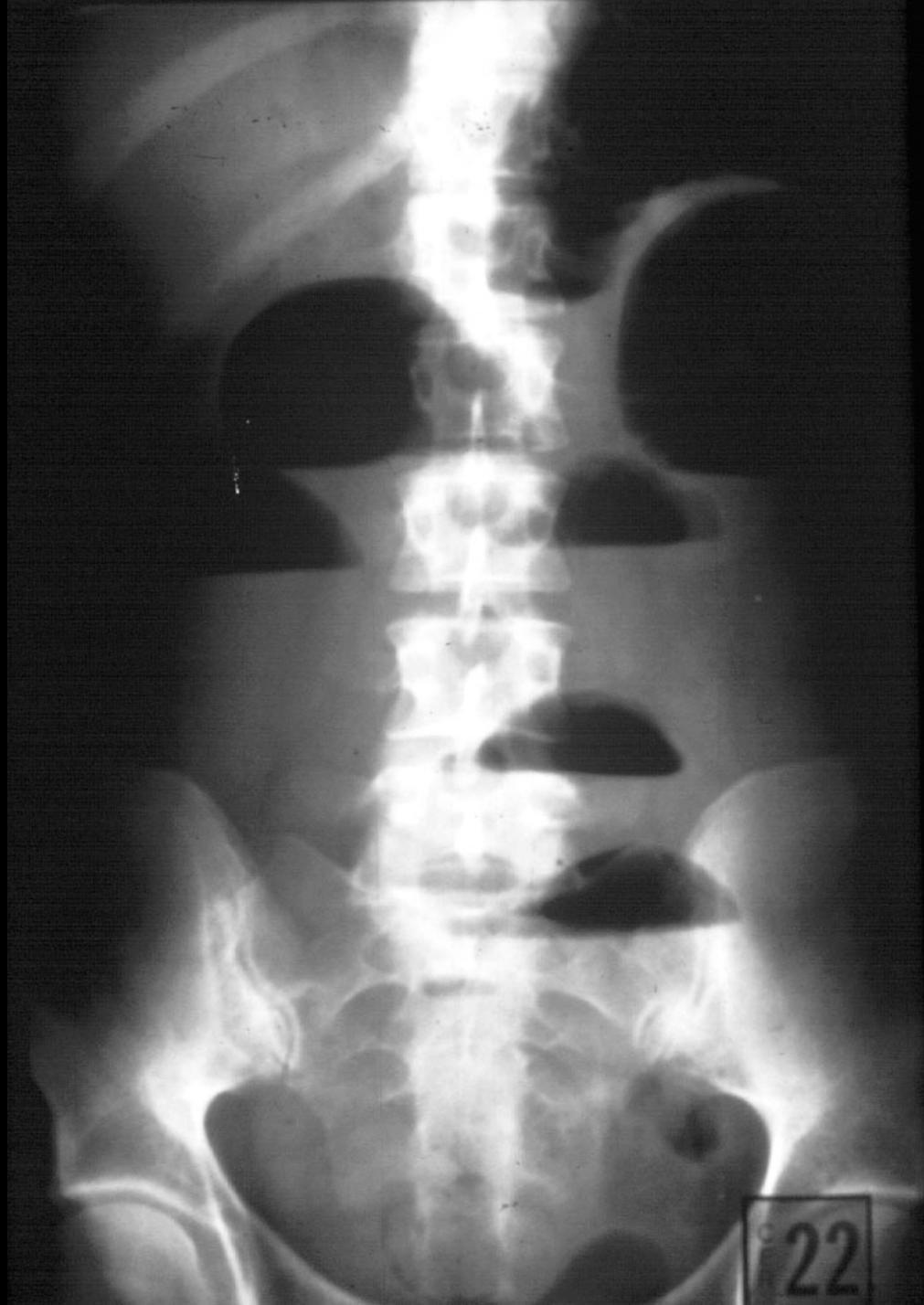
strangulation:convergence des anses

## Siège:

jonction grêle plat grêle dilaté

# ASP occlusion du grêle





# Diagnostic par l'imagerie: Le Scanner

## – Avantage

- **Exploration rapide et complète de la cavité abdomino-pelvienne (qq sec)**

## – Inconvénient

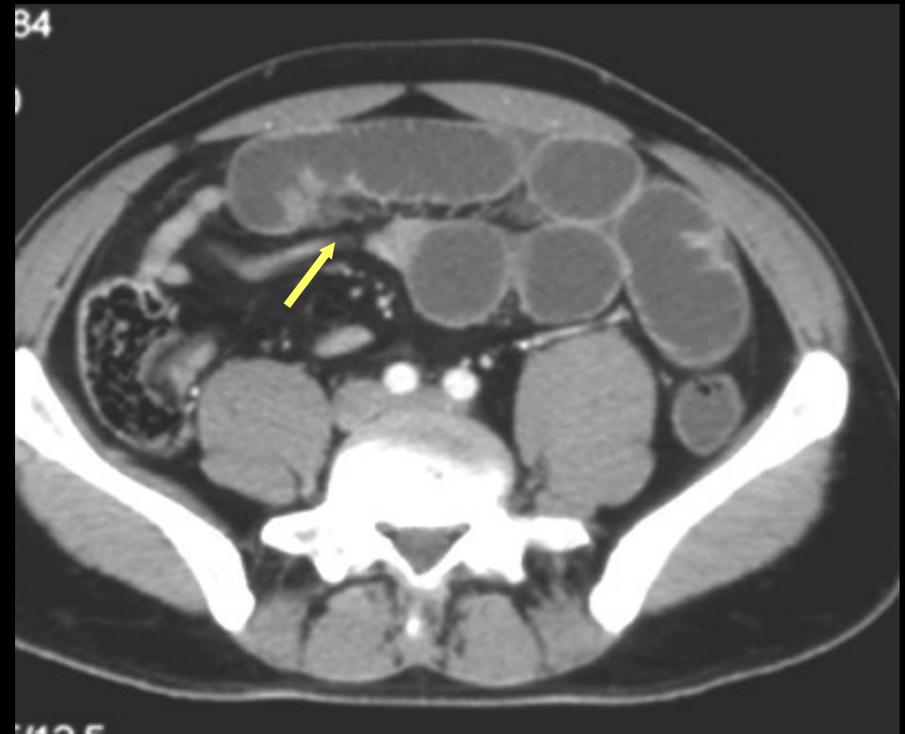
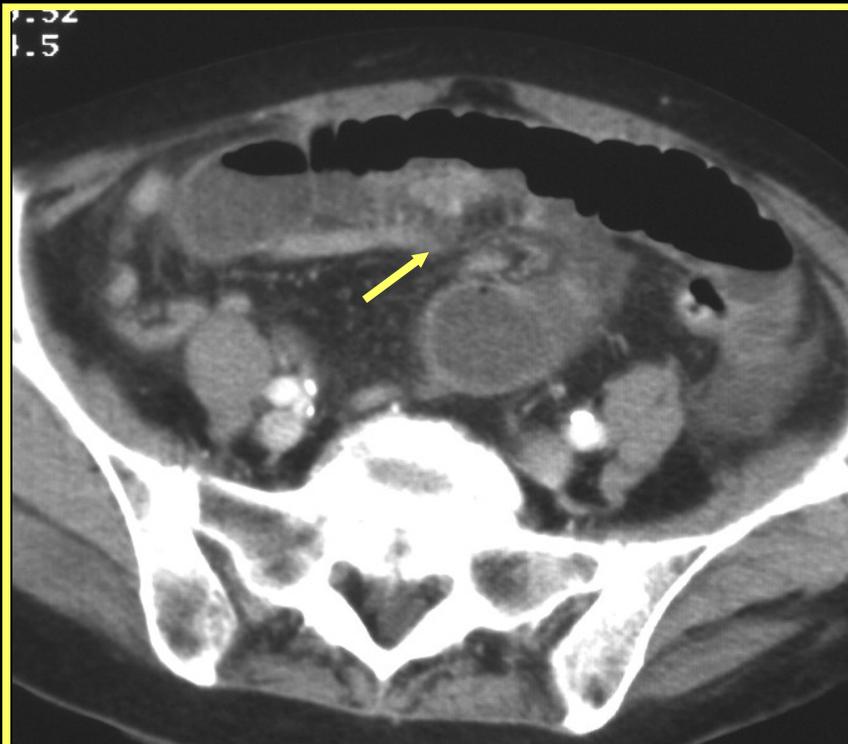
- **l'irradiation**
- **l'injection d'iode**

# Critères d'analyse TDM

- Occlusion mécanique ? Fonctionnelle ?
- Siège
- Mécanisme
- **Signes de gravité**
- Cause de l'obstacle

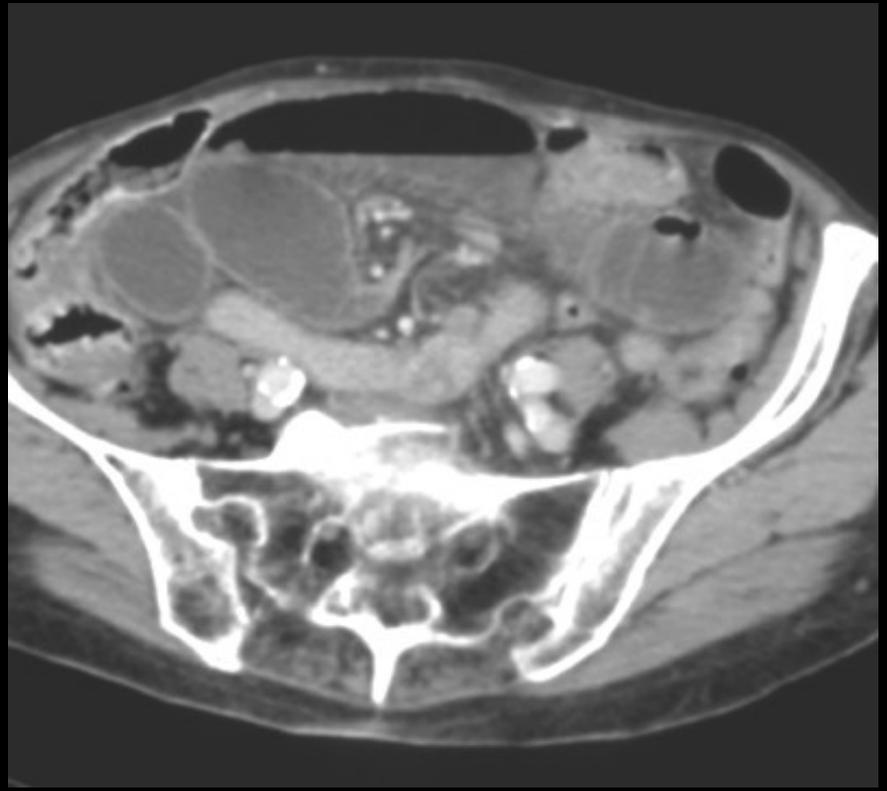
# Diagnostic d'occlusion mécanique du grêle

- Anses sus-lésionnelles dilatées
- Zone de transition
- Anses sous-lésionnelles collabées
- précision diagnostique: 70-95%



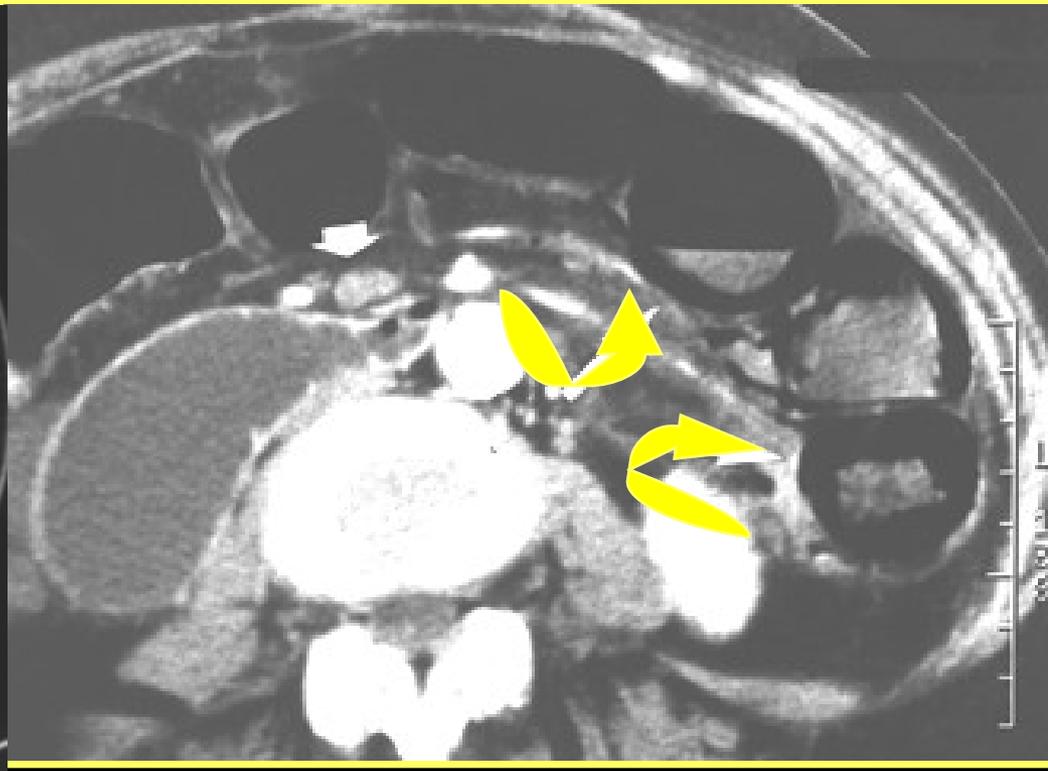
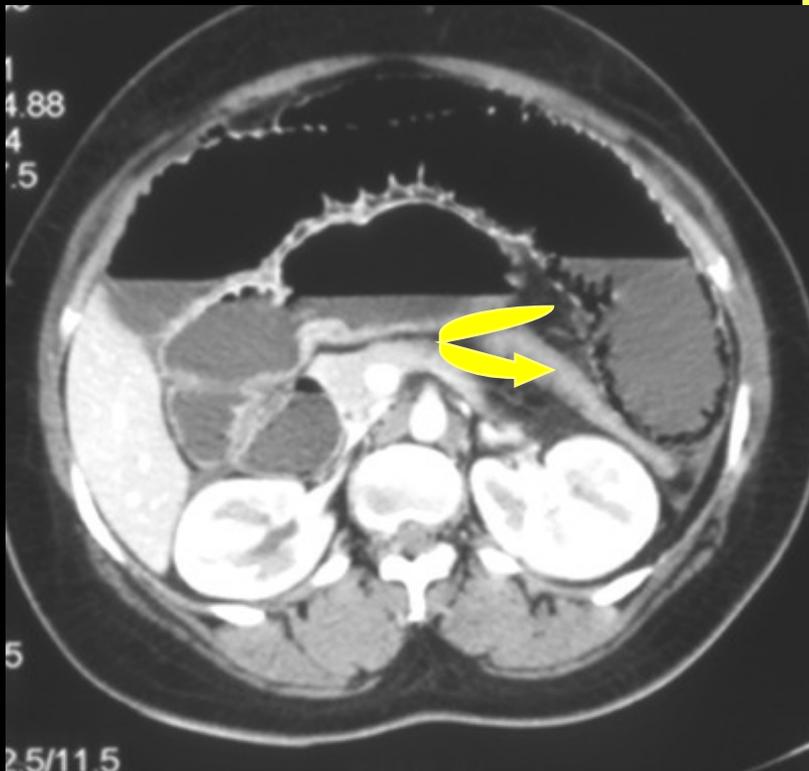
# Bride

- Antécédents de laparotomie (95%)
- Zone de transition brutale sans masse



# complications

- Pneumatose intestinale



OCCLUSIONS  
COLIQUES

# ASP

## Syndrome sus lésionnel:

debout: NHA

plus haut que large  
siège périphérique

couchés:

haustrations

## Syndrome lésionnel:

visualisation de l' obstacle

## Syndrome sous lésionnel:

colon plat

Dilatation du grêle terminal dans 30 à 50%



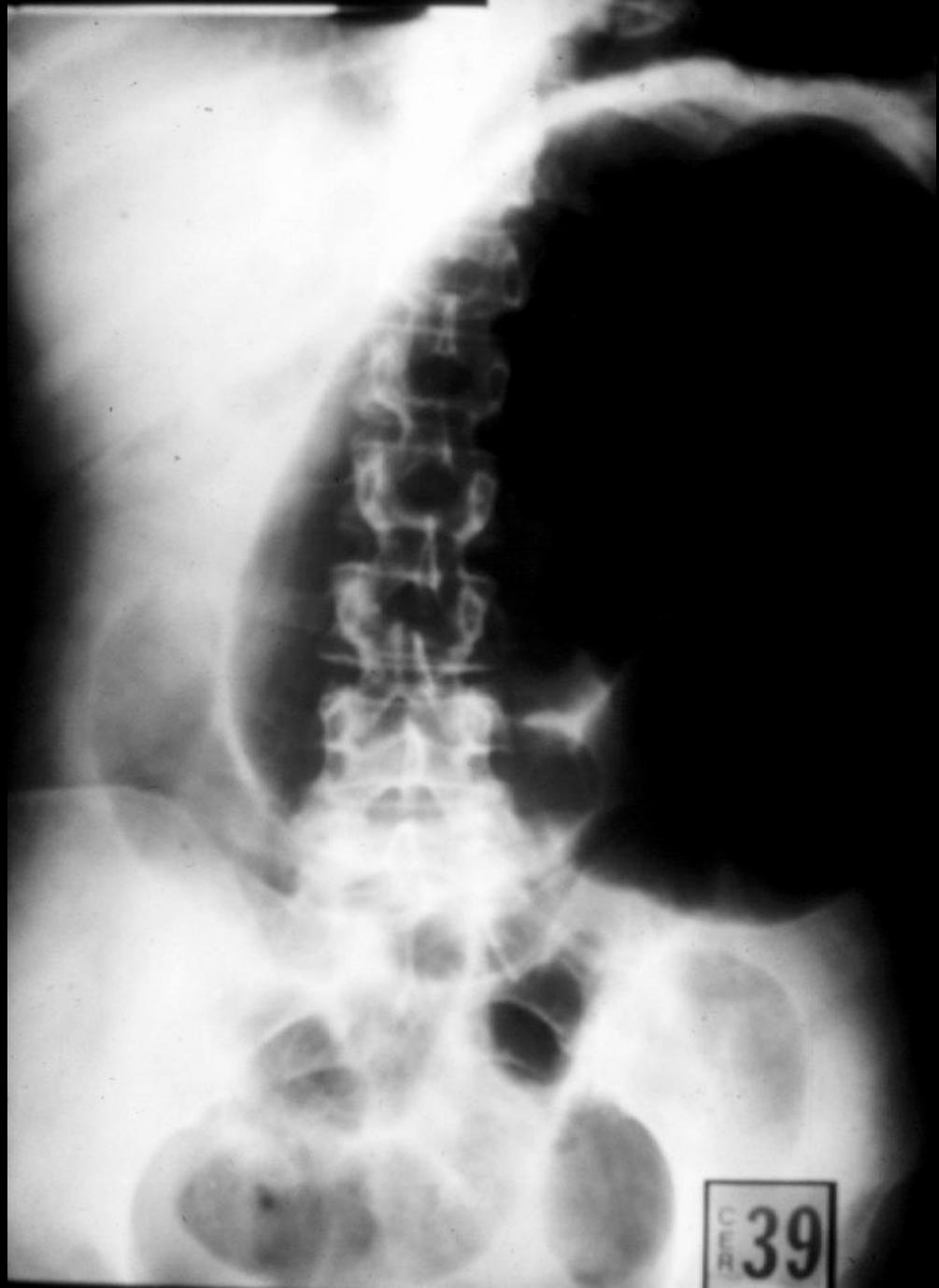
# VOLVULUS DU SIGMOÏDE

- A.S.P. :
  - - diag + dans 70%
  - - image volumineuse de distension, avec paroi centrale épaisse
- Lavement opaque aux hydrosolubles:
  - - image en «bec d'oiseau de proie»
  - - 1/3 d'obstacle complet



# VOLVULUS DU CAECUM

- ASP:
  - - NHA colique et grêle
  - - FID déshabillée
  - - caecum en HCG ou HCD
  -
- Lavement:
  - image d 'arrêt en « cône » et en « bec »



REC 39

# HERNIES

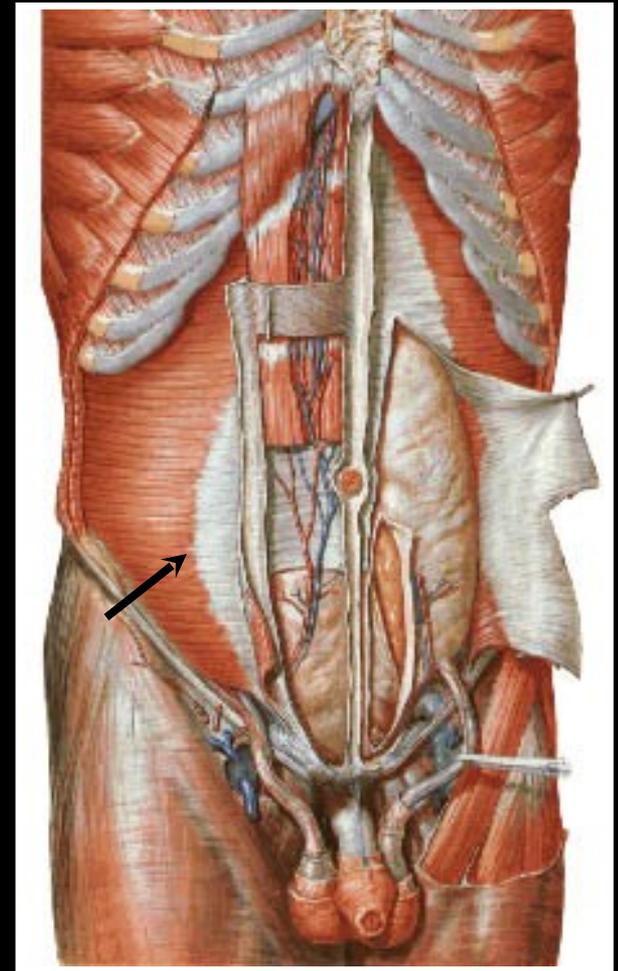
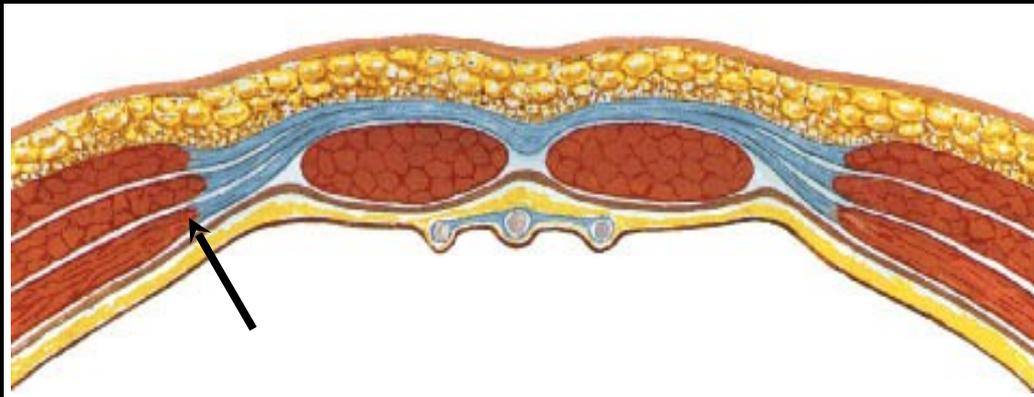
# HERNIES EXTERNES

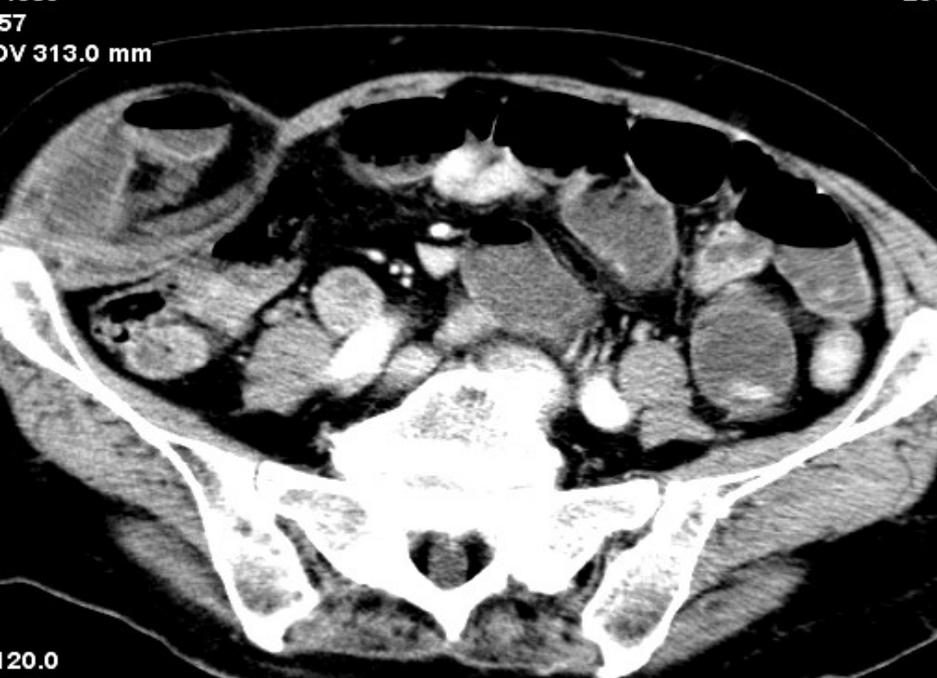
## 1- HERNIE de SPIEGEL

- Defect Congénital au niveau du Fascia Transversalis.

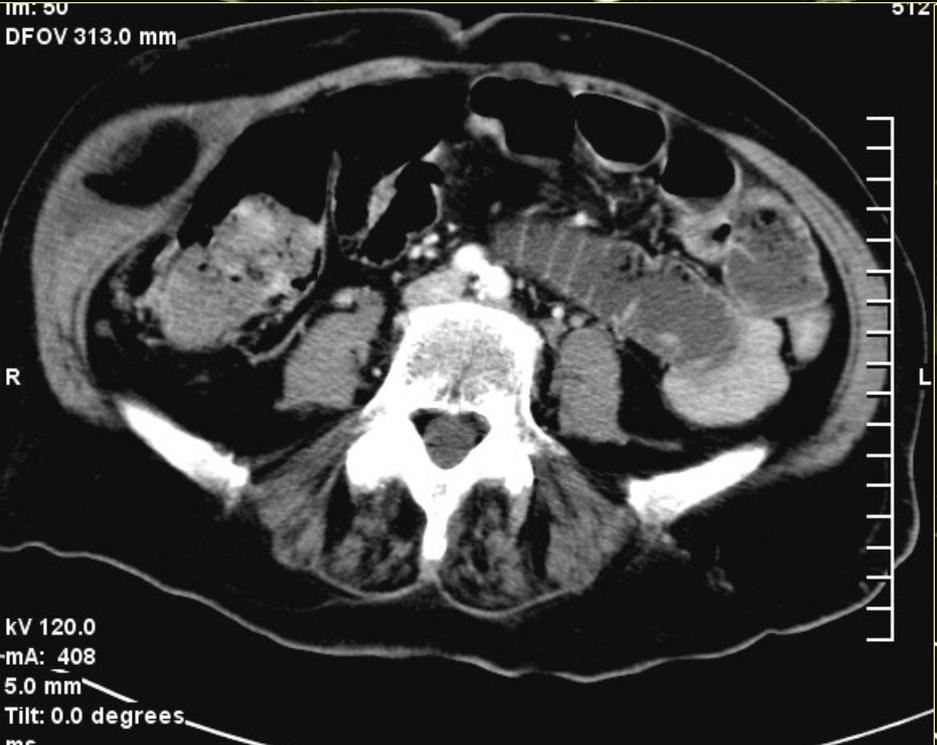
- Hernie située sur la Ligne Semi-Lunaire de Spiegel

correspondant à la limite entre les Fibres Charnues et l'Aponévrose Antérieure du Transverse ( → ).

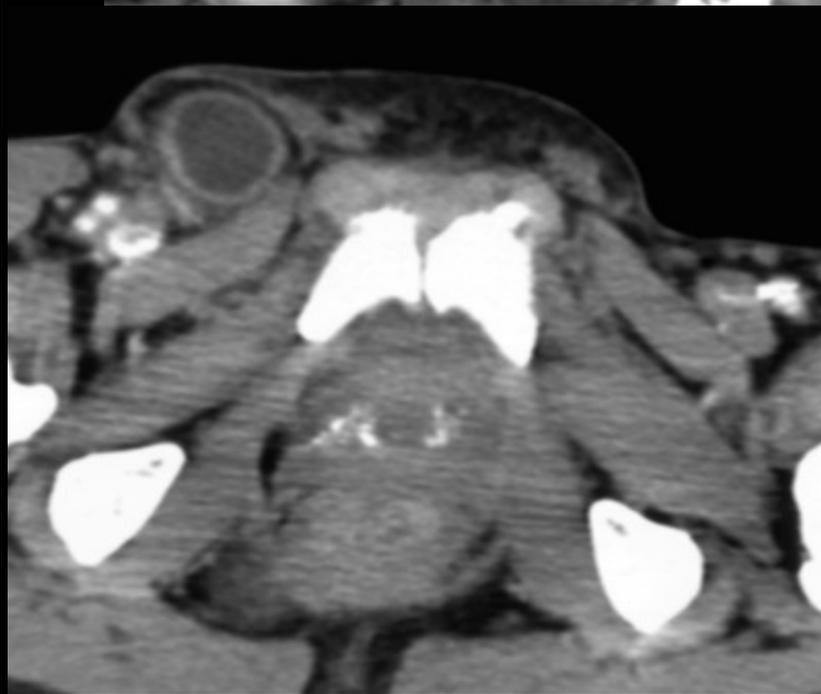
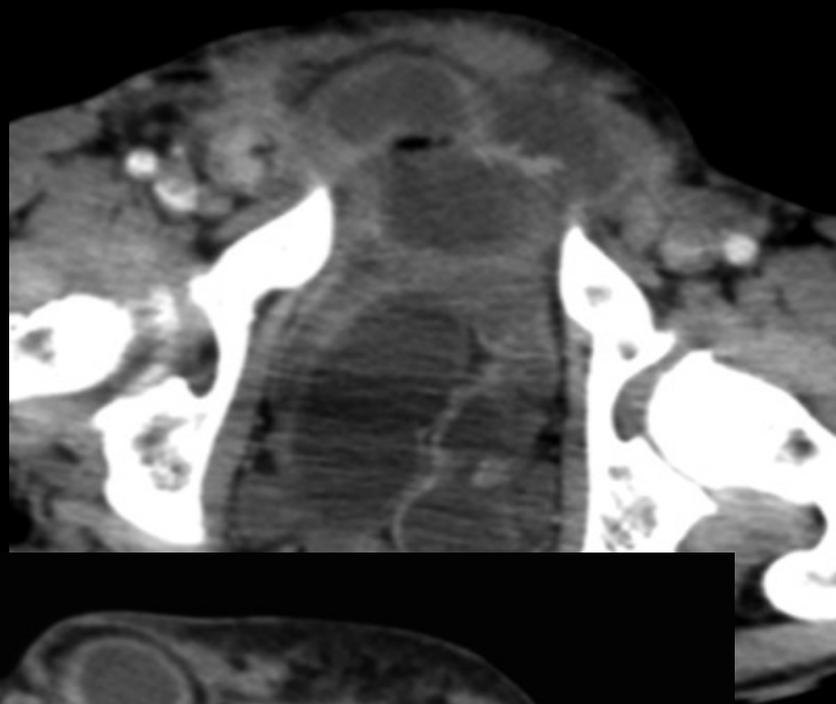




20.0  
Im: 50  
DFOV 313.0 mm

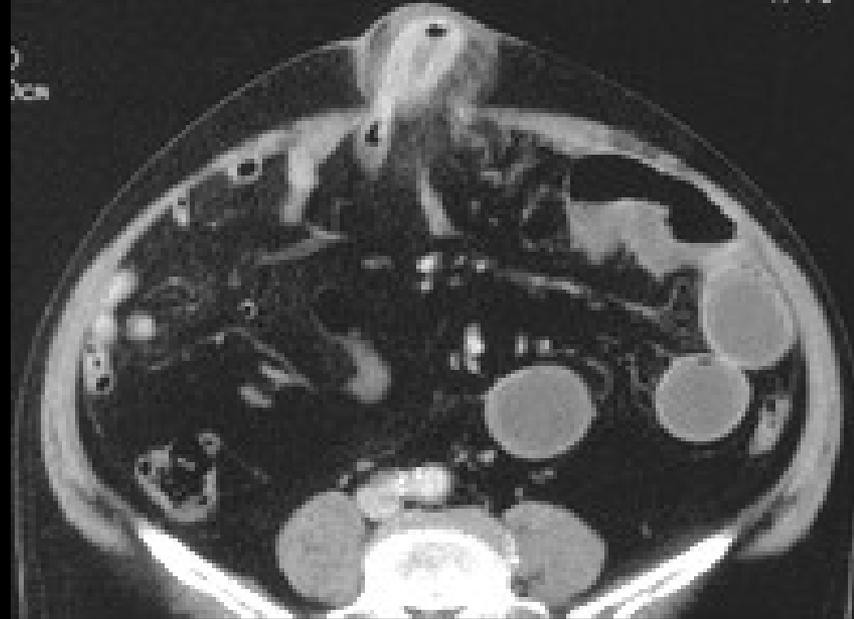


# Hernie inguinale étranglée



# Hernie externes

Hernie ombilicale  
étranglée



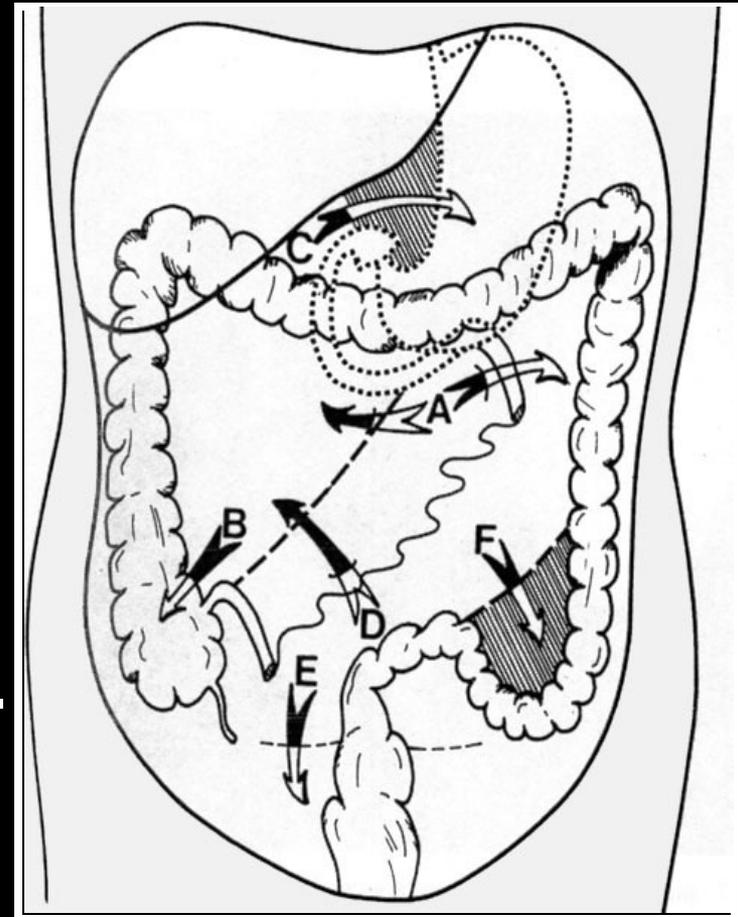
# Hernie externe

Hernie obturatrice



# I- HERNIES INTERNES:

- Para-duodénale: la plus fréquente: 50% des cas (A).
- Péri-Caecale: 13% (B).
- Foramen de Winslow: 8% (C).
- Trans-Mésentérique: 8% (D).
- Supra- et Péri-Vésicale: 7% (E).
- Inter-Sigmoïde: 6% (F).



DIVERS

