

3

PATHOLOGIES ABDOMINO PELVIENNES (HORS TRAUMATISME)

Coordonnateur : B. Vivien (Paris)

Experts : J. Leyral (Marseille), P. Taourel (Montpellier)

Rapporteur : B. Vivien (Paris)

Animateurs : F. Braun (Metz), C. Cour (Epinal)

Objectifs

- Objectif n°1** : Présenter les avantages, limites et inconvénients des différents examens d'imagerie abdominale.
- Objectif n°2** : Préciser les stratégies d'imagerie abdomino-pelvienne en urgence et les algorithmes décisionnels.
- Objectif n°3** : Préciser la place des examens invasifs interventionnels diagnostiques et thérapeutiques (artériographie \pm embolisation) par rapport aux thérapeutiques classiques (chirurgie).
- Objectif n°4** : Chez la femme enceinte, rappeler les principaux risques pour le fœtus des différentes techniques d'imagerie disponibles selon le terme de la grossesse. Préciser les avantages, inconvénients et limites de chacun d'entre eux, ainsi que les mesures de protection spécifiques et les alternatives possibles.

Les trois piliers de la stratégie d'imagerie

- Les éléments cliniques et biologiques
⇒ **4 situations cliniques sont individualisées :**
 - 1) Il existe un syndrome péritonéal généralisé (+/- état de choc)
 - 2) Il existe un tableau clinique d'occlusion digestive
 - 3) Une GEU ou une pathologie gynécologique sont suspectées
 - 4) Il n'y a pas de syndrome péritonéal, pas d'occlusion clinique et pas de pathologie gynécologique suspectée
- Les performances diagnostiques des techniques d'imagerie **disponibles**
⇒ **Echographie et Scanner**
- Le respect de la démarche ALARA : **As Low As Reasonably Achievable (CSP, euratom 97/43)**

Situation 1 : il existe un syndrome péritonéal généralisé et/ou un état de choc

- **Trois diagnostics à évoquer en priorité** car ce sont des urgences chirurgicales :
 - La péritonite
 - La rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
 - L'infarctus mésentérique
- Dans les 3 situations, **le seul examen indiqué est le scanner avec injection, à réaliser en urgence.**

Situation 2 : une occlusion digestive est suspectée

- **Scanner injecté : examen de première intention**
 - Confirme ou infirme le diagnostic de l'occlusion
 - Précise le site et le mécanisme de l'occlusion :
 - Recherche de signe de gravité : ischémie digestive

- **Echographie : pas d'indication**

- **ASP : n'a plus d'indication (HAS 2009)**

- **Opacifications digestives : plus d'indication**

Situation 3 : une pathologie gynécologique est suspectée

Une priorité : la grossesse extra-utérine

- Echographie endovaginale en extrême urgence si suspicion GEU rompue +++
- Interprétation du couple beta-HCG + échographie

Infections gynécologiques

- = *endométrite, pyosalpinx, infection ovarienne*
- Echographie endo-vaginale ± IRM (TDM)

Complications des pathologies ovariennes

- = *torsion de l'ovaire, hémorragie ou rupture de kyste*
- Echographie en première intention, ± IRM (TDM)

Situation 4 : Il n'y a pas de syndrome péritonéal, pas d'état de choc, pas d'occlusion, pas de pathologie gynécologique suspectée

La stratégie d'imagerie est guidée par la sémiologie et la topographie de la douleur :

- Douleur de la fosse iliaque droite : suspicion d'appendicite
- Douleur de l'hypochondre droit : suspicion de cholécystite
- Douleur de la fosse iliaque gauche : suspicion de diverticulite
- Douleur lombaire unilatérale sans fièvre : suspicion de colique néphrétique
- Douleur lombaire fébrile : suspicion de pyélonéphrite aiguë
- Douleur épigastrique: pancréatite ou pathologie ulcéreuse
- L'examen clinique ne donne aucun élément d'orientation

Douleur de la fosse iliaque droite (FID) : suspicion d'appendicite

- Enfant, sujet jeune, femme enceinte ou en âge de procréer : échographie en première intention
- En cas d'échec de l'échographie (qui ne retrouve pas l'appendice caecal, ne montre pas de signe d'appendicite ou de diagnostic \neq tiel) : scanner en deuxième intention
- Sauf chez la femme enceinte : IRM en deuxième intention
- Lorsque une échographie par un opérateur entraîné n'est pas réalisable, ou d'emblée chez le sujet âgé ou obèse : scanner en première intention.

Douleur de l'hypochondre droit (HD) : suspicion de cholécystite aiguë

- **L'échographie** : examen de première intention

- **Scanner** : deuxième intention
 - Si échographie non contributive (obèse, artéfacts aériens...)
 - Si cholécystite compliquée
 - Si doute persistant sur lithiase VBP

Douleur de la fosse iliaque gauche (FIG) : suspicion de diverticulite sigmoïdienne

- **Une imagerie est toujours indiquée**
 - Pour prouver le diagnostic
 - Pour rechercher une complication.
 - Pour éliminer les diagnostics \neq tiels
 - Impact thérapeutique immédiat et à distance
- **Scanner injecté** = examen de référence
 - Recommandations HAS 2006 : TDM systématique dans les 24 heures suivant l'admission ou dans les 72 heures suivant l'apparition des premiers signes
- **Echographie abdominale** (de haute résolution par compression graduée) :
 - alternative chez la femme enceinte ou si diagnostic \neq tiel gynécologique est évoqué

Douleur lombaire unilatérale : suspicion de colique néphrétique

- **Deux stratégies d'imagerie** sont recommandées dans les 12 à 48 h., ou en urgence (rein unique, hyperalgique, fièvre)
 - Association ASP + échographie
 - Ou scanner non injecté (gold standard, mais irradiant)
- Cas particulier : **femme enceinte**
 - Echographie seule
 - Si échec : discuter IRM

Douleur lombaire fébrile : suspicion de pyélonéphrite aiguë

- Une **imagerie dans les 24 premières heures** est recommandée (Association Française d'Urologie, 2008)
- **Discutable** si pyélonéphrite d'évolution rapidement favorable sous traitement
- **Couple ASP / échographie** si suspicion CN fébrile
- **TDM injectée** si pyélonéphrite d'évolution défavorable ou terrain à risque (diabète)
- **L'UIV n'a plus d'indication**

Suspicion de pancréatite aiguë (PA)

▪ Diagnostic positif :

- clinique et lipase $> 3N$ dans les 48 premières heures
- pas d'imagerie en urgence sauf si doute sur couple clinique -
lipase

▪ Evaluation du pronostic : TDM injecté à 48h (score de Balthazar)

▪ Diagnostic étiologique : échographie en urgence si suspicion de pancréatite d'origine biliaire

Suspicion de pathologie ulcéreuse gastro-duodénale

- **Pas d'indication d'imagerie** sauf suspicion de perforation
- **Scanner = examen de référence**
- ASP : n'est plus indiqué

L'examen clinique ne donne aucun élément d'orientation

- **Présence d'une fièvre et/ou d'un SBI** : une imagerie est le plus souvent réalisée
 - Si imagerie : le scanner est l'examen de choix
 - Echographie « de débrouillage » : alternative envisageable mais rendement diagnostique faible
- **En l'absence de fièvre et de syndrome inflammatoire**, une imagerie n'est le plus souvent pas nécessaire.

Stratégie d'imagerie devant une hémorragie digestive (HD)

- **Scanner injecté uniquement si HD « active »**
 - HD haute : scanner après échec de l'endoscopie
 - HD basse : scanner si endoscopie haute négative et coloscopie négative ou non réalisable (HD basse massive)

Radiologie interventionnelle

- **Objectif = Eviter une chirurgie en phase aiguë** à haut risque de mortalité chez un patient au terrain et/ou à l'état clinique très précaire.
- **Artériographie avec embolisation** artérielle digestive
 - Après localisation du site hémorragique par un scanner injecté
- **Drainage percutané des abcès intra-péritonéaux**
- **Drainage vésiculaire per-cutané** dans le cadre d'une cholécystite aiguë lithiasique grave

Femme enceinte et imagerie abdomino-pelvienne

- Respect de la démarche ALARA
- Echographie de 1ère intention
- Si possible IRM plutôt que scanner
- Dosage beta-HCG avant exposition aux RI
- Aucun risque malformatif en utilisation normale
- Risque cancérogène très faible mais vraisemblable
- Produits de contraste
 - Iodés non contre-indiqués
 - Gadolinium non-indiqué (principe de précaution)