

Douleurs thoraciques aiguës d'origine digestive

Patron, j'ai mal
le cœur....



... c'est rien, ça doit
être un gaz coincé
dans ton
dolichosigmoïde



J. MATHIAS
AFPR 6/12/11

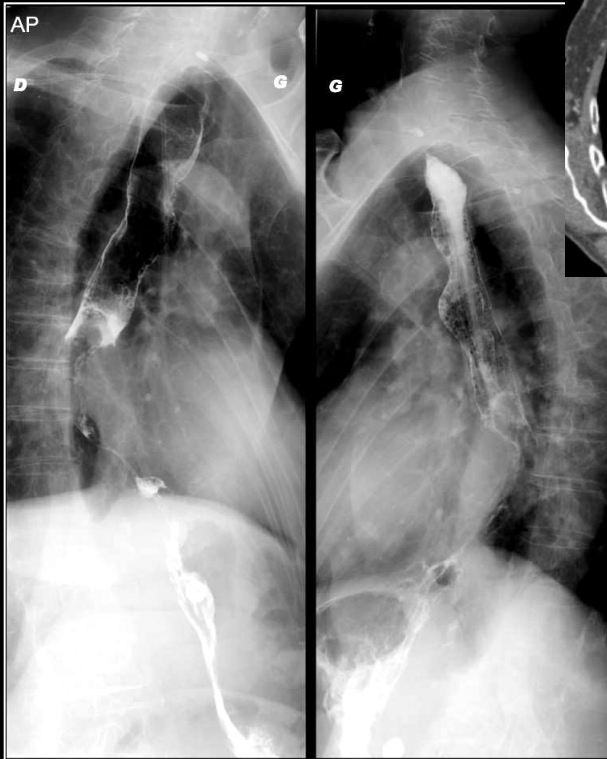


1. Douleurs d'origine oesophagienne

2. Douleurs d'origine gastro-duodénale

3. Douleurs « projetées »

1.1 Tumeurs

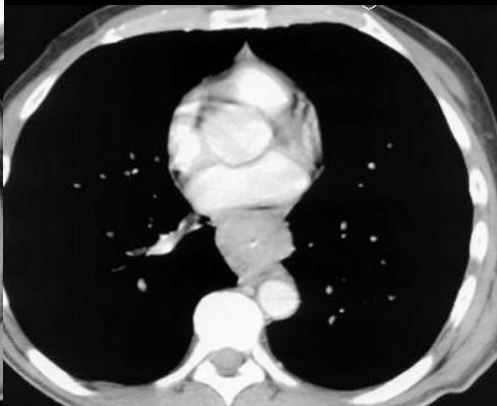
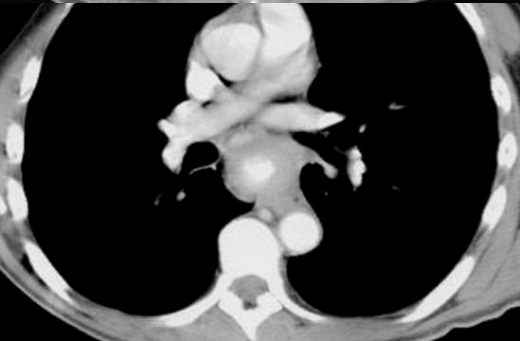
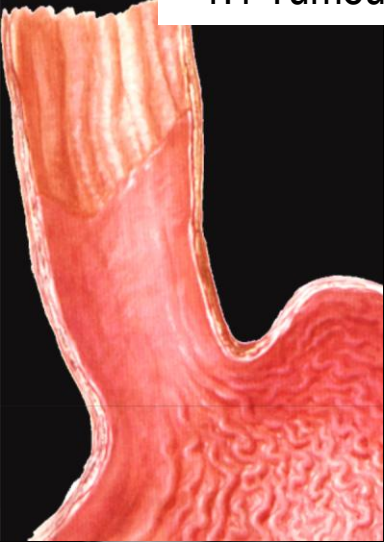


Femme 77 ans, douleurs thoraciques postérieures... et dysphagie aux solides et liquides !!

Carcinome épidermoïde du 1/3 inf de l'œsophage

1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.1 Tumeurs



- ADK= principale complication de l'EBO
- Progression de son incidence, P= 10 à 15%
- La **presque totalité des adénocarcinomes de l'oesophage se développe sur un EBO, de même que certains ADK du cardia**
- Risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale
- Autres lésions : leiomyome, lymphome, etc ne sont en règle pas douloureux au premier plan

ADK sur EBO

1.2 Inflammatoire

- Atteinte infectieuse la plus fréquente chez les patients ID
- Aspect endoscopique caractéristique : muqueuse érythémateuse recouverte d'enduits et plaques blanchâtres



Patient immunodéprimé
Douleurs médio-thoraciques

Candidose oesophagienne



1.2 Inflammatoire

Adolescent de 13 ans

Dysphagie, régurgitations chroniques, perte de 5 kg

Douleurs rétro sternales

Achalasie ?

Maladie des spasmes diffus ?

Autre ?



1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.2 Inflammatoire

- **Trypanosomiase** américaine (brésilienne) = « **Mal de caderas** »
- 1^{ère} description par un parasitologue brésilien, **Carlos CHAGAS** (1879-1934), en 1909.
- Maladie parasitaire qui sévit dans les régions tropicales **d'Amérique du Sud et Centrale**.
- **Trypanosoma cruzi**, transmis par des réduves, sorte de punaises hématophages, comme la vinchuca.
- 13 000 DC/an, I=300 000

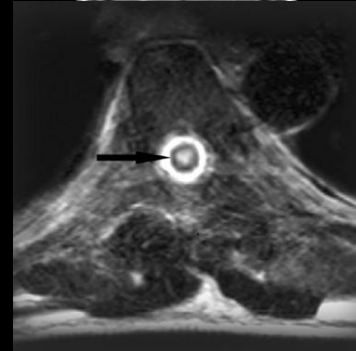
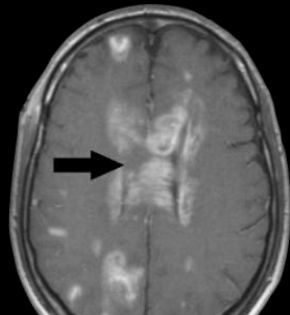
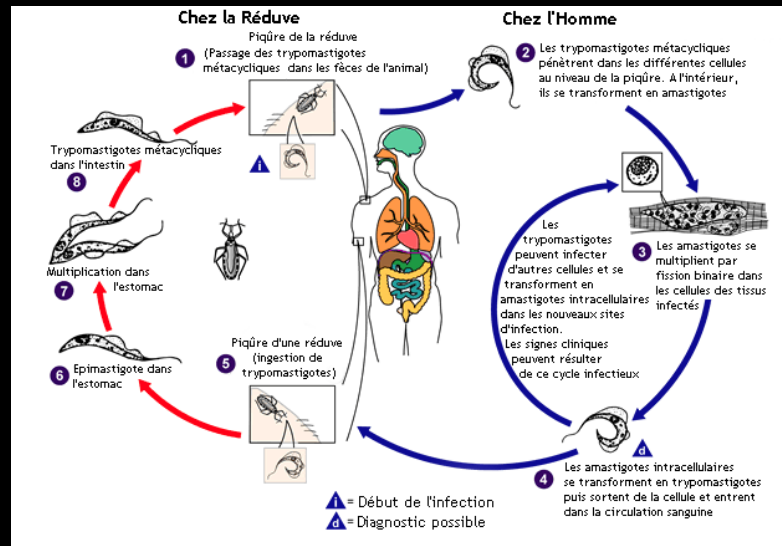


Phase aiguë: nodule cutané isolé (**chagome**) au point d'inoculation. Quand ce point est conjonctival, conjonctivite unilatérale et oedème périorbitaire + lymphadénite préauriculaire = **signe de Romana**. +/- fièvre, HSM, myocardite.

Phase chronique: symptomatique dans un tiers des cas, ne se produit pas avant des années voire des décennies après l'infection initiale: **cardiomyopathie**, **mégacolon** ou **mégaesophage**, **démence**. Ttt uniquement chirurgical à cette phase. DC par atteinte cardiaque.



Maladie de Chagas

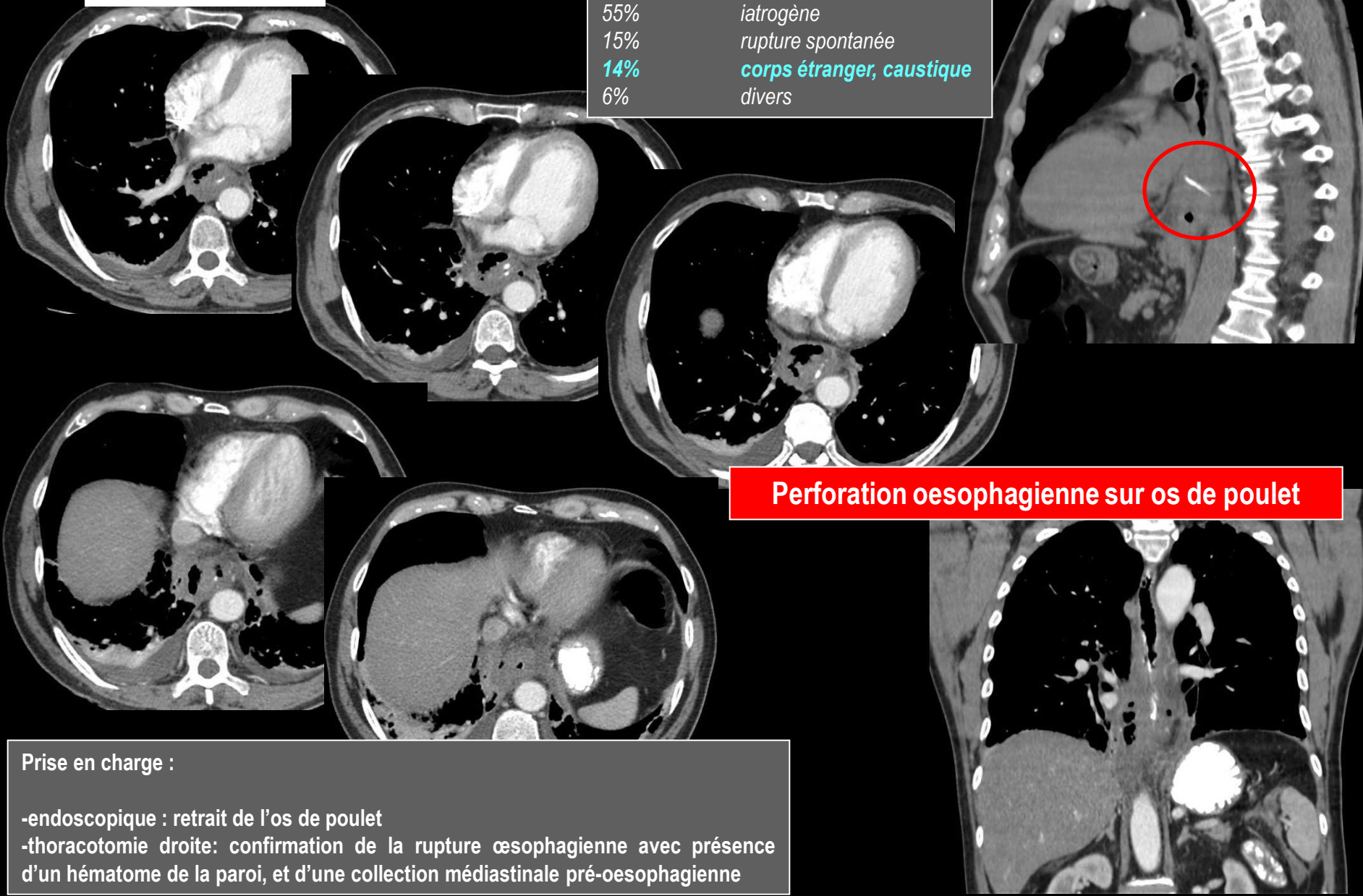


1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.3 Perforations

55%
15%
14%
6%

iatrogène
rupture spontanée
corps étranger, caustique
divers



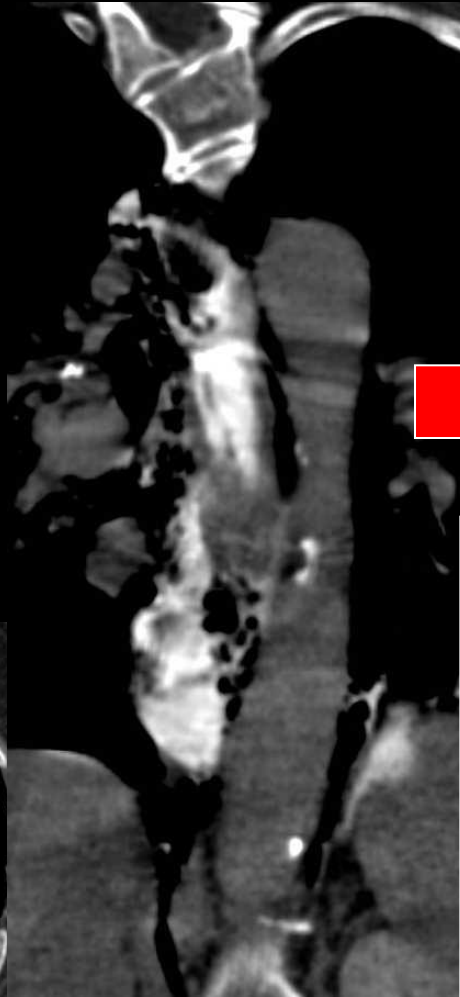
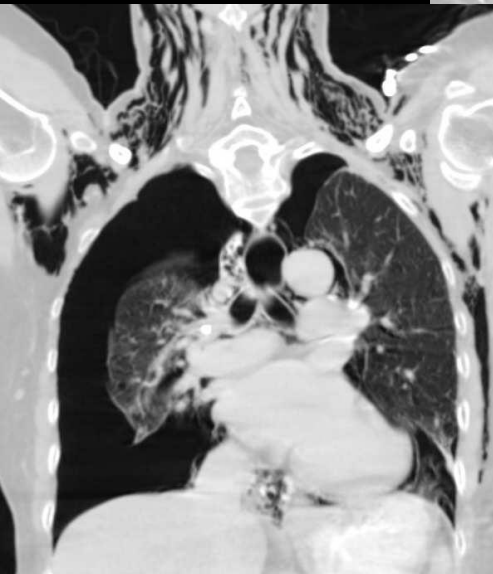
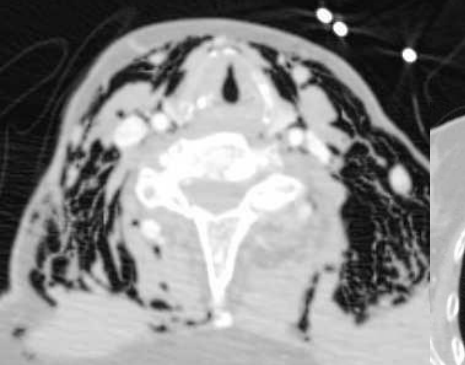
Perforation oesophagienne sur os de poulet

Prise en charge :

- endoscopique : retrait de l'os de poulet
- thoracotomie droite: confirmation de la rupture œsophagienne avec présence d'un hématome de la paroi, et d'une collection médiastinale pré-oesophagienne

1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.3 Perforations



Perforation oesophagienne

Seulement 1% des corps étrangers se compliquent de perforation

Enfants dans 80% des cas: pièces ou jouets (attention aux piles !!!)
Adultes: alimentaire (arêtes, os), prothèses dentaires.

Blocage à la jonction pharyngo-oesophagienne, ou à la jonction oeso-gastrique
Dans 80 à 90%: passage des corps étrangers dans l'estomac et élimination spontanée

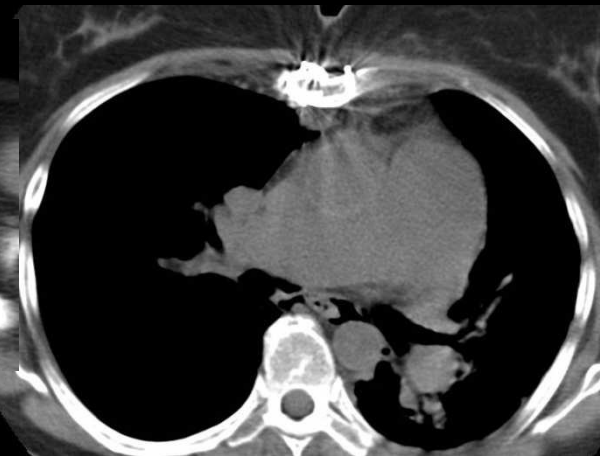
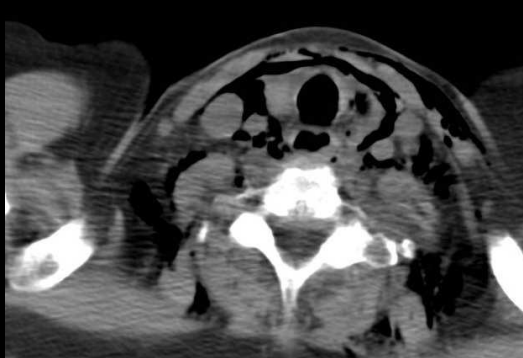
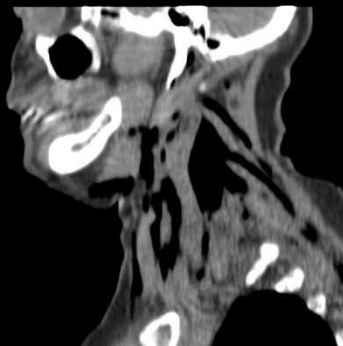
Dans 15 à 20%: acte thérapeutique spécifique nécessaire

Endoscopie digestive haute en urgence pour retrait d'un os de poulet
Douleur brutale et détresse respiratoire aiguë

1.3 Perforations



DT et dyspnée au décours d'une ETO

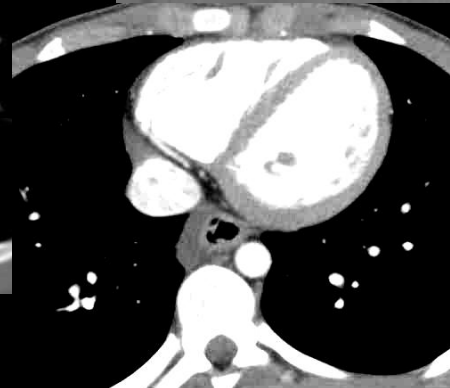


Perforation oesophagienne

Rare ! 0,02 à 0,03 % des ETO

1.3 Perforations

Garçon de 17 ans sans ATCD
Vomissements, hématurie et douleur
thoracique après prise d'un cp d'ibuprofène



Perforation oesophagienne médicamenteuse

1.3 Perforations



Hématémèse, dysphagie, odynophagie, douleur thoracique

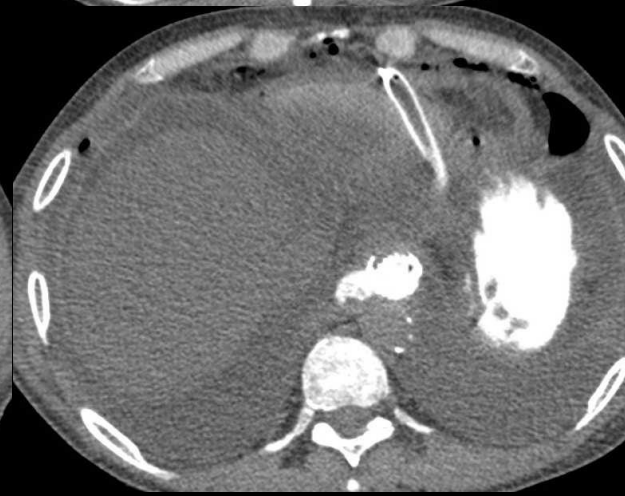
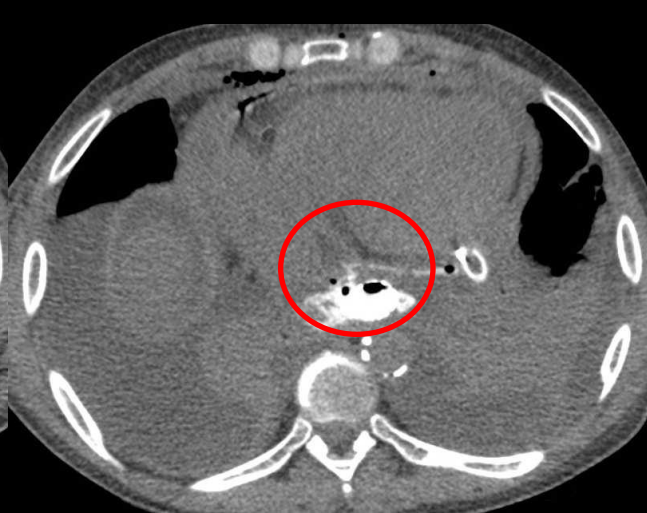
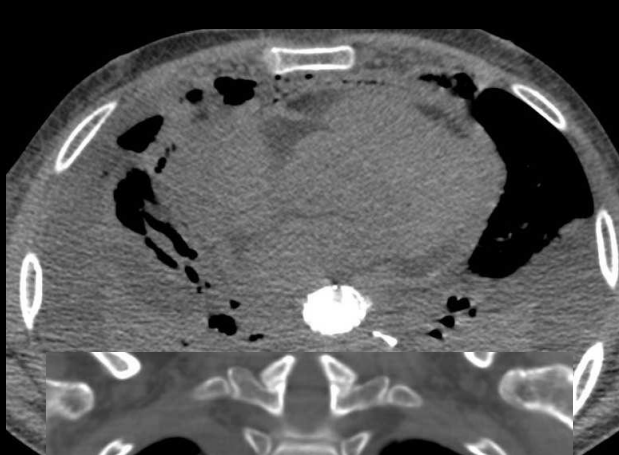
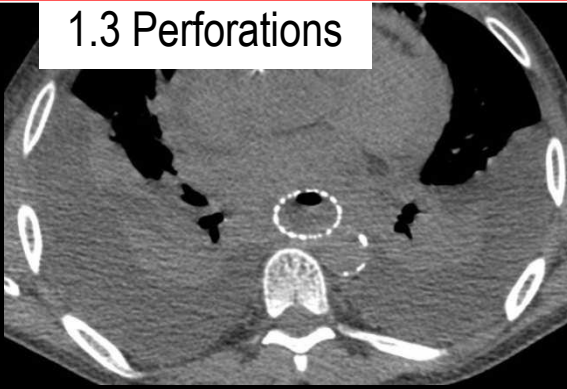
Vomissements sévères
Ingestion d'un corps étranger
Traumatisme
Iatrogène (fibroscopie, etc)
Troubles de l'hémostase...



Dissection intra-murale de l'œsophage « double-barrelled oesophagus »

1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.3 Perforations

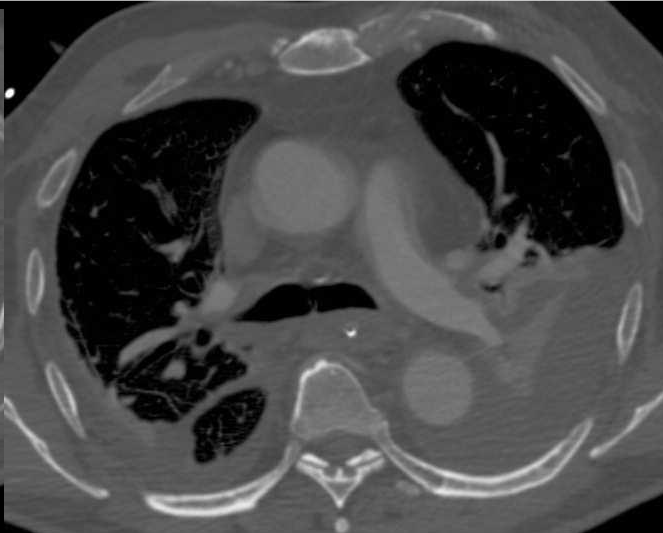
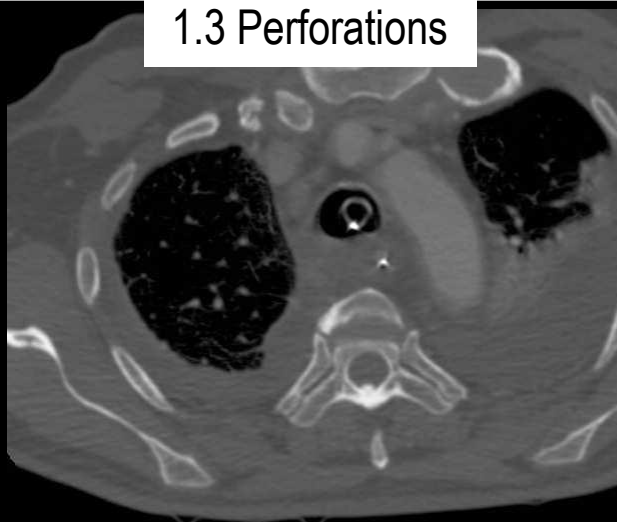


DT suivie d'un choc hémodynamique avec tamponnade
Cancer œsophage en ttt palliatif (endoprothèse œsophagienne)
Ponction péricardique ramenant un liquide gastrique suspect

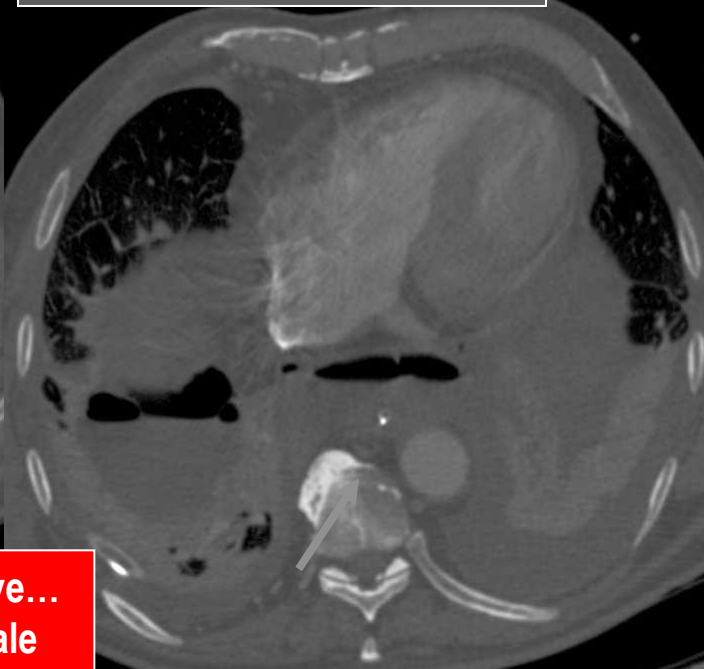
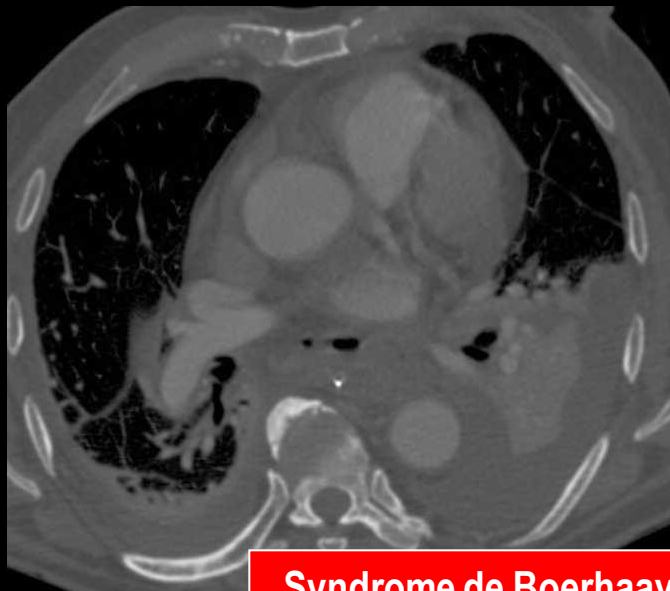
**Rupture de la prothèse avec
fistule oeso-péricardique**

1. Douleurs d'origine oesophagienne

1.3 Perforations



Douleur thoracique et hématurie



Syndrôme de Boerhaave...
et fistule oeso-trachéale



Herman Boerhaave (1668-1738) né à Voorhout près de Leyde.

Fils d'un pasteur hollandais, Boerhaave perd à dix-huit ans le père qui avait surveillé son éducation et l'avait orienté vers l'état ecclésiastique.

Devenu étudiant en philosophie à l'université de Leyde, il soutient en 1689 une thèse sur la distinction de l'esprit et du corps. En 1690, il partage son intérêt entre la théologie, la chimie, la botanique et la médecine, vers laquelle il se tourne définitivement après sa thèse de médecine à l'université d'Harderwijk en 1693: "De utilitate explorandorum in aegris excrementorum ut signorum".

En 1709, il est nommé à la chaire de botanique et médecine. C'est à cette époque qu'il publia les deux ouvrages qui ont consacré sa renommée, *Institutiones medicae in usum annuae exercitationis* ("Principes médicaux", 1708) et *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* ("Aphorismes sur le diagnostic et le traitement des maladies", 1709), qui furent le fondement de son enseignement et légitimèrent sa renommée.

Professeur de botanique, il a la charge du jardin botanique de l'université. Les deux catalogues qu'il en publie en 1710 et 1720 montrent qu'avec plus de deux mille espèces de plus en dix ans, le jardin en a presque doublé le nombre. Il publia également des contributions dans le domaine de la botanique.

Professeur de médecine, il emprunte aussi bien à Hippocrate qu'aux Modernes les faits bien établis qu'il enseigne. Comme Borelli, il est **iatromécanicien**, c'est-à-dire qu'il explique la physiologie par la mécanique du corps vivant et les maladies par les dérèglements de celle-ci. Pour joindre la pratique à la théorie, Boerhaave fonda un hôpital et introduit la méthode clinique dans l'éducation médicale. Il développe la clinique et les observations au lit du malade.

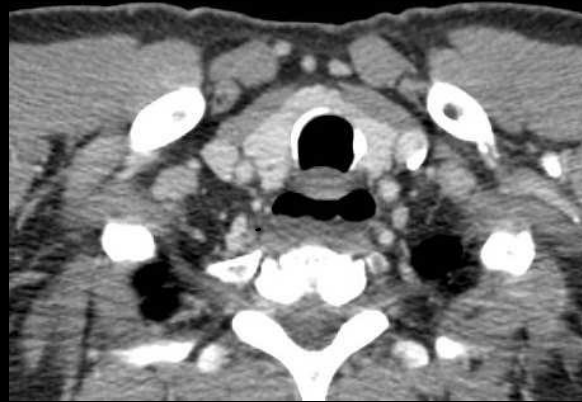
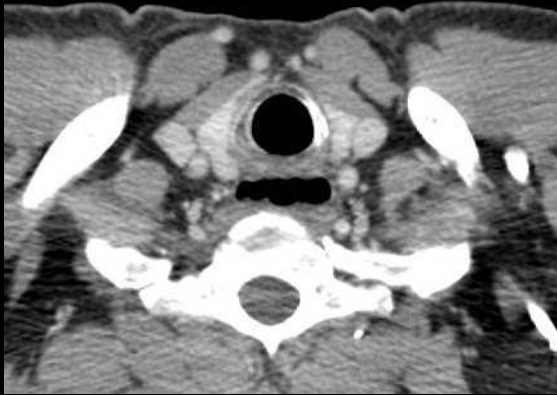
Professeur de chimie, c'est là peut-être que son œuvre est scientifiquement la plus importante. Il introduit des méthodes quantitatives exactes. On sait le rôle que jouait le mercure dans les transmutations des alchimistes: il a fait de très patientes recherches sur le mercure. Mais la chimie a aussi une part importante dans sa médecine. Il publia en 1732, *Elementa chemicae* ("Éléments de chimie"), un ouvrage qui contribua beaucoup à la clarté et à l'intelligibilité de la chimie, comprenant cinq parties : le traité du Feu, le traité de l'Air, le traité de l'Eau, le traité de la Terre, le traité des Menstrues (un menstrue (masculin) désignait tout liquide capable de liquéfier un solide).

DC en 1738 des suites d'un abcès pulmonaire et d'une goutte.

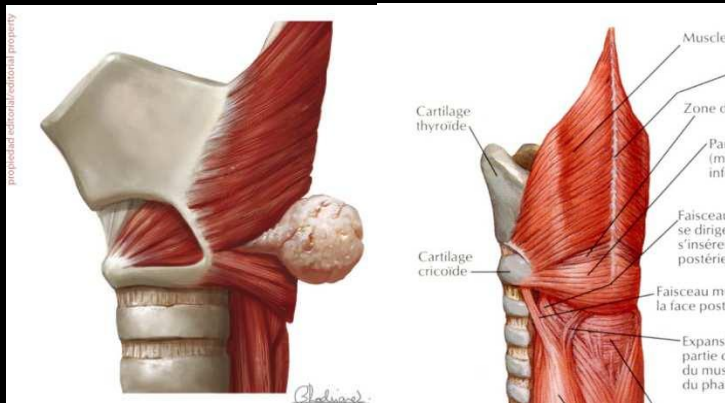
Sd de Boerhaave: DC des suites d'une rupture de l'œsophage du Baron Johannes von Wassenaar, Grand Amiral de la flotte hollandaise, survenue après un repas copieux, à la suite duquel il souffrait de dyspepsie qu'il soigna par émétiques.



1.3 Perforations



- Diverticule de pulsion, situé à la face postérieure de la jonction pharyngo-oesophagienne
- Résultant de la protrusion de la muqueuse entre le muscle constricteur inf du pharynx et le crico-pharyngien
- Légèrement latéralisé à gauche et **toujours en situation postérieure**



Diverticule de Zenker

Défaut d'ouverture du M. **crico-pharyngien** lors de la déglutition.

Théorie du dysfonctionnement neuromusculaire : hypertonie du muscle CP et/ou incoordination entre sa contraction et celle des muscles constricteurs du pharynx

Involution du muscle CP avec dégénérescence fibreuse

Anomalie anatomique de la paroi postérieure du pharynx

Association avec RGO et hernie hiatale

1.3 Perforations

FRIEDRICH A. V. ZENKER



Dr. A. Zenker

Friedrich Albert von Zenker est né à Dresde en Allemagne le 13 mars 1825.

Entre 1843 et 1849 il étudia la médecine à Leipzig et à Heidelberg. Pendant son séjour à Leipzig il fut quelques temps assistant de Justus Radius au Leipziger Georgen-Hospital.

Après avoir été reçu à son doctorat à Leipzig en 1851, Zenker se rendit à Vienne pour suivre un enseignement en pathologie. la même année il obtint le poste de prosecteur (préparateur en anatomie) à l'hôpital municipal de Dresde, où il a enseigné à titre de Dozent (enseignant non rémunéré) de 1853 à 1855, puis à titre de **professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique** à l'Académie médico-chirurgicale de cette ville. Il conserva ce poste jusqu'en 1863, quand il prit la chaire à Erlangen, menant de pair avec succès ses fonctions de professeur et de chercheur pendant plus de 30 ans.

En 1865 Zenker reçut le prix Monthyon et la Croix de l'Ordre Bavarois. Retraité en 1895, Zenker est mort le 13 juin 1898 lors d'un déplacement à Mecklenburg.

Parmi ses principaux apports figure la **description définitive de la trichinose**: il fit la démonstration de l'existence d'une maladie chez l'homme par passage de l'intestin aux muscles, de trichines (ver présent en Europe Centrale, en Amérique du Nord et en Inde). Après l'avoir clairement différencier de la fièvre typhoïde, il lui donna le nom de trichinose. Ce fut la première maladie générale décrite chez l'homme dont la cause est un microparasite. Il publia le résultat de ses investigations en 1860 dans un article intitulé: "Über die Trichinenkrankheit des Menschen".

Il réalisa également la **première description de l'embolie pulmonaire graisseuse**, publiée à Dresde en 1862.

Trois ans plus tard il commença à publier le Deutsche Archiv für klinische Medizin, revue qui s'est maintenue jusqu'en 1897 qu'il codirigea avec son collègue de l'Institut de Pathologie, de Erlangen, Hans Wilhelm Ziemssen. **C'est avec Ziemssen qu'il publia le travail qui comprend la description du diverticule qui porte son nom.**

Diagnostic: TPO, FOGD, scanner

Traitement : chirurgical ou endoscopique

1.3 Perforations

Terrain: homme > 50 ans, race blanche

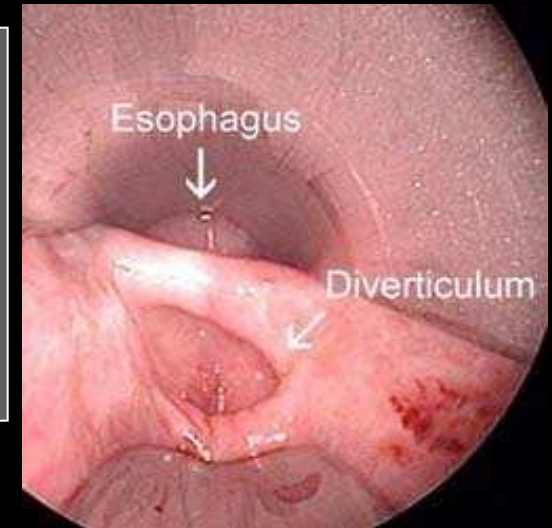
Dysphagie intermittente cervicale: « boule dans la gorge » puis blocages alimentaires augmentant en fréquence et en intensité

Régurgitations non acides d'aliments non digérés

Fétidité de l'haleine

Hypersialorrhée

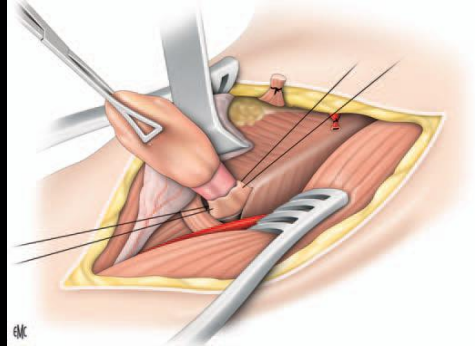
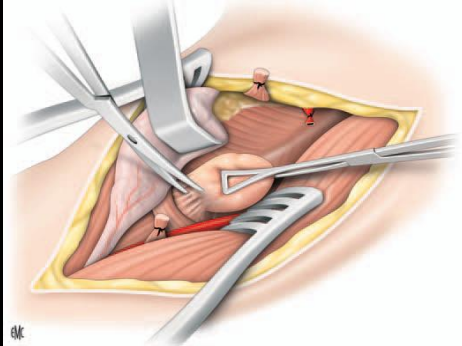
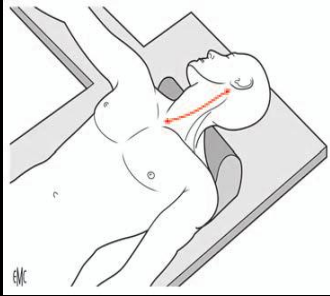
Toux, pneumopathie d'inhalation



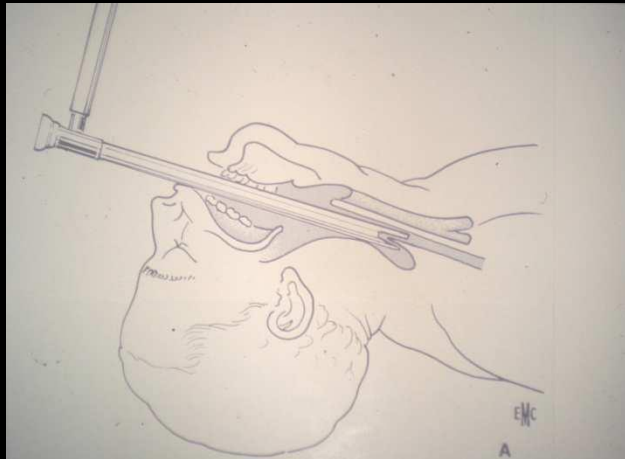
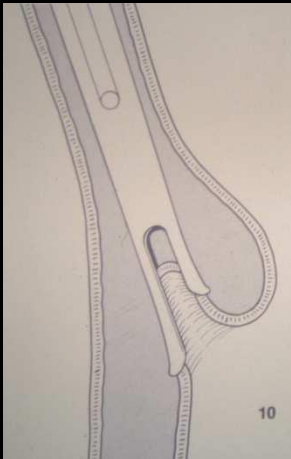
Risque infectieux: diverticulite, perforation avec abcès, médiastinite

1.3 Perforations

Chirurgie: diverticulectomie et myotomie du crico-pharyngien



Ttt endoscopique



- AG + courte
- Reprise plus précoce de l'alimentation
- Durée hospitalisation inférieure
- Succès fonctionnel identique
- Moins de complication

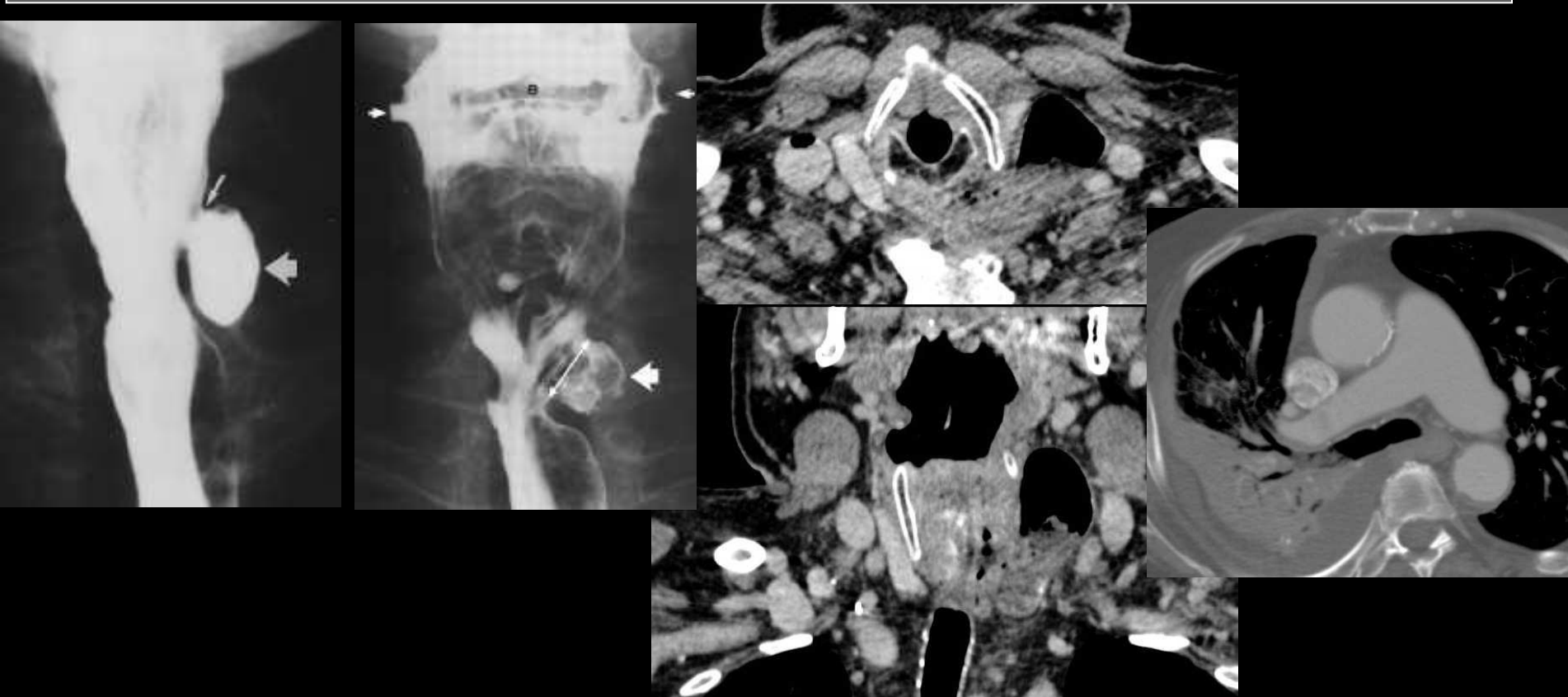


1.3 Perforations

Diagnostic différentiel : diverticule de Killian-Jamieson

- pseudo-diverticule de pulsion
- protrusion transitoire ou définitive d'une portion oesophagienne à travers l'espace de Killian-Jamieson (cervical antérolatéral)
- en-dessous du muscle crico-pharyngien
- plus rare

Développé à la **partie antéro-latérale de l'œsophage cervical**



1.4 Troubles de la motilité



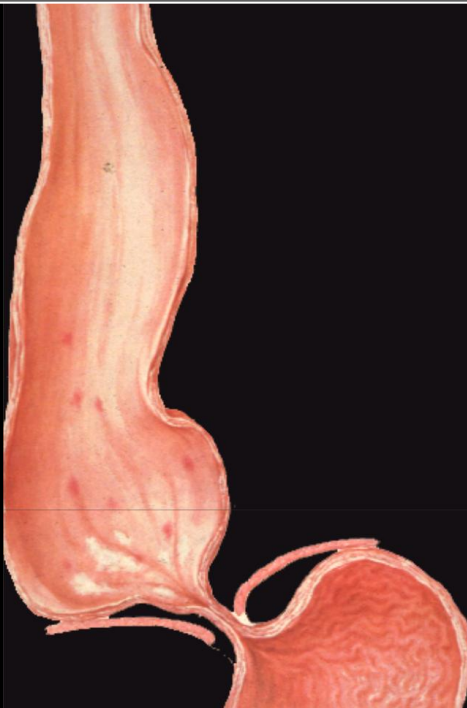
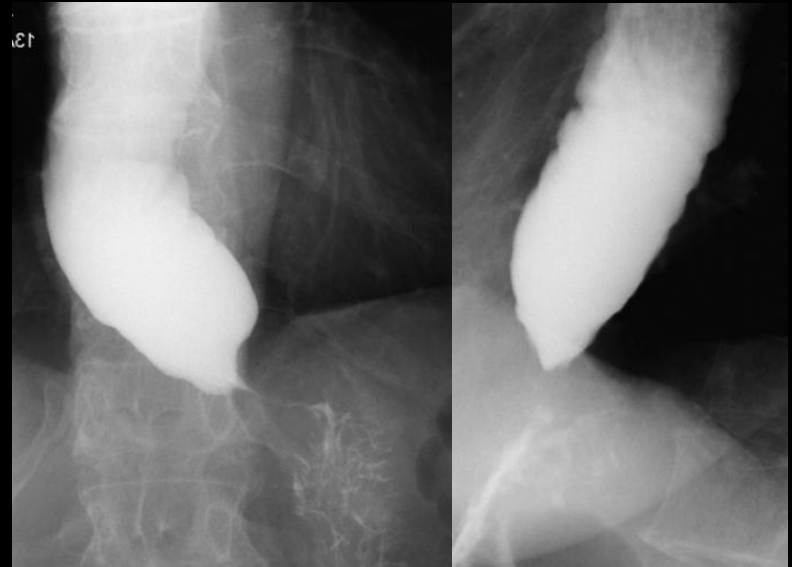
DT basses avec odynophagie

- Anneau de l'oesophage inférieur
- Associé à une hernie hiatale sous-jacente
- Tapissé d'un **épithélium oesophagien au-dessus, gastrique en-dessous**
- **Fréquent** : 10 % de tous les clichés opacifiés du tube digestif supérieur
- Traitement : bris de l'anneau à l'aide d'une bougie de grand diamètre ou d'un ballonnet de dilatation

Anneau de Schatzki

1.4 Troubles de la motilité

- Défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, apéristaltisme du corps oesophagien
- Dysphagie intermittente, paradoxale, douleurs, toux nocturne, pneumopathies à répétition, ...
- FOGD, manométrie +++
- TPO: œsophage « en chaussette »

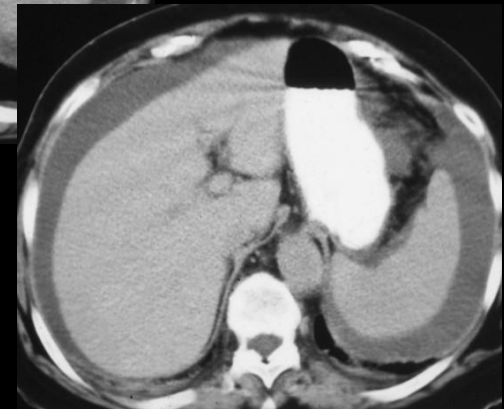
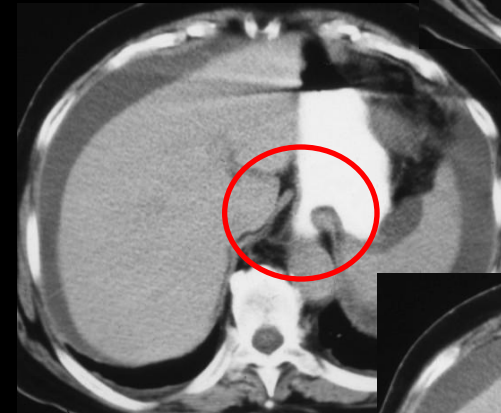
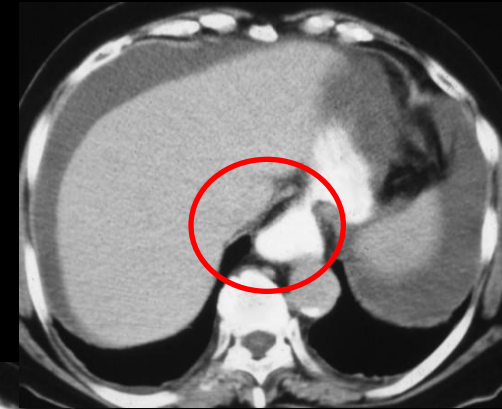
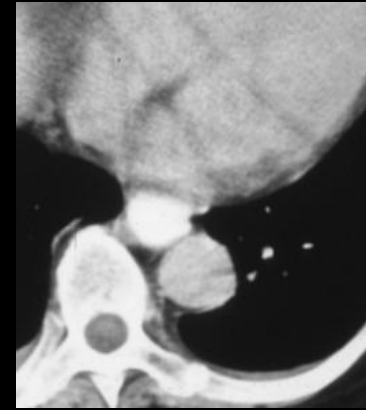


Méga œsophage

1.4 Troubles de la motilité

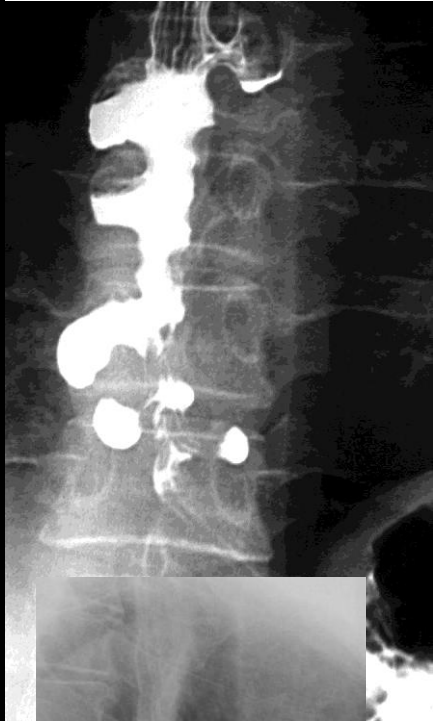
Spasmes œsophagiens et RGO

- Douleur thoracique constrictive ressemblant à une douleur angineuse (constriction et pesanteur), également **habituellement sensible à la trinitrine**.
- MAIS non déclenchée par les efforts, souvent facilitée par la déglutition. Pyrosis et régurgitations acides en cas de RGO
- FOGD, pHmétrie, manométrie
- TOGD

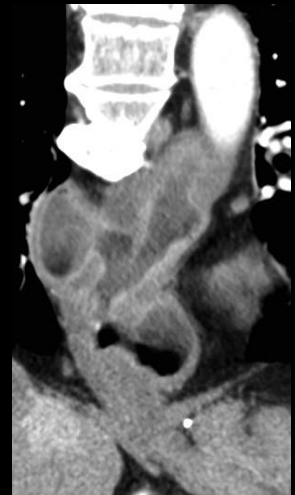
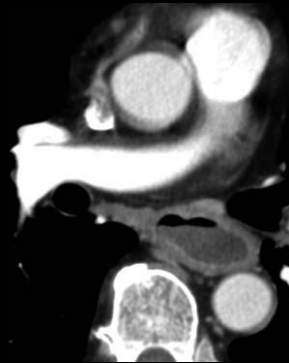


RGO spontané
Malposition cardio-tubérositaire, sans hernie hiatale vraie

1.4 Troubles de la motilité

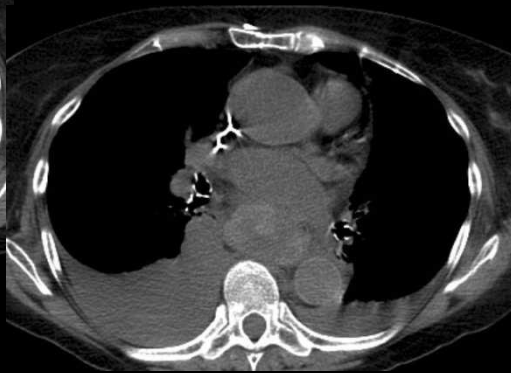
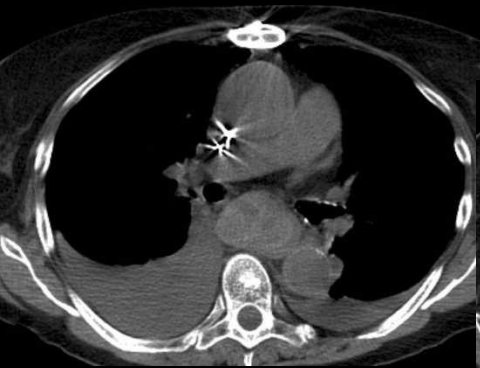


- Douleur, dysphagie
- Rare, **> 60 ans mais pas toujours !**
- Manométrie : contractions amples et non propagées d'aspect souvent polyphasique alternant avec des séquences péristaltiques normales
- 1/3 inf de l'œsophage
- SIO normal



**Spasmes étagés de l'œsophage
= Sd de Barsony-Teschendorff**

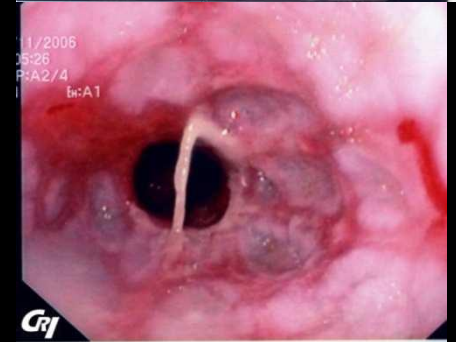
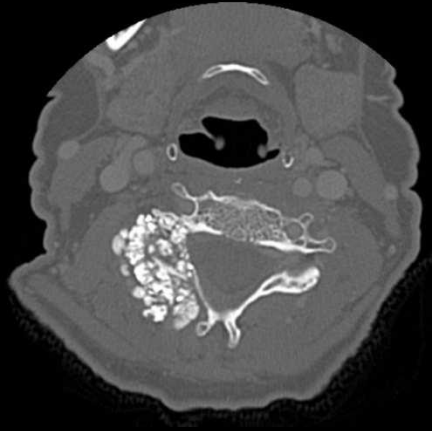
1.5 Autres



Hématome pariétal de l'oesophage

1. Douleurs d'origine oesophagienne

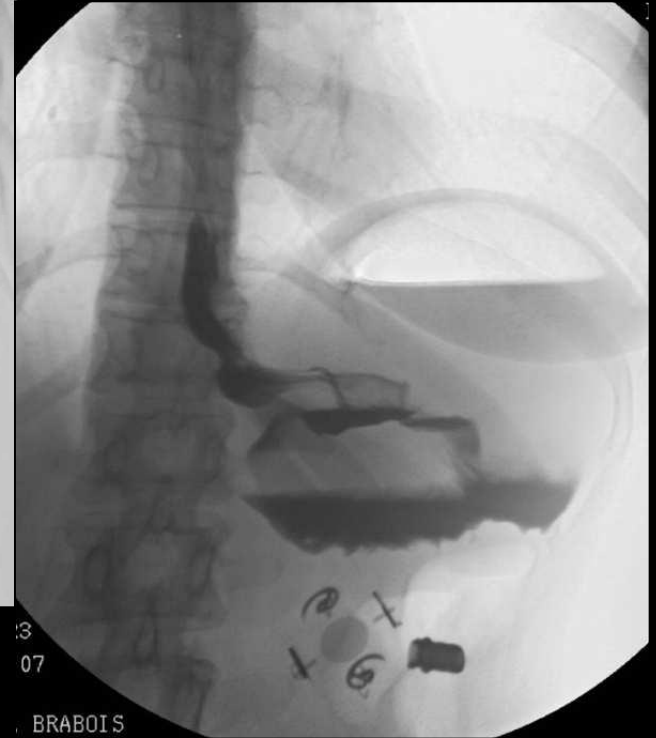
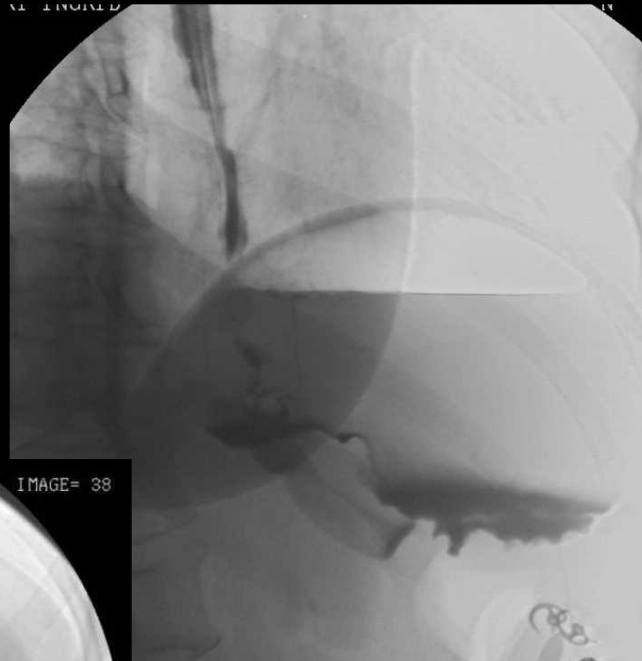
1.5 Autres



- Décrit en 1910 par Thibierge et Weissenbach
- Également appelé sclérodermie limitée, forme particulière de sclérodermie
- Acronyme :
 - Calcinosé sous-cutané: doigts, coudes et genoux +++
 - Raynaud
 - Atteinte oEsophagienne: **dilatation, RGO, dysphagie, tb de la déglutition, ...**
 - Sclérodactylie
 - Télangiectasies
- Ces cinq signes ne sont pas forcément tous présents.

CREST syndrome

1.1 Divers



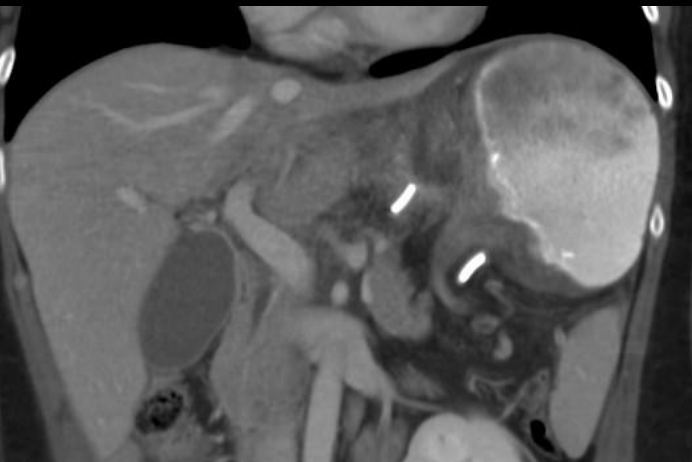
Volvulus gastrique ???

ATCD d'anneau gastrique. Douleurs thoraciques
Stase et distension gastrique, pas de franchissement du PDC en aval de l'anneau

1.1 Divers



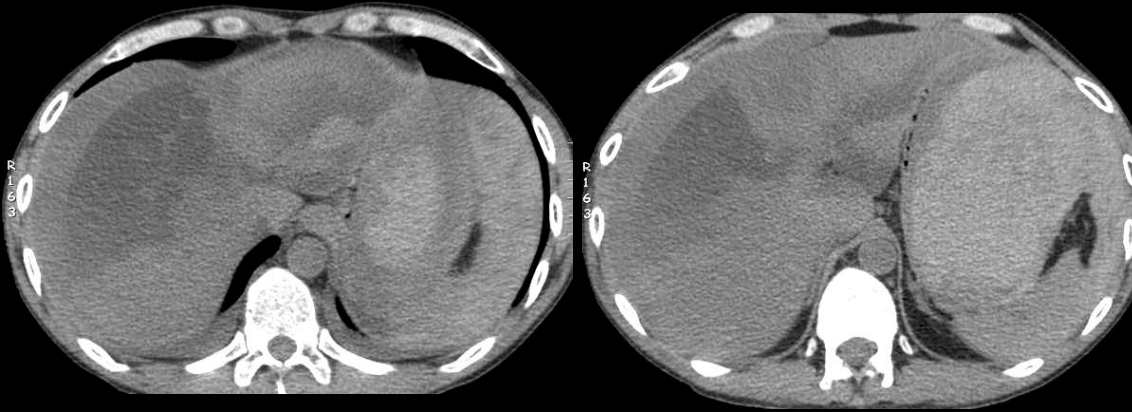
« Hernie » de la quasi-totalité de l'estomac en amont de l'anneau gastrique, sans volvulus ni signe de souffrance



« Slipped » stomach

2. Douleurs d'origine gastro-duodénale

1.1 Divers



38 ans, douleurs thoraciques

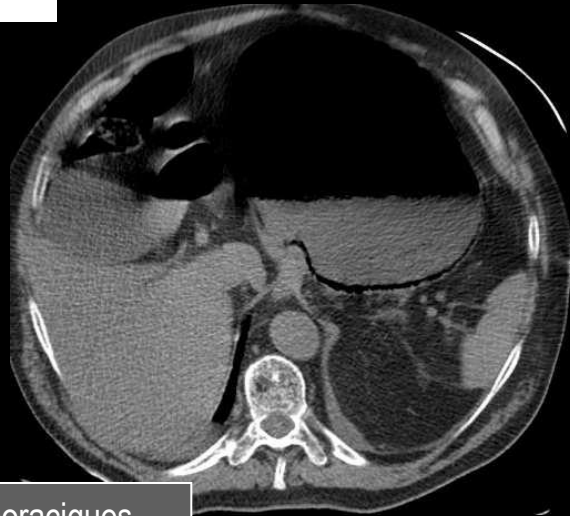
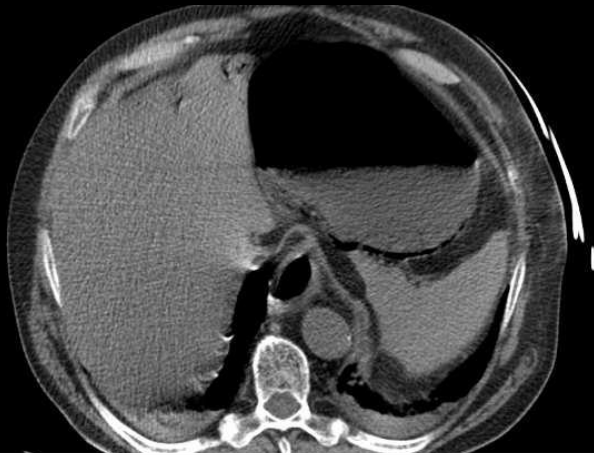
ATCD: ancien toxicomane, sous SUBUTEX.

24h après son admission, recrudescence des douleurs épigastriques et déglobulisation à 5 g/dl.



Hématome pariétal sous-séreux de l'estomac

1.2 Ischémies & infections



73 ans, J3 d'une PTH, diabète. Douleurs thoraciques

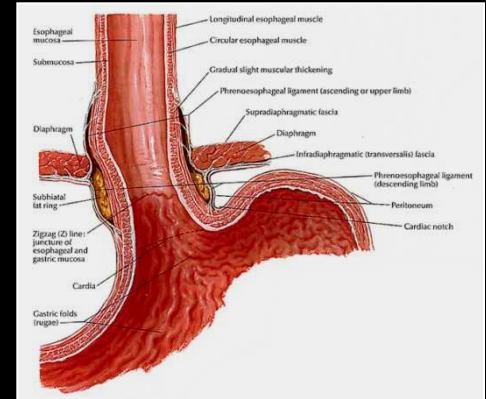
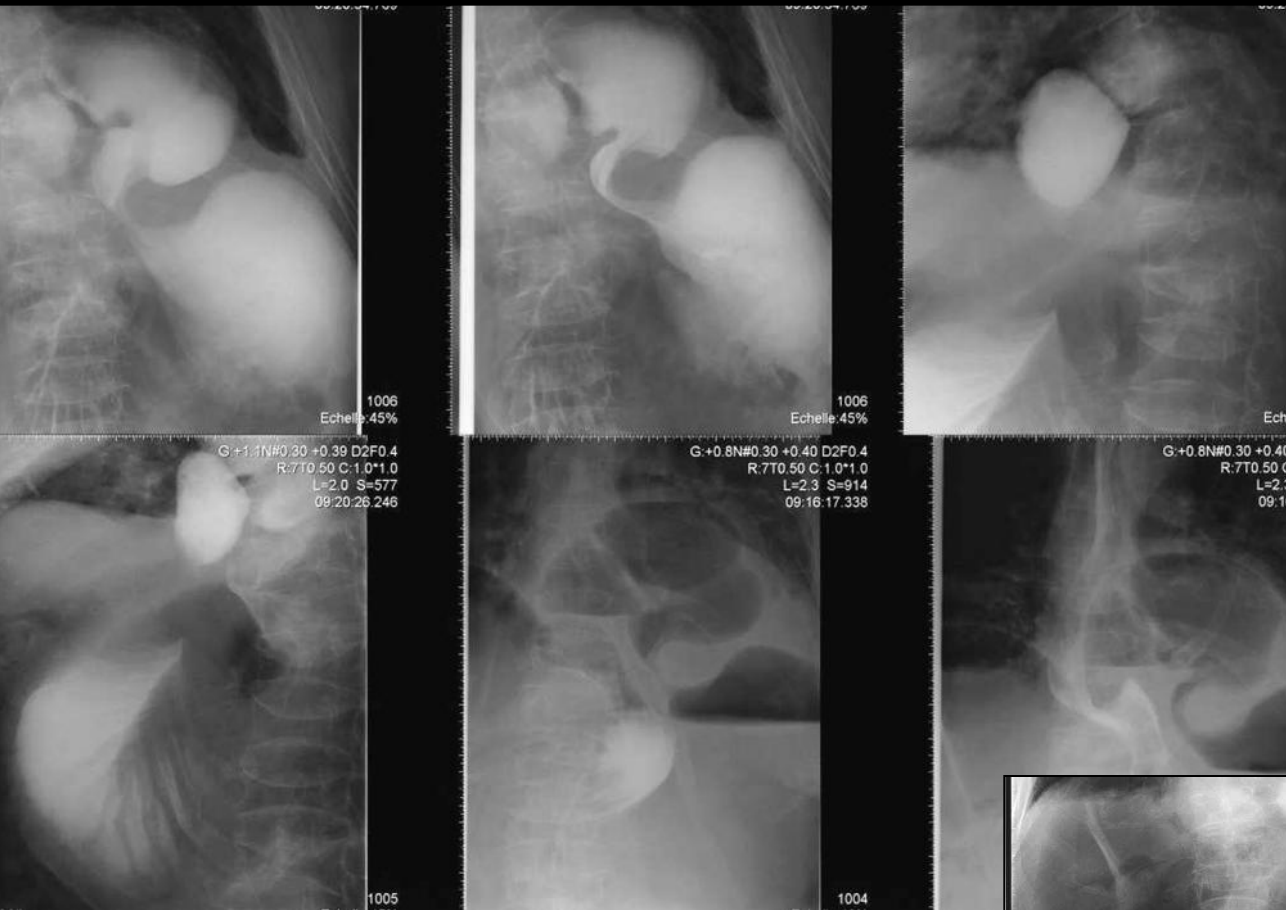


Gastrite emphysémateuse

Probable complication d'une gastroparésie diabétique. Évolution favorable après aspiration gastrique (intervention chir : pas de nécrose de la paroi gastrique)



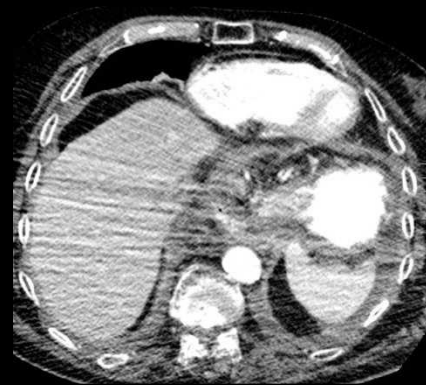
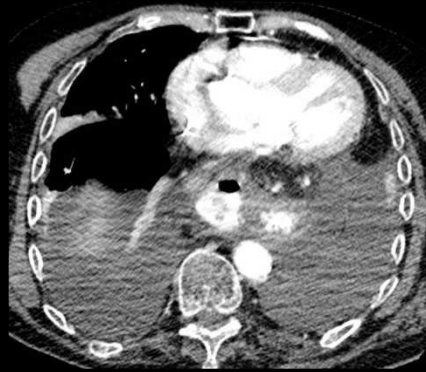
1.3 Hernies hiatales



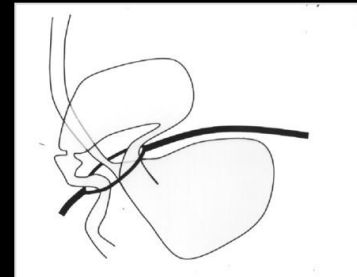
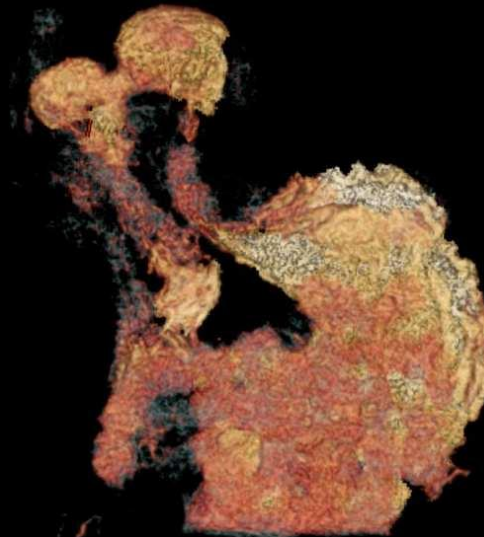
Douleurs thoraciques basses brutales
HH connue



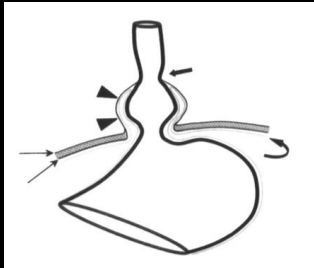
1.3 Hernies hiatales



Hernie hiatale par roulement avec rotation
mésentérico-axiale de l'estomac, à contenu antro-pyloro-
bulbaire



1.3 Hernies hiatales

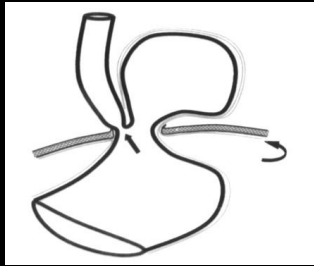


type 1: 95% des cas

hernie hiatale par glissement (ou « axiale »)

Jonction oeso-gastrique (cardia) déplacée dans le thorax

Association au dysfonctionnement du SIO >> reflux

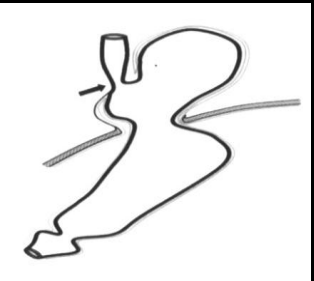


type 2

hernie hiatale par roulement (ou para oesophagienne)

fundus +/- autre portion de l'estomac herniée dans le thorax par un défaut antérieur et latéral de la membrane oeso-diaphragmatique

Jonction oeso-cardiale reste en position normale sous diaphragmatique

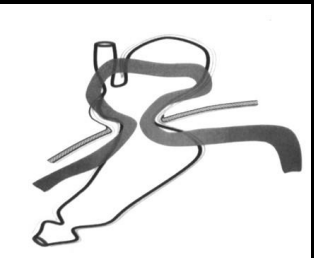


type 3

Hernie mixte déplacement du cardia et du fundus

Plus fréquente que la hernie par roulement pure

Risque important de rotation gastrique

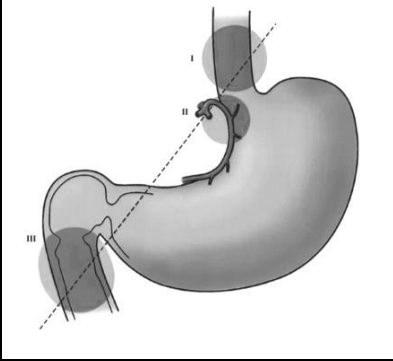


type 3+ ou 4

hernie hiatale associée à une hernie viscérale.

Quand le hiatus est très élargi (colon, foie, grêle, épiploon)

1.3 Hernies hiatales

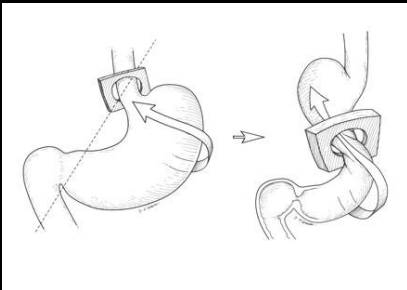


Position normale de l'estomac : le grand axe de l'estomac passe par 3 points anatomiques

I = face postérieure du bas oesophage,

II = artère gastrique gauche

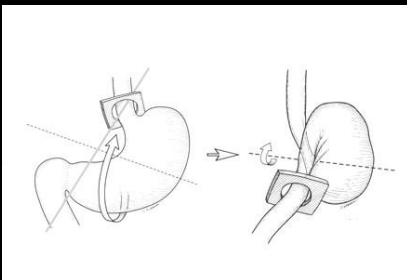
III = fixation rétro-péritonéale du duodénum.



Rotation organo-axiale : dans l'axe longitudinal

Type de rotation **la plus fréquente** car la grande courbure est l'élément le plus mobile ; rotation essentiellement antérieure (exceptionnellement postérieure)

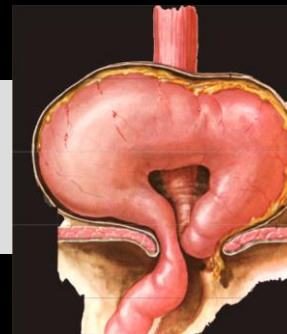
Risque de nécrose pariétale plus important



Rotation méso-axiale.

Moins fréquente

Possible tableau chronique

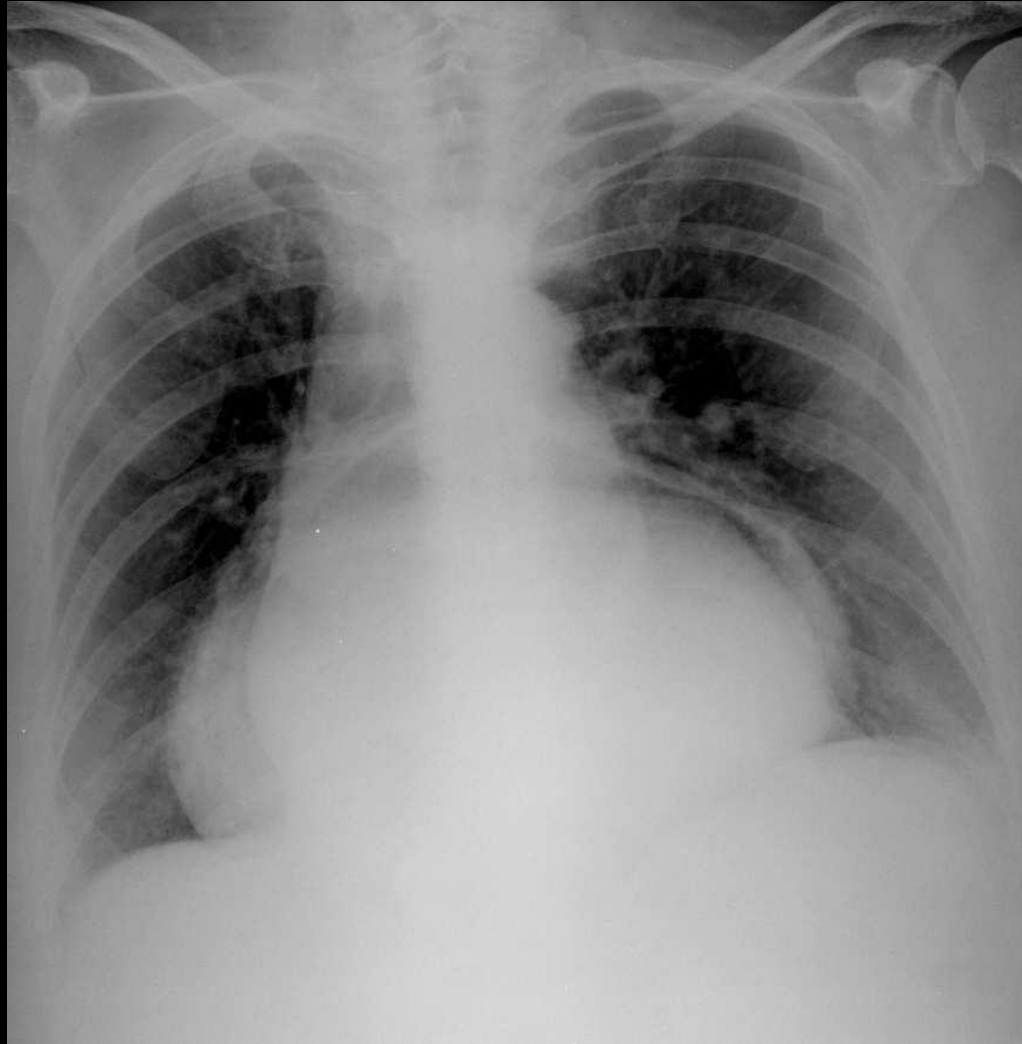


Au cours d'une hernie, l'estomac, mal fixé, peut faire une rotation sur l'un de ces axes

On ne parle de « volvulus gastrique » qu'en cas de retentissement mécanique et d'occlusion

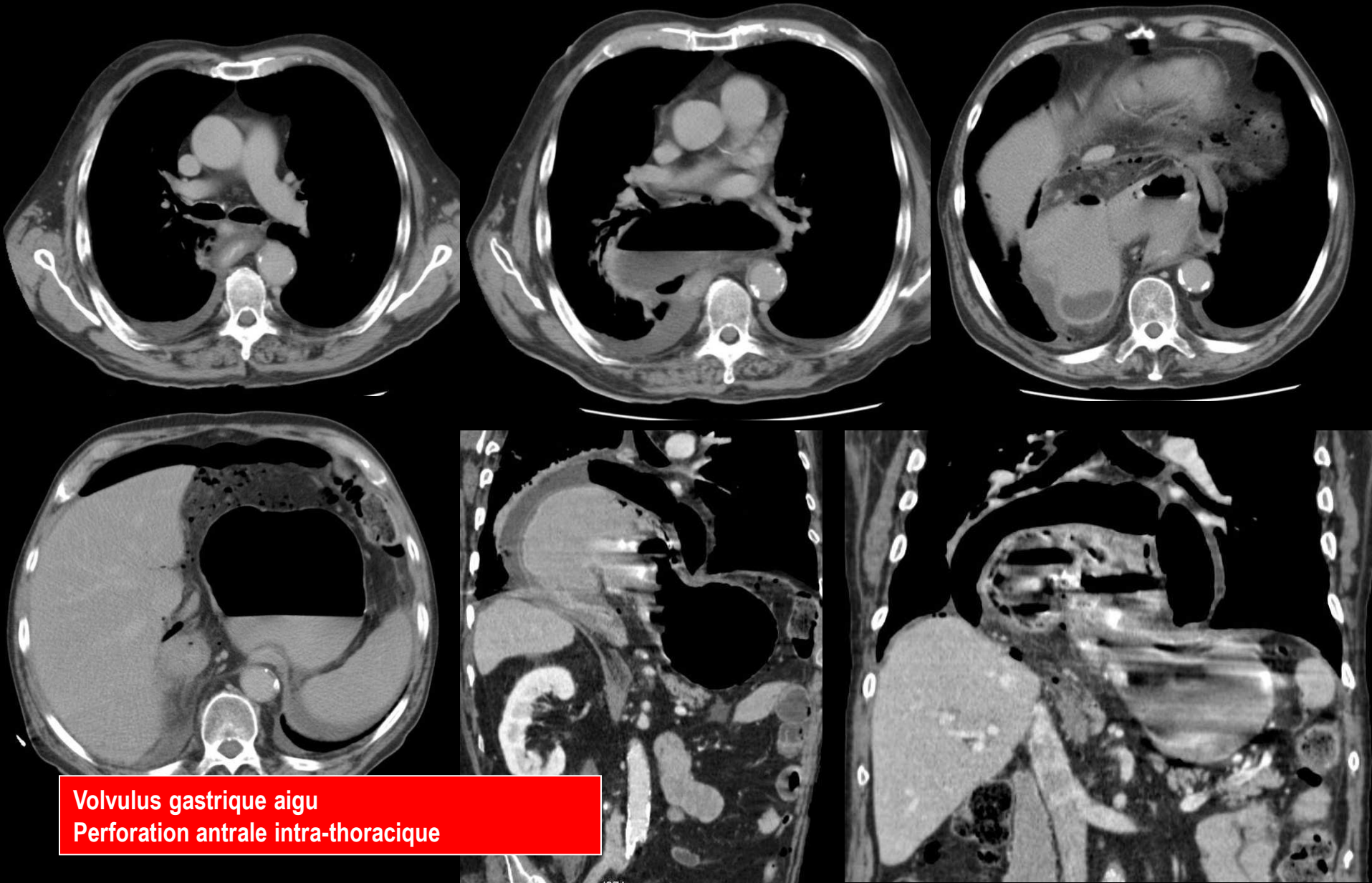
Triade de Borchardt (1904) : douleur épigastrique, vomissements, impossibilité de poser une sonde naso-gastrique.

1.3 Hernies hiatales



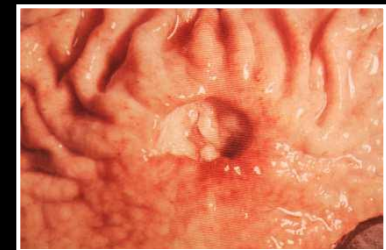
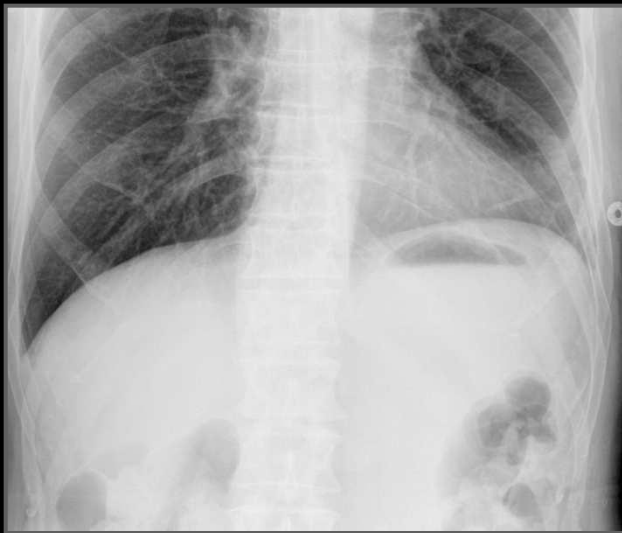
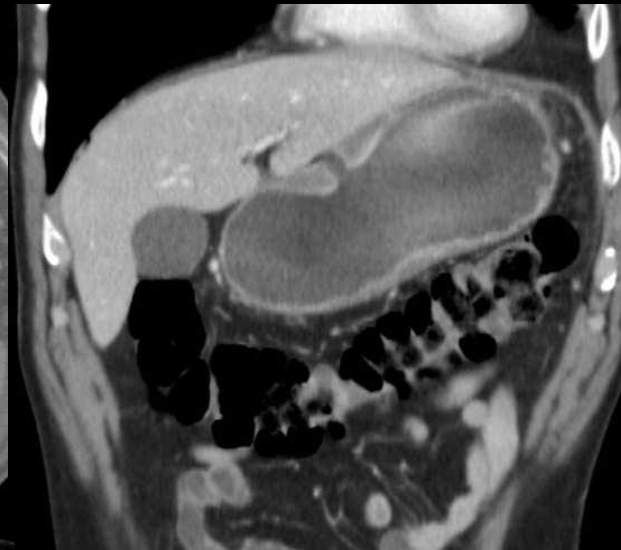
72 ans, ATCD de hernie hiatale
Douleurs épigastriques

1.3 Hernies hiatales



Volvulus gastrique aigu
Perforation antrale intra-thoracique

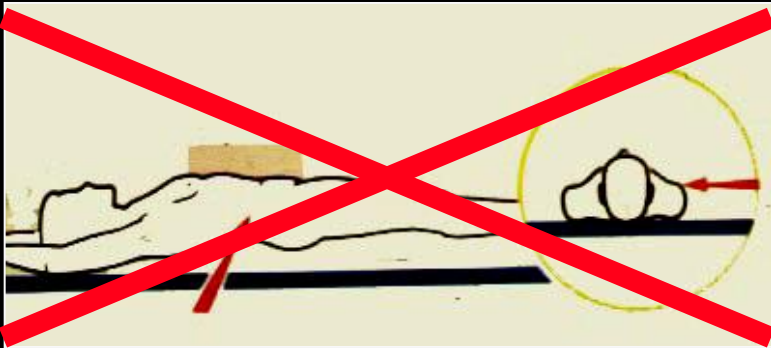
1.4 Ulcères



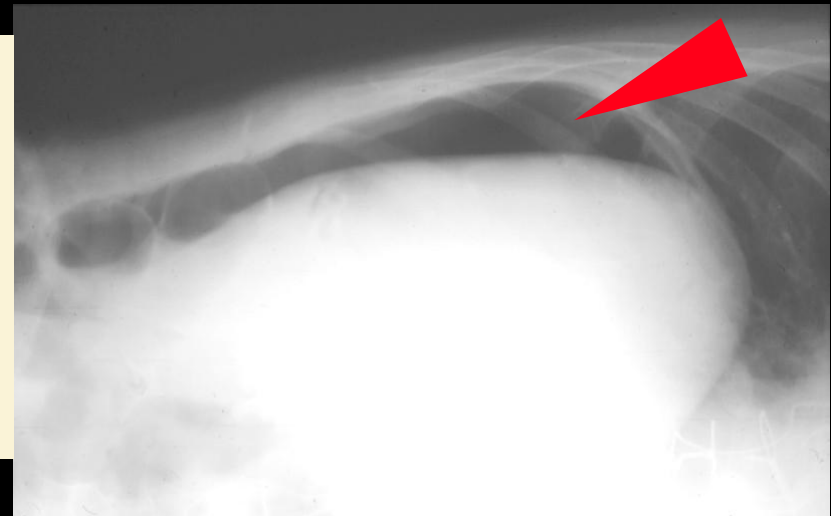
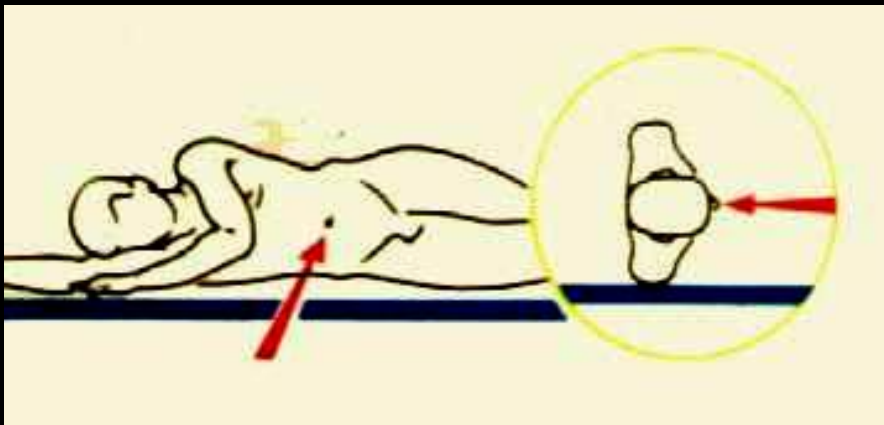
Perforation ulcéreuse de la petite courbure

1.4 Ulcères

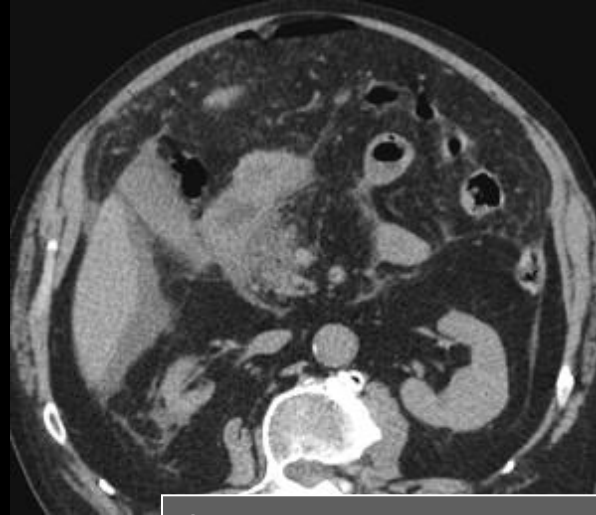
Perforations en péritoine libre



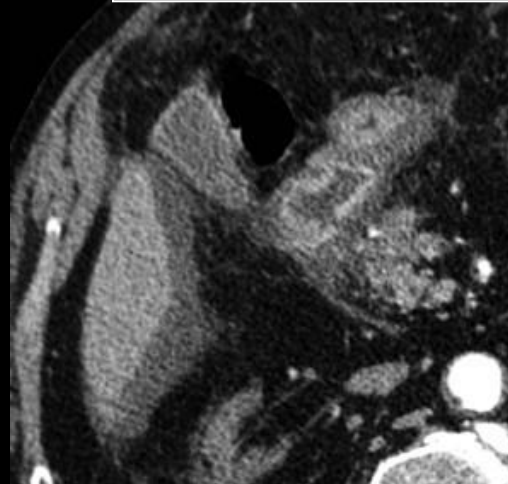
latéro-cubitus GAUCHE !



1.4 Ulcères

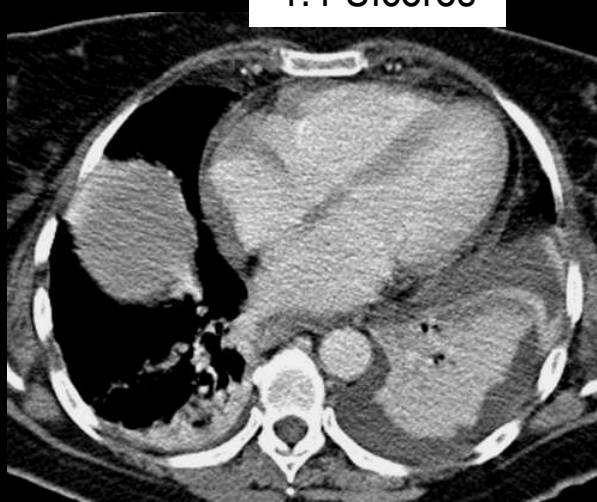


Comblement « liquidien » du sillon et épaissement inflammatoire de la paroi



Perforation d'un ulcère de la face postérieure du bulbe duodéal

1.4 Ulcères



Abcès sous-phrénique
Ulcère perforé

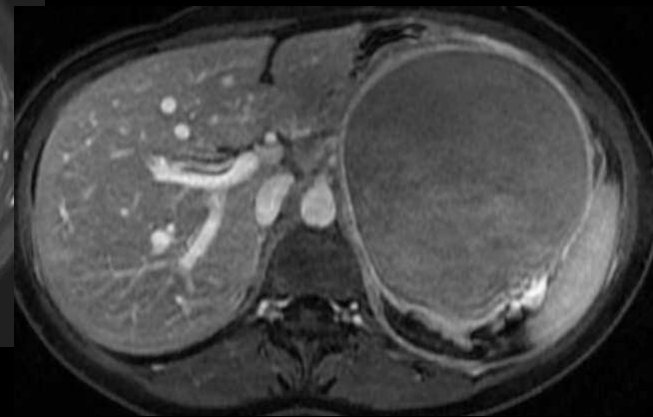
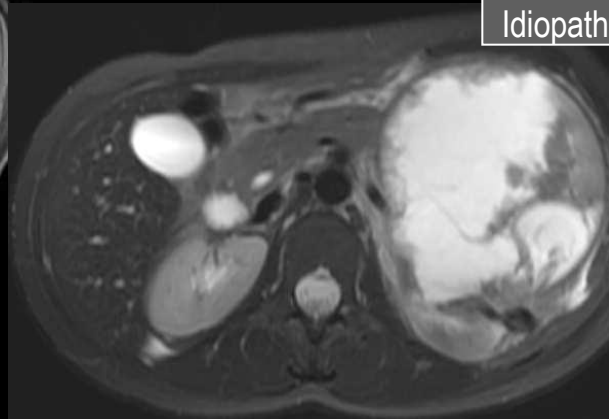
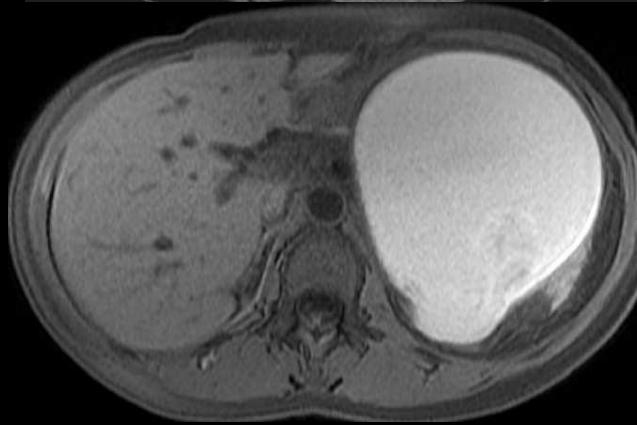
3. Douleurs « projetées »

Césarienne il y a 2 mois

Douleurs basi-thoraciques gauches

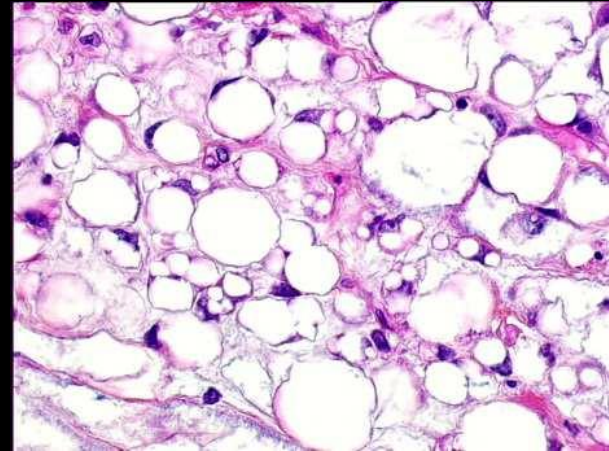
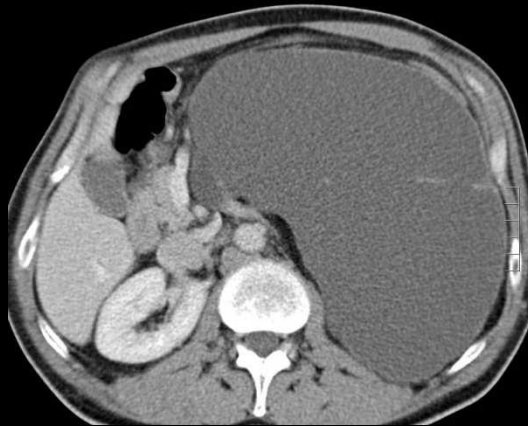


Stress, chirurgie, sepsis, grossesse, hypotension
Troubles de l'hémostase, ttt anticoagulant
CIVD
Stress néonatal
Thrombose de veine rénale
Tumeur sous-jacente
Idiopathique



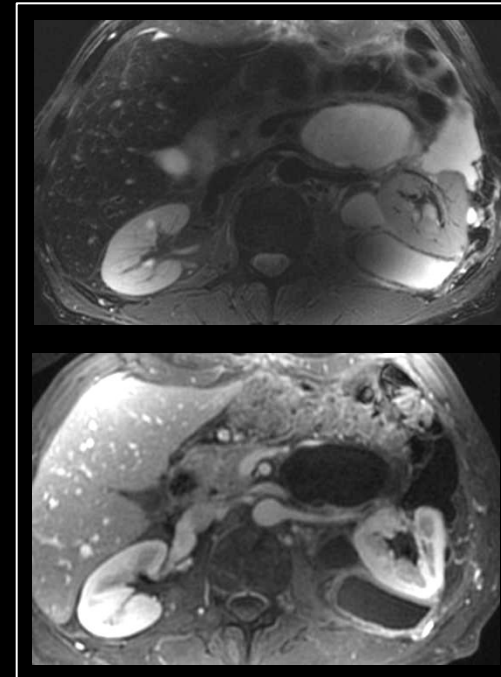
Hématome surrénalien G

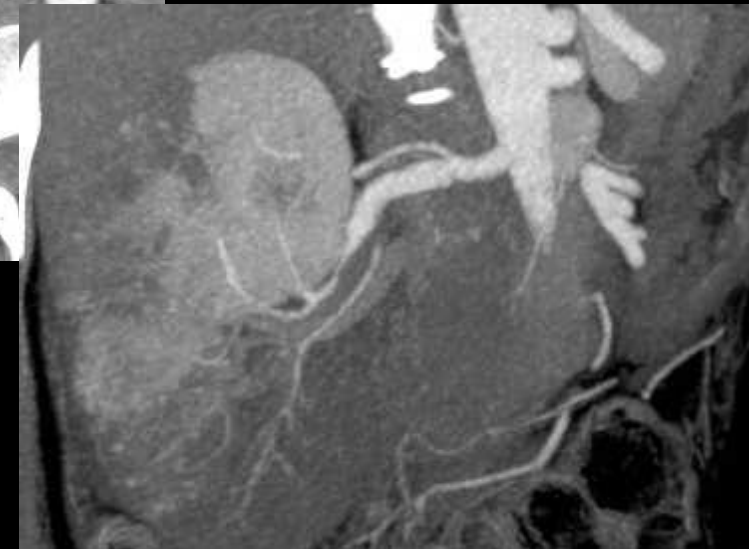
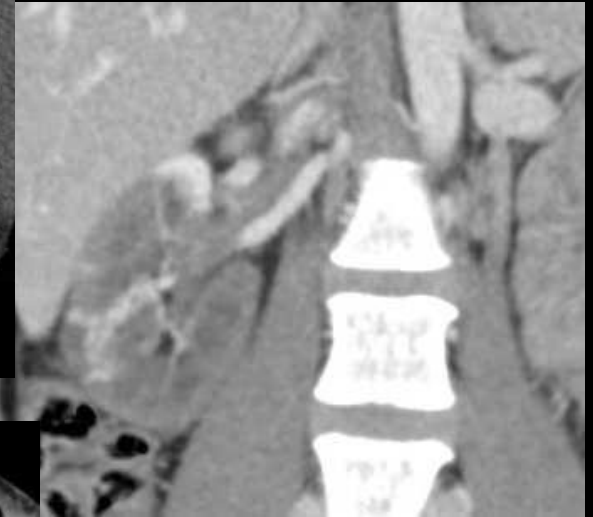
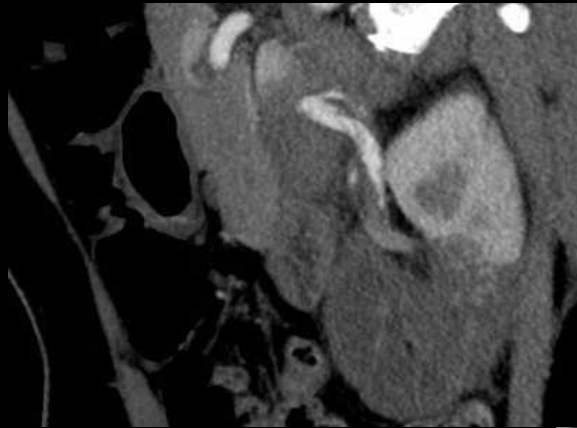
3. Douleurs « projetées »



Lésion kystique, multi-cloisonnée avec septas prenant le contraste, rétropéritonéale

Liposarcome RP



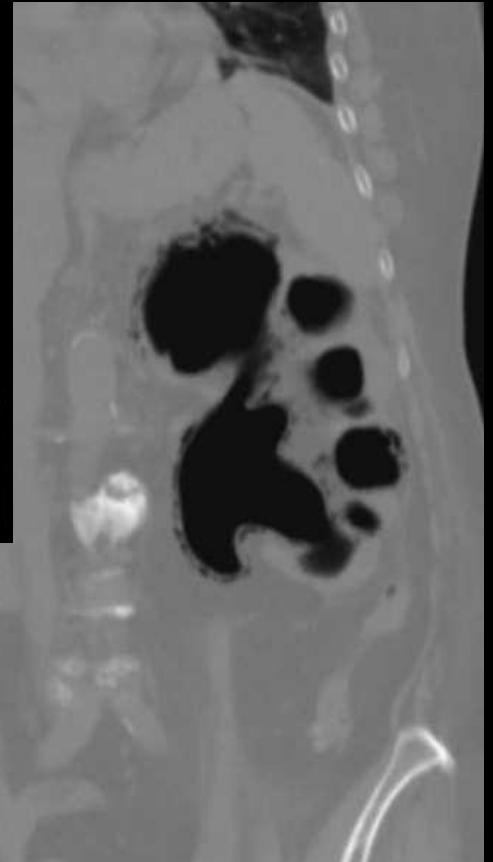
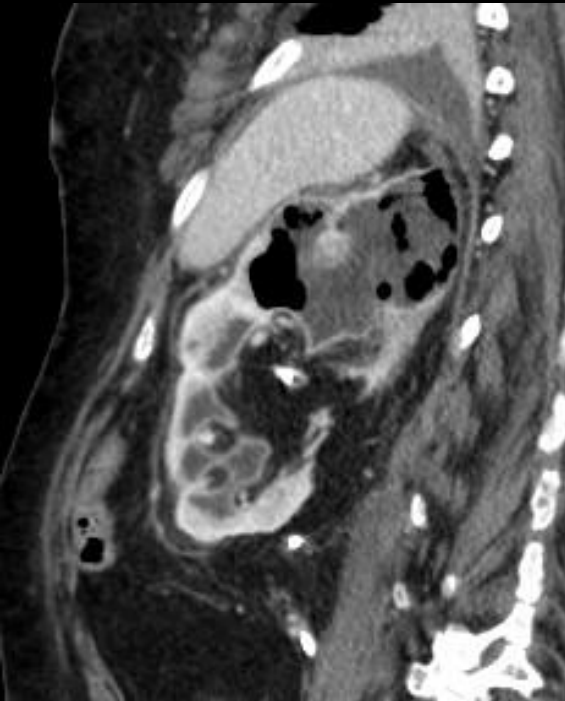


Infarctus rénal D, par dissection de l'artère rénale droite à son tiers distal



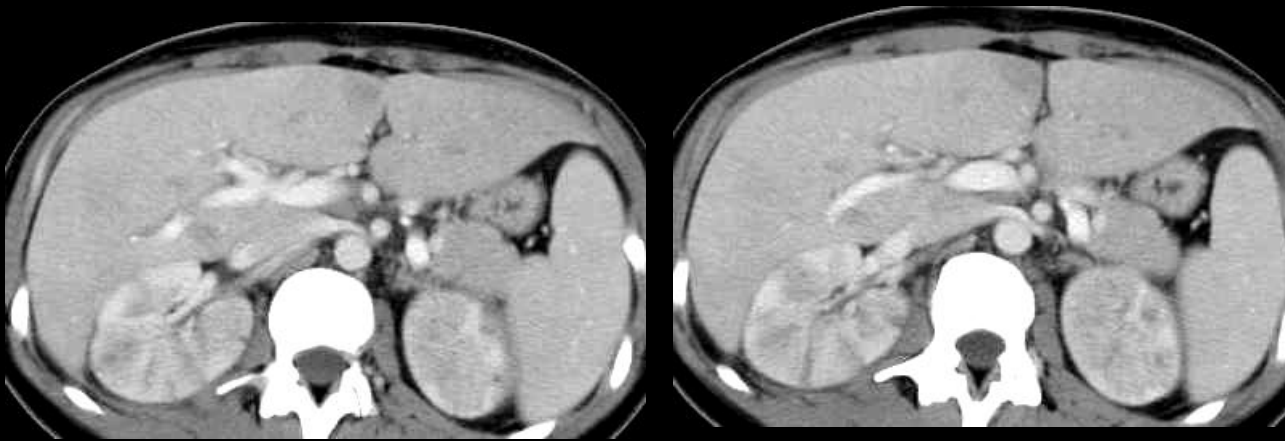
Thrombose aiguë de l'ARD sur stent

3. Douleurs « projetées »

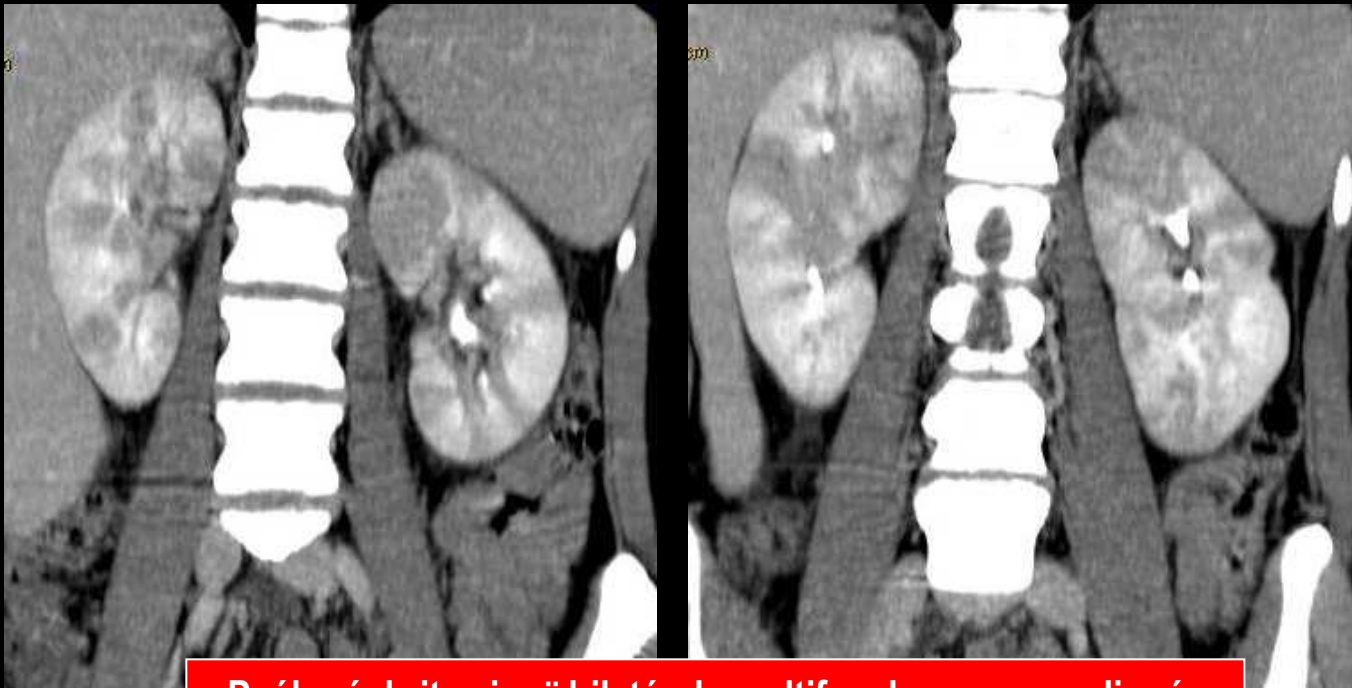


85 ans, douleurs thoraciques
gauches... suspicion de
pneumopathie à la RT...

Pyonéphrose « emphysemateuse »



Femme 25 ans, douleurs thoraciques bipostéro-basales. Suspicion d'EP...



Pyélonéphrite aiguë bilatérale multifocale, non compliquée

3. Douleurs « projetées »



35 ans, DT basales droites intermittentes

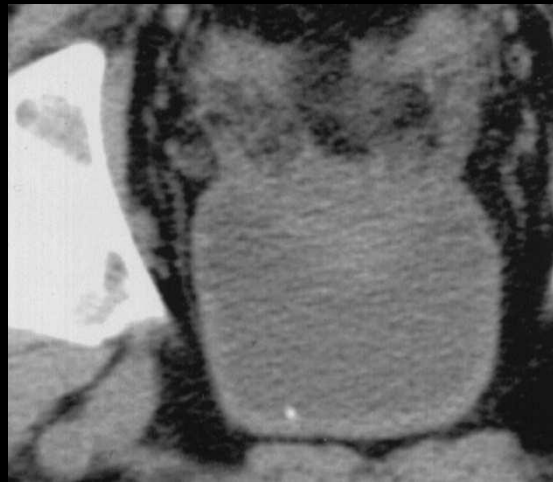


Sd de JPU droit, révélé par l'hyperdiurèse

3. Douleurs « projetées »



... on dit pas « des lithiases » mais « des calculs » !!

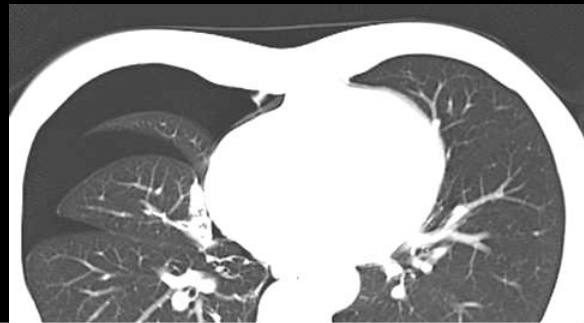
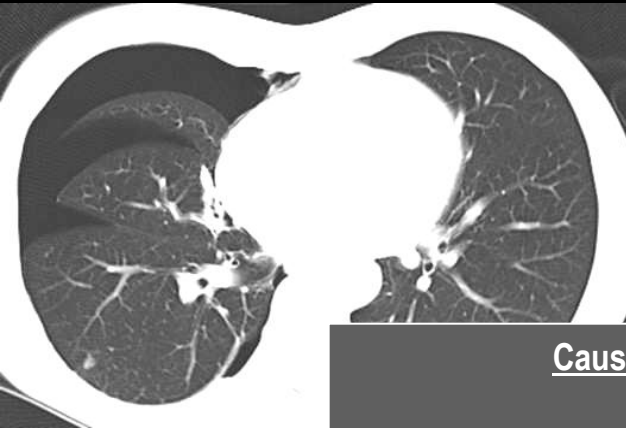


Causes d'obstruction urinaire aiguë:

- Intraluminal : calcul, caillot, nécrose papillaire, fungus ball
- Pariétale
 - Tumeurs urothéliales
 - Tuberculose
 - Sténose post-chirurgicale,...
- Extraluminal
 - Tumeurs pelviennes et rétropéritonéales
 - Fibrose rétropéritonéale
 - Pathologies gynécologiques et gastro-intestinales
 - Pathologies vasculaires

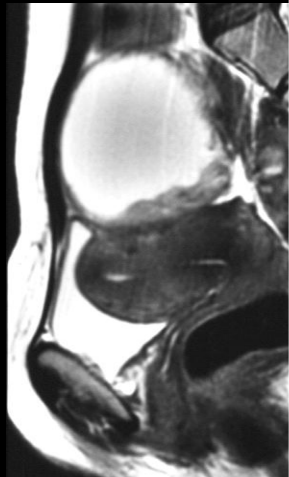
Colique néphrétique D sur calcul méatique

3. Douleurs « projetées »



Causes potentielles de pneumothorax spontanés secondaires

métastases juxta pleurales (ostéosarcome)
pneumocystose
tuberculose
mucoviscidose
Emphysème - BPCO
pneumonie nécrosante
toutes les pneumopathies infiltrantes
hamartomes kystiques mésenchymateux
cannabis
syndrome de Birt Hogg Dubé (fibrofolliculomes cutanés et prédisposition au cancer du rein)



3. Douleurs « projetées »



65 ans, ECU positif, ttt antibiotique depuis 15 jours
PR sévère ttt par immunosuppresseurs
Apparition d'une douleur thoracique

... il faut toujours faire
l'abdo-pelv face à un
pneumomédiastin
d'origine non évidente
sur le thorax... même
si ça fait pas plaisir !!!



Abcès ischio-anal perforé avec pneumomédiastin

3. Douleurs « projetées »

65 ans, ATCD :

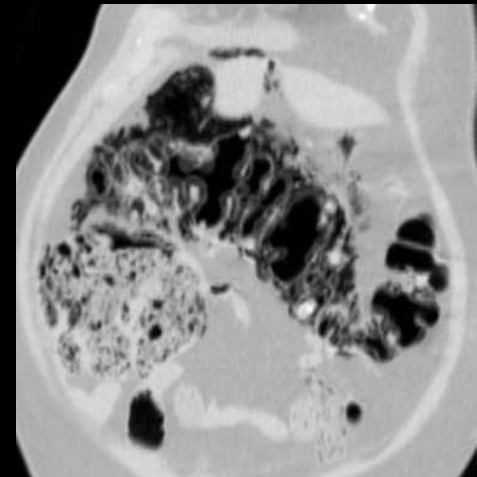
Tuberculose dans les années 1960

BPCO nécessitant une oxygénothérapie depuis 6 ans

DT avec insuffisance respiratoire aiguë: dyspnée, hypoxémie
EP ?



Pneumatose kystique colique avec perforation sous-péritonéale, et pneumomédiastin

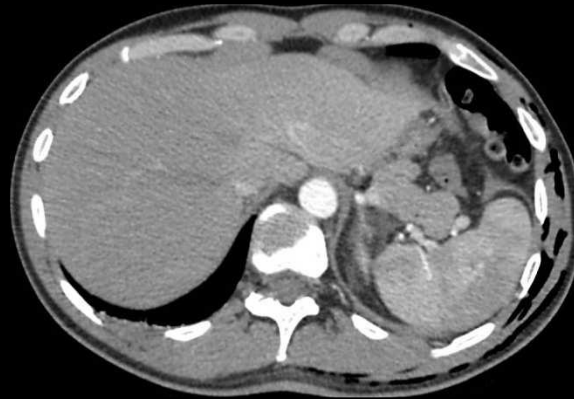


Siège: de l'œsophage au rectum

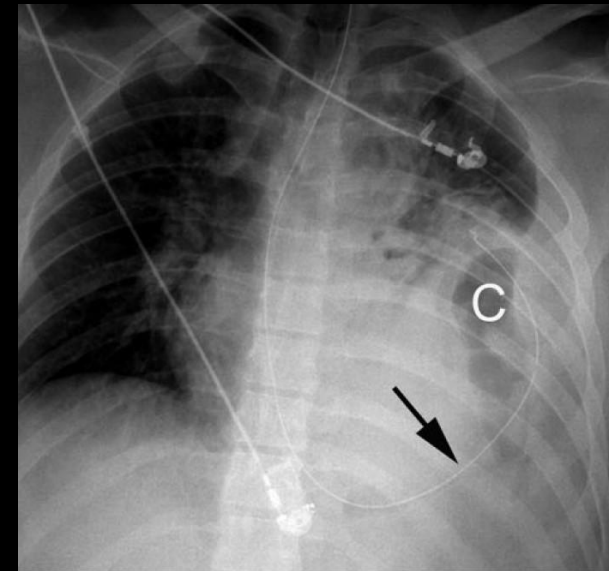
- **grêle (42%):** bulles sous-séreuses sur le bord mésentérique, migration vers l'espace sous-péritonéal mésentérique: **rétro-pneumopéritoine « médical »**
- **côlon (36%):** « pseudo-nodules » polypoïdes sessiles sous-muqueux (dolichosigmoïde)



3. Douleurs « projetées »



Hernie de l'estomac ou du colon dans le thorax
SNG dans l'estomac en position intrathoracique
Déviation médiastinale

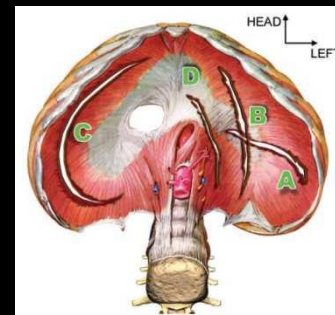
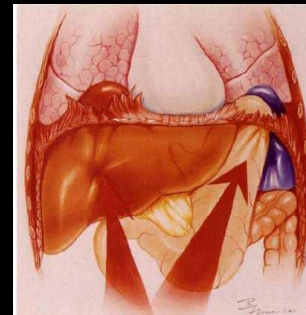


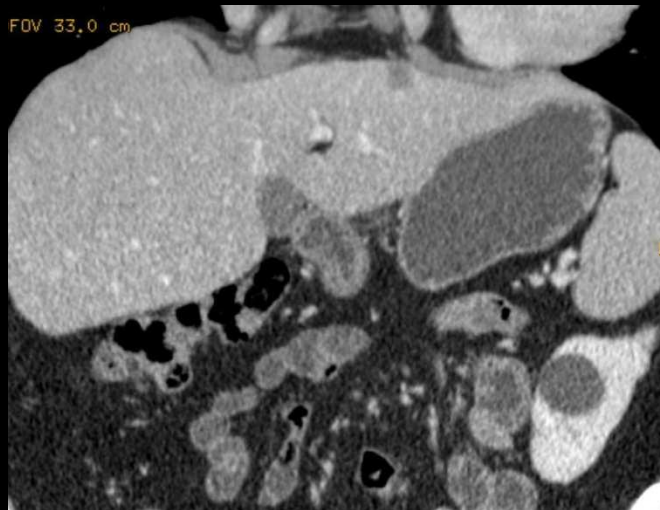
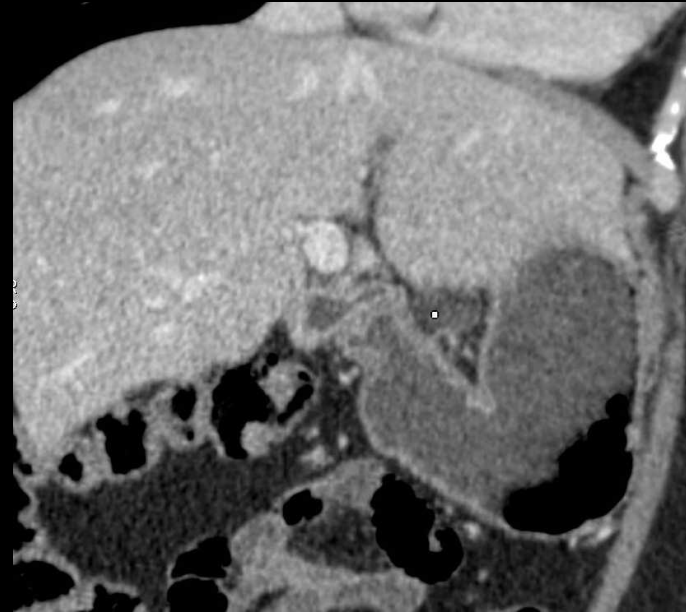
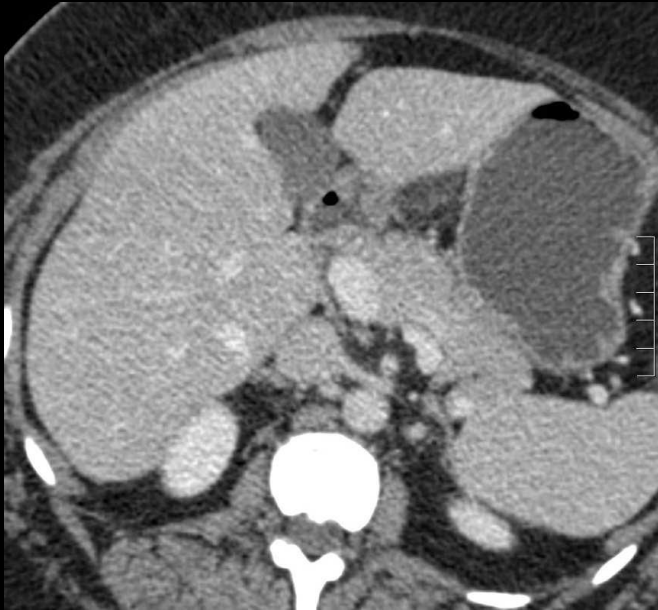
Hernie diaphragmatique post-traumatique

Plus fréquent à G

Souvent méconnu sur les clichés standards

Ttt chirurgical





**Infarctus limité du petit omentum
(ou ligament hépato-gastrique)**

3. Douleurs « projetées »



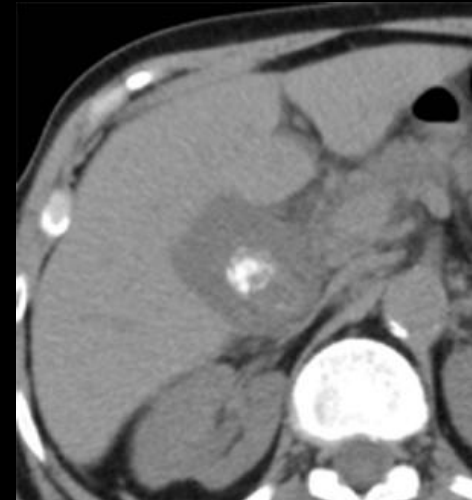
Hydrocholécyste



Douleur biliaire = cause la plus fréquente de douleur abdominale nécessitant la chirurgie chez le sujet âgé

Les complications de la cholécystite aiguë s'observent chez plus de 50% des patients après 65 ans

L'ileus biliaire représente 30% des occlusions aiguës chez la femme âgée

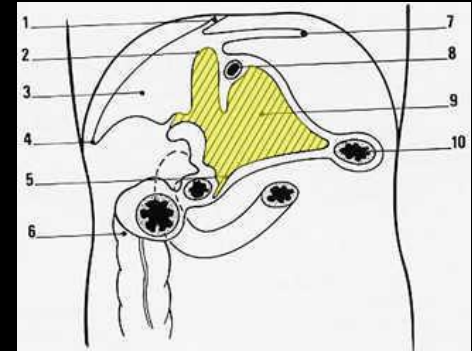


Cholécystite aiguë lithiasique



25% des patients n'ont pas de douleurs
< 50% ont de la fièvre, des vomissements ou une polynucléose

Douleur médio-thoracique
Diarrhée



Extension médiastinale d'un PK pancréatique

- Fréquence des douleurs thoraciques d'origine non cardio-pulmonaire ou pleurale
- Ne pas hésiter à opacifier le tube digestif supérieur au scanner
- Il reste une place aux opacifications standards notamment pour les troubles de la motilité oesophagienne
- Penser à rechercher des bulles gazeuses extra-digestives y compris dans le thorax
- **Toujours faire une acquisition abdomino-pelvienne quand l'étiologie d'une douleur thoracique reste inconnue sur le scanner thoracique**
- **Et toujours faire une hélice thoracique sans injection en cas de douleur thoracique aiguë (hématome intra-mural de l'aorte... mais aussi de l'œsophage ou de l'estomac !!!)**

Merci!