

imagerie des abdomens aigus du sujet âgé

principaux problèmes posés

- épidémiologie des abdomens aigus du sujet âgé
- particularités cliniques et biologiques + + +
- quelle(s) modalité(s) d'imagerie et comment ?
- quelques "fondamentaux" à retenir pour la pratique

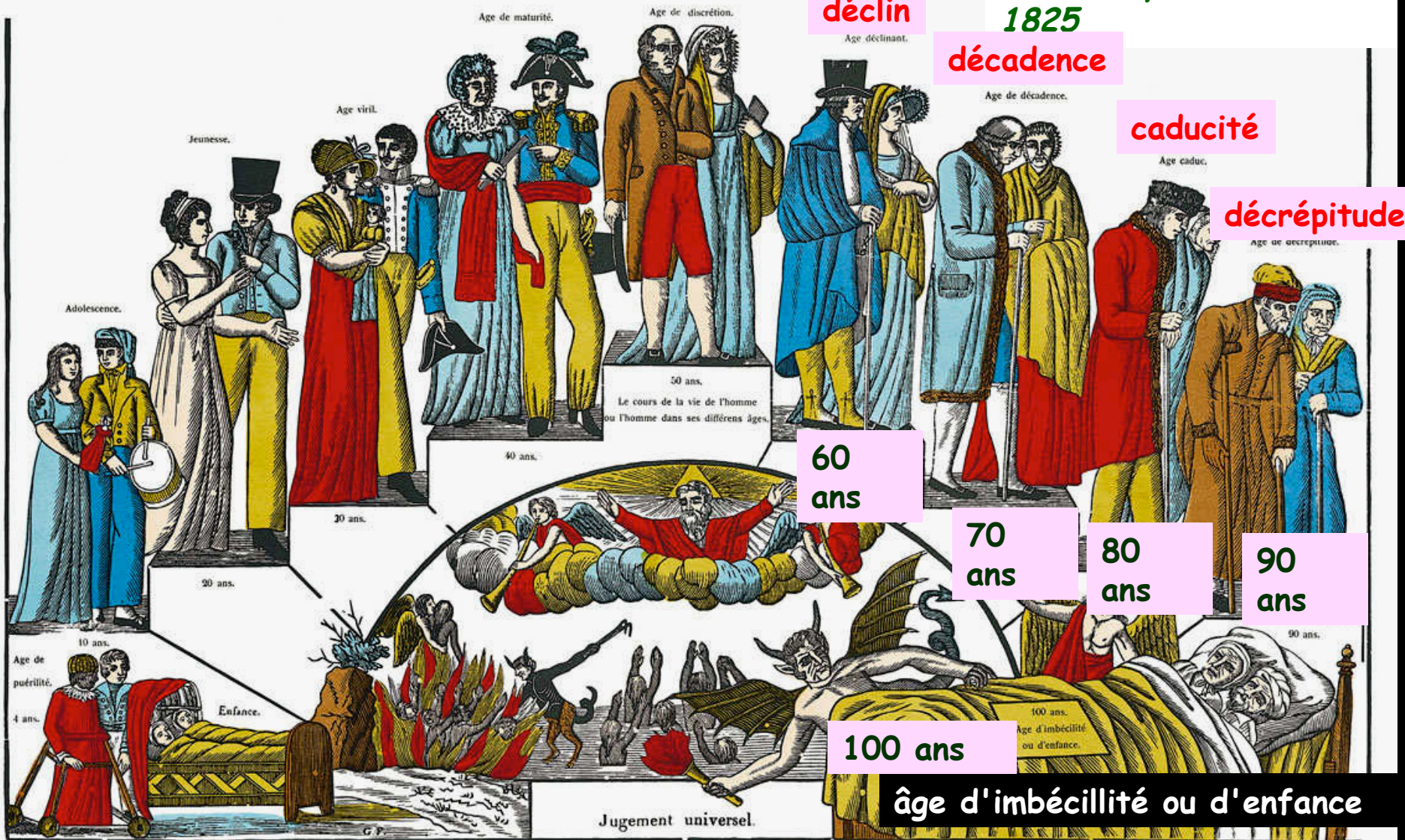


*Georges de la Tour
1593 Vic sur Seille
1652 Lunéville*

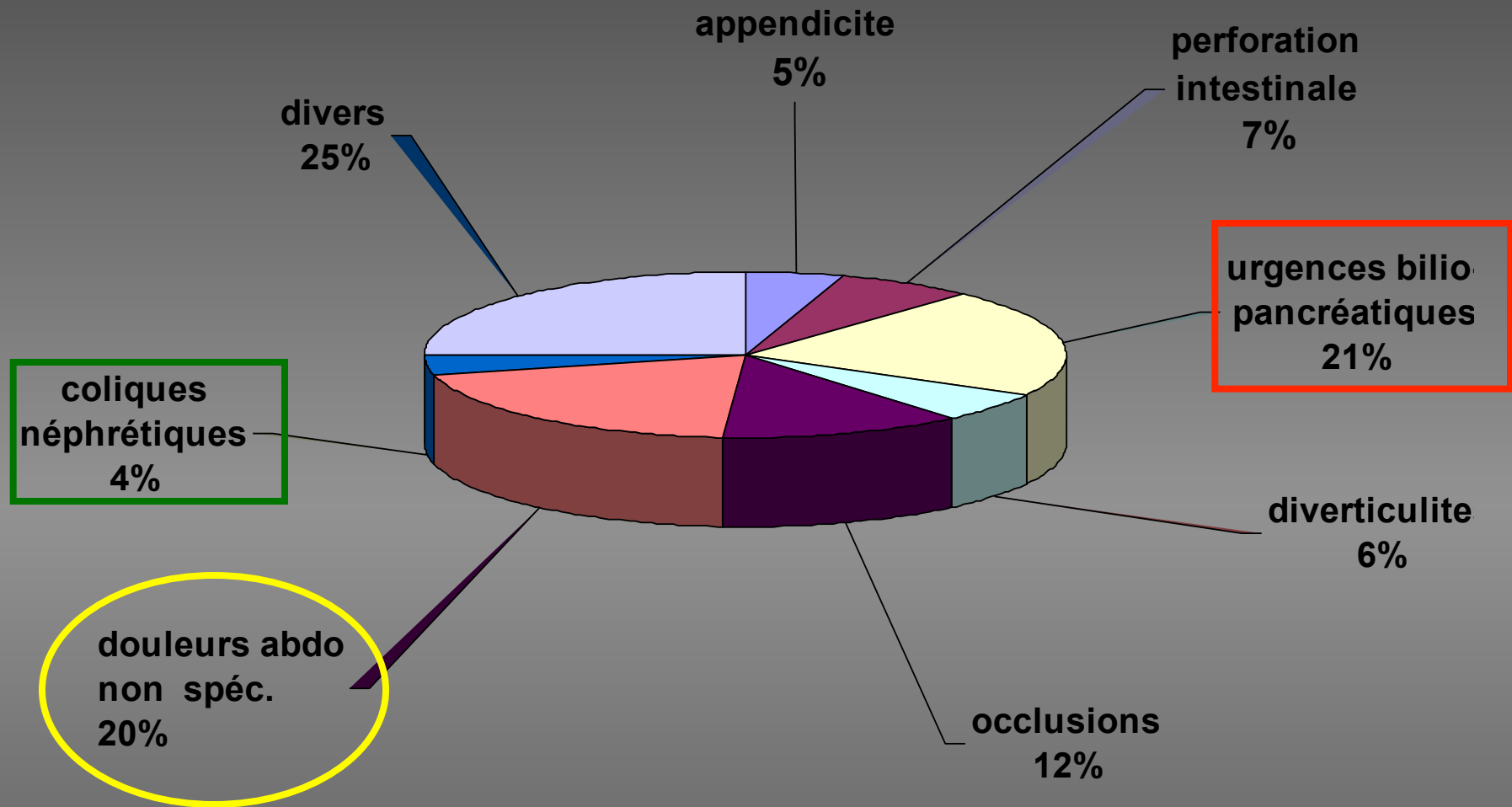
à partir de quand est-on "âgé" ?

DEGRÉS DES AGES.

imagerie Jean Charles
Pellerin Epinal, vers
1825



1 .particularités épidémiologiques des abdomens aigus du sujet âgé



5 diagnostics : cholécystite , DNS, occlusion intestinale, perforation représentent **60% des étiologies** au delà de 50 ans ; si on ajoute appendicites et complications infectieuses de la diverticulose , on dépasse 70%

- douleurs abdominales : 4% des consultations aux urgences quelle que soit la tranche d'âge
- hospitalisation dans 18 à 42 % des cas chez l'adulte ,
dans 70 % des cas chez les sujets âgés
- 40% de DNS (douleurs abdominales aiguës non spécifiques) avant 50 ans ; 16% après 50 ans
- 22 % des sujets âgés hospitalisés pour un abdomen aigu vont être opérés ; 6,3 % vont mourir pendant leur séjour hospitalier



*B. Vermeulen "est-ce que l'âge influence le processus diagnostique de l'abdomen aigu ?"
Médecine d'urgence ; 2003 Elsevier ed.p 57-66*

2 .particularités cliniques et biologiques des abdomens aigus du sujet âgé

les tableaux abdominaux aigus sont grevés de taux plus élevé de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées.

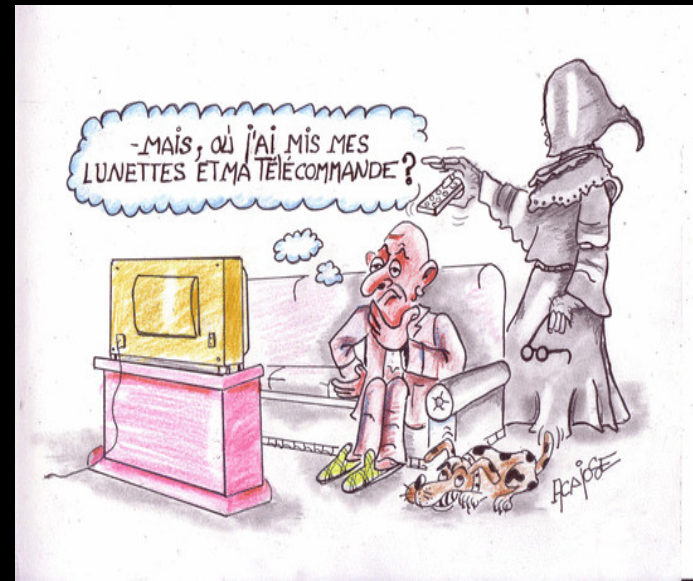
les principales causes sont :

- les **retards de diagnostic** (et de prise en charge thérapeutique)
- les **comorbidités**



2 éléments essentiels à retenir

- difficultés de l'anamnèse** et de l'examen clinique
- gravité du pronostic** , en morbidité et en mortalité



- en pathologie digestive quel que soit l'âge , la clinique est **sensible** , **peu spécifique** et **souvent trompeuse** !
- l'essentiel réside dans un interrogatoire précis de l'HDM et des antécédents ; l'examen clinique est souvent décevant
- le principal attrait de l'échographie réside dans le dialogue interactif qu'elle permet avec le patient ..



chez le sujet âgé

- l'éventail des éventualités diagnostiques est très étendu
- l'interrogatoire est souvent difficile et laborieux voir impossible pour de multiples raisons (déficit des fonctions supérieures ,mais aussi crainte de l'hospitalisation , modifications des perceptions sensorielles ...etc.)
- l'examen clinique pelvi abdominal peut se révéler périlleux



quelques éléments à retenir

-sur le plan des éléments diagnostiques :

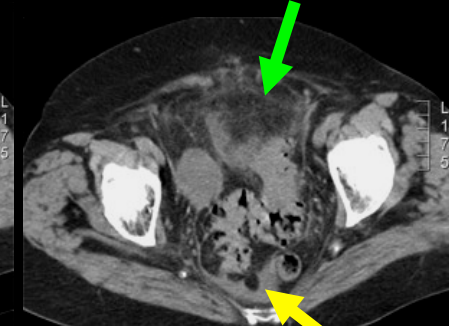
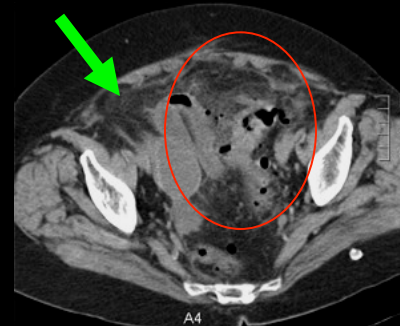
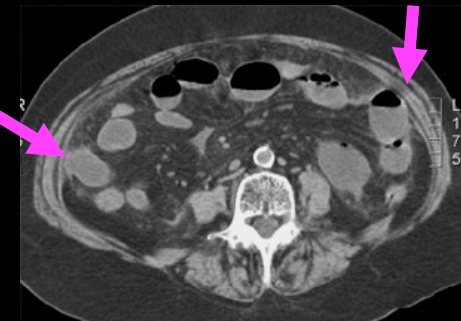
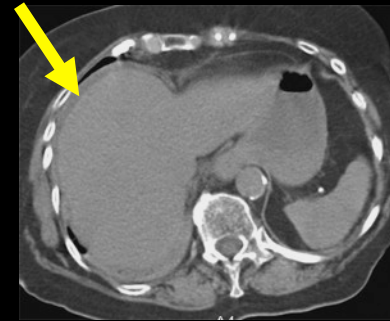
.la diminution des défenses contre l'infection explique l'absence fréquente de fièvre , de tachycardie et de polynucléose dans les tableaux infectieux même sévères +++++

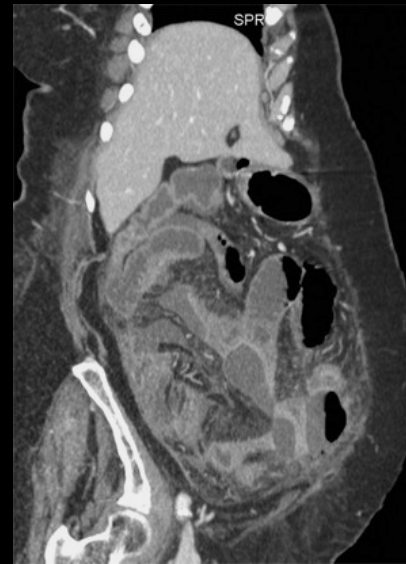
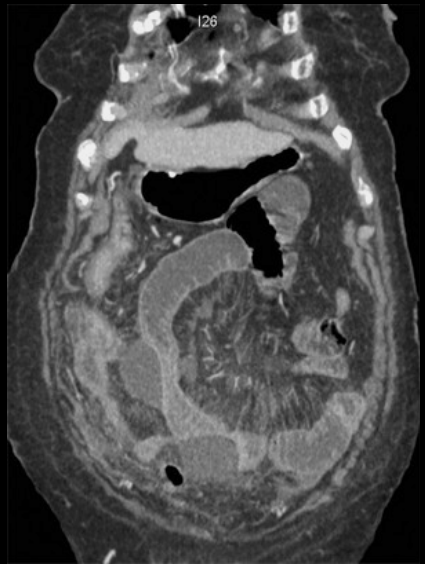
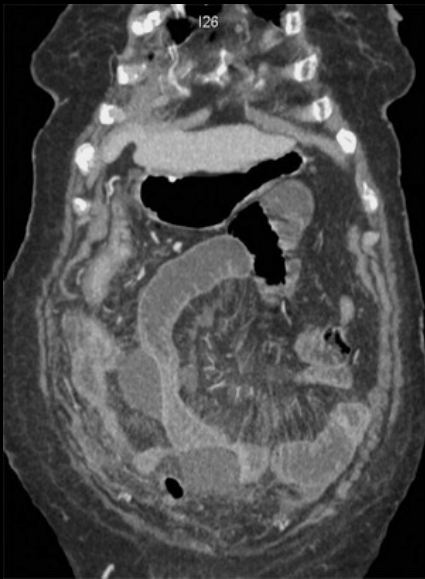
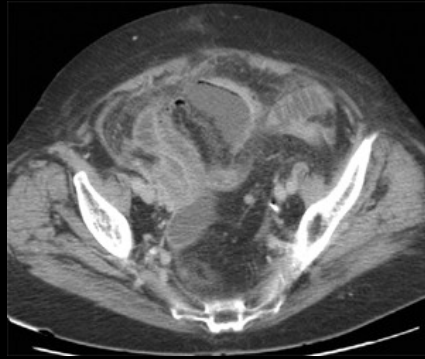
.la modification des perceptions sensorielles et douloureuses retarde le diagnostic

.la diminution des réserves physiologiques fonctionnelles des grands appareils pour faire face aux agressions explique la morbidité et la mortalité élevées



femme 82 ans ,sd occlusif ,pas de fièvre , discrète polynucléose ,PCR élevée insuffisance rénale





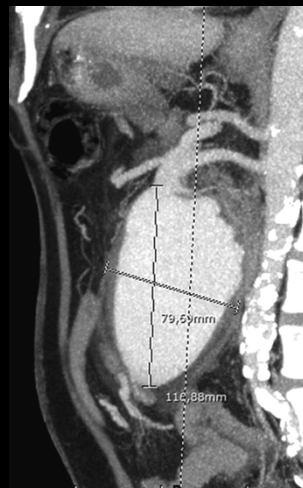
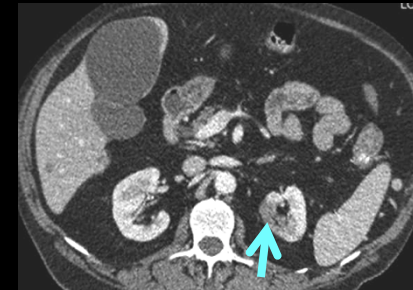
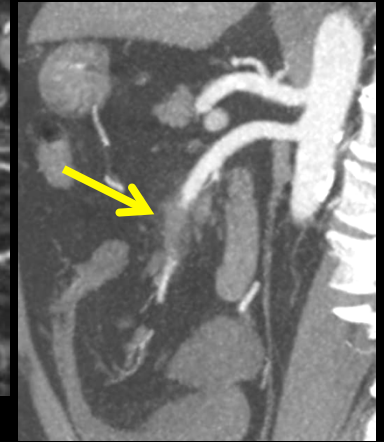
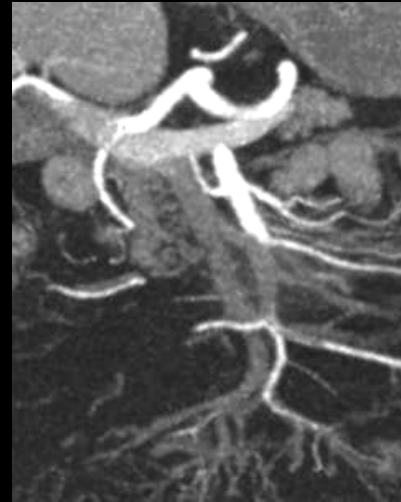
après 48 heures de traitement médicalintervention de Hartman ...

3 .quelle(s) modalité(s) d'imagerie dans les abdomens aigus du sujet âgé

-il est urgent et fondamental d'établir un **diagnostic positif précis** et **rapide** , en éliminant le plus rapidement possible les principales hypothèses alternes et en **identifiant les principales comorbidités**

-seule une **technique "anatomique" complète thoraco-abdomino pelvienne** peut répondre efficacement à ce cahier des charges !

-le CT "en urgence" est la seule réponse possible ; l'injection n'est pas forcément nécessaire ,mais elle est toujours d'un grand intérêt (en particulier dans les affections à composante ischémique)



  volution en 2 mois d'un embole septique de l'AMS vers un faux anévrisme infectieux de 10 cm de hauteur

quelques bons principes pour la réalisation pratique de l'examen scanographique des abdomens aigus du sujet âgé

- le patient doit être **correctement hydraté** en tenant compte de son état cardiaque
- les autres éléments de **prévention de la néphropathie induite par les produits de contraste** doivent être mis en œuvre : **suspension des traitements néphrotoxiques (AINS)**
- arrêt des biguanides ..
- en cas de syndrome occlusif avec vomissements abondants ,une **aspiration par sonde nasogastrique** doit être mise en place
- les coupes avant injection sont fondamentales +++** (hyperdensité des hématomes et des caillots , analyse des images gazeuses exo luminales et du contenu des anses ...) ; **elles doivent être regardées avant d'injecter !!!**
- la **qualité des images doit être maximale +++** , et prime sur l'irradiation !

Fiche de recommandation pour la pratique clinique

cirtaci

**prescription du jeûne AVANT
UN EXAMEN RADIOLOGIQUE
REQUÉRANT une injection
de produit de contraste iodé**

Fiche de recommandation pour la pratique clinique

cirtaci

**prévention de
l'insuffisance rénale
induite par les produits
de contraste iodés**

• problématique

Une altération de la fonction rénale peut survenir dans les jours suivant l'injection de Produits de Contraste Iodés (PCI) ; ce risque fait partie de ceux dont les patients doivent être informés.

Cette néphropathie induite par les PCI est définie par une élévation de plus de 42 µmol/L et/ou de plus de 25 % du taux de base de la créatinémie.

Fiche de recommandation pour la pratique clinique

cirtaci

**produits de contraste
iodés et diabète**

4 .les "fondamentaux" de l'imagerie des abdomens aigus du sujet âgé

4.1 les urgences bilio pancréatiques du sujet âgé

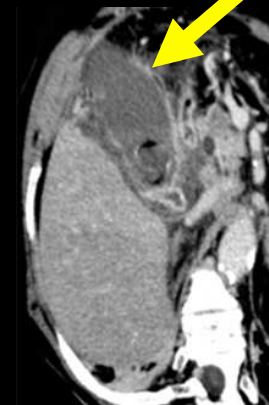
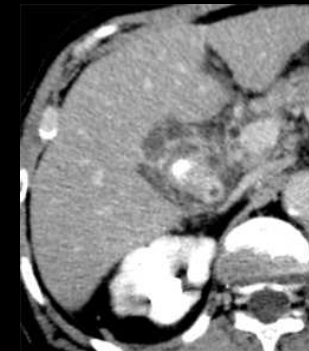
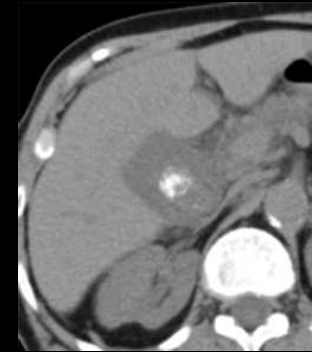
-causes les plus fréquentes de tableaux aigus et d'indications chirurgicales ou interventionnelles

-spectre clinique étendu , de la douleur biliaire à la cholécystite gangréneuse perforée , que la vésicule soit ou non lithiasique .

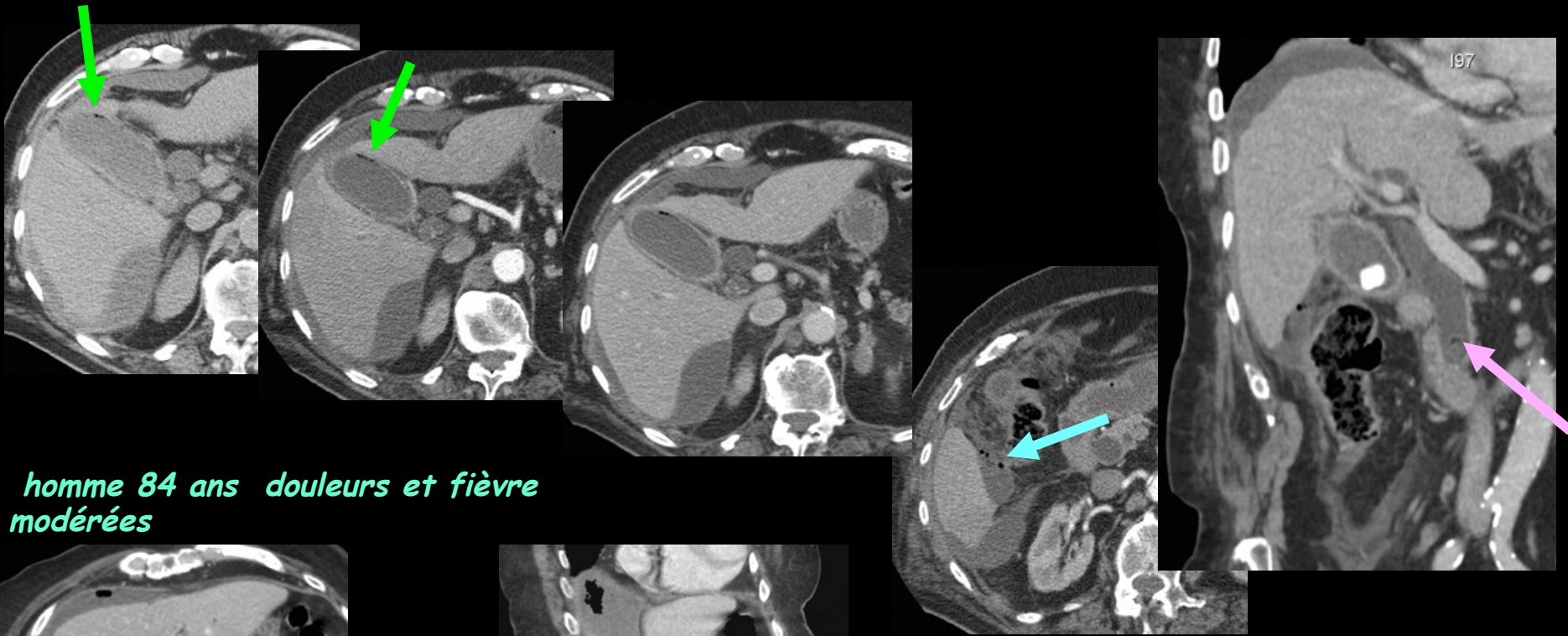
-25% des patients n'ont pas de douleurs; moins de la moitié ont de la fièvre , des vomissements ou une polynucléose +++

-l'échographie a un rôle mais aussi des limites (formes compliquées de cholécystite aiguë, foie cardiaque , calculo-cancer à révélation aiguë , sd de Mirizzi...)

-l'IRM est précieuse pour le diagnostic et la prise en charge instrumentale des complications aiguës des calculs de la VBP



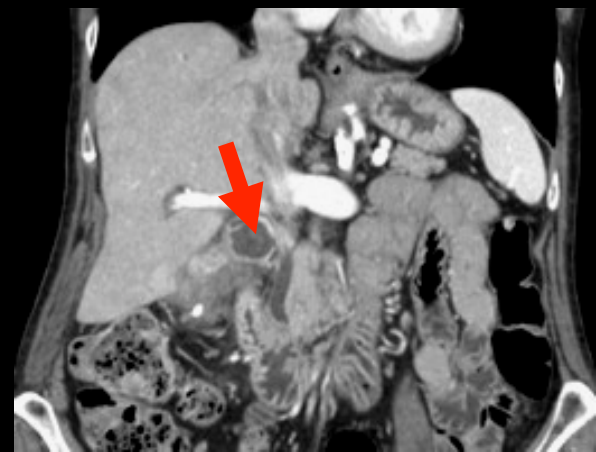
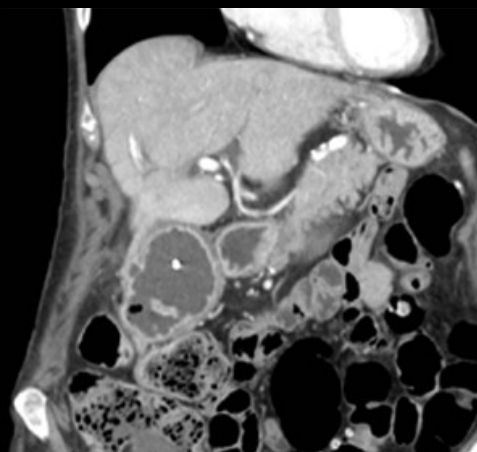
cholécystite gangréneuse



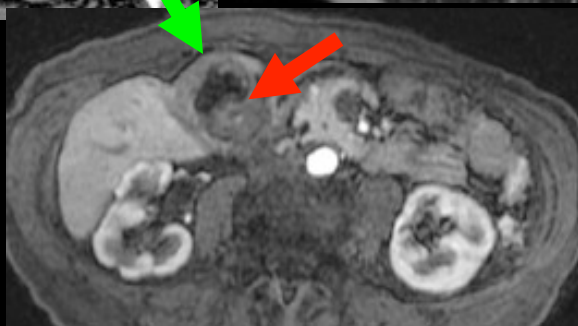
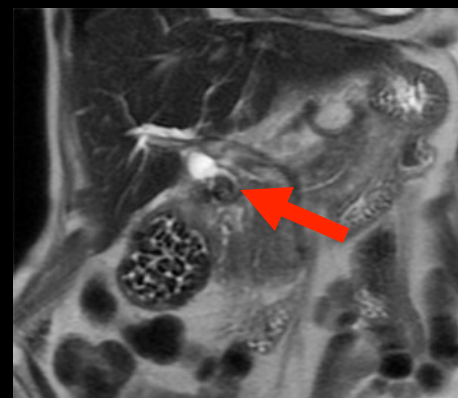
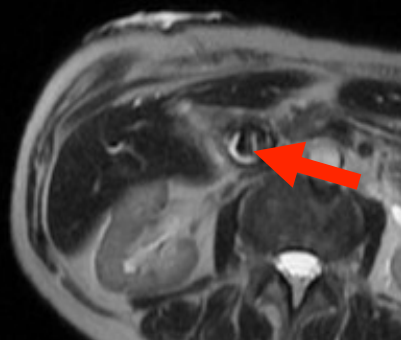
homme 84 ans douleurs et fièvre modérées



24 heures plus tard , cholépéritoine par perforation d'une cholécystite gangréneuse



femme 71 ans, cholécystite drainée



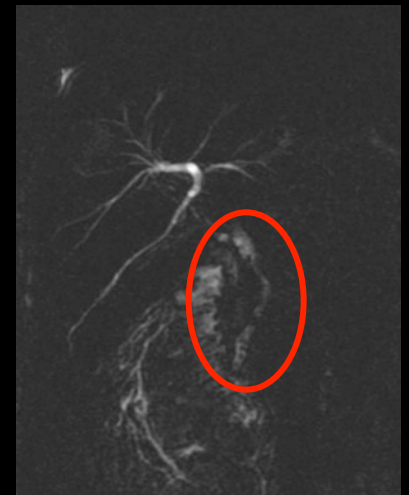
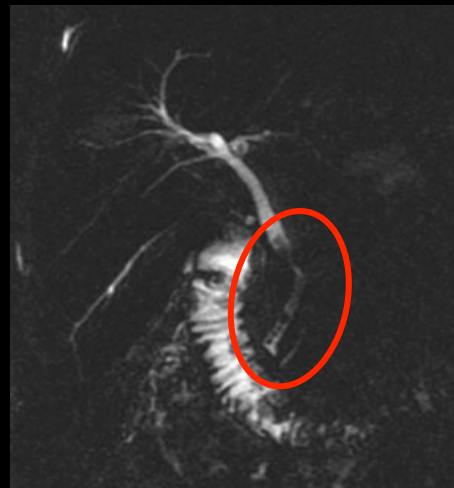
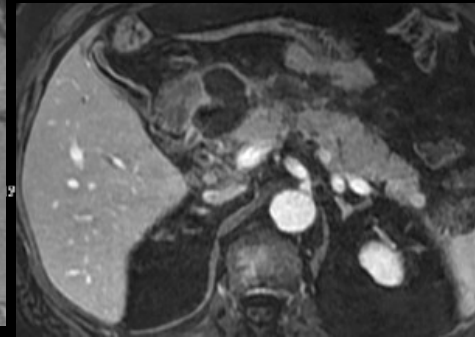
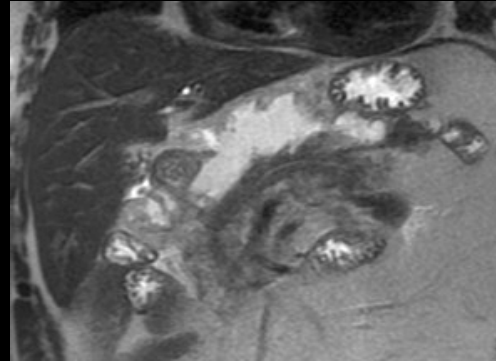
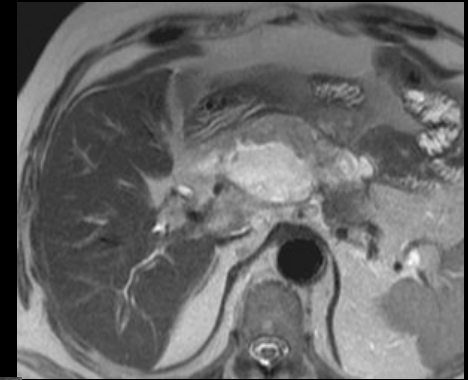
Sd de Mirizzi et adénocarcinome sur vésicule empierrée

pour les **angiocholites**

-la biologie est importante : élévation des phosphatases alcalines fréquente, hyperbilirubinémie 40%des cas, hémocultures positives 50%

-la **triade de Charcot** est plutôt rare , la **pentade de Reynolds** (triade +choc septique et troubles psychiques)ne se retrouve que dans 14% des cas

-fièvre et syndrome inflammatoire peuvent être les seuls éléments objectifs ...



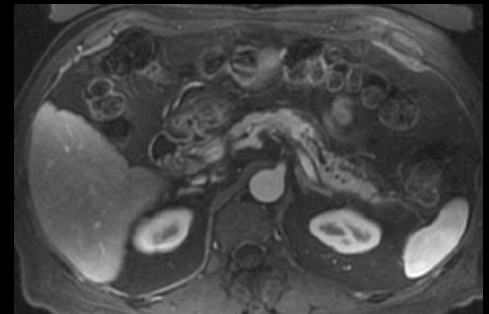
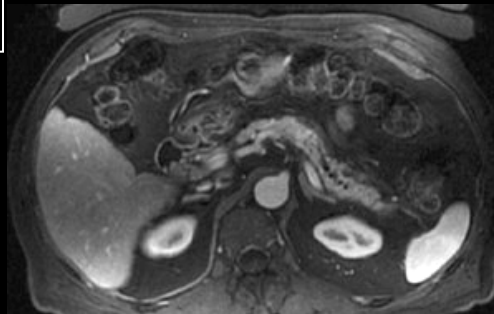
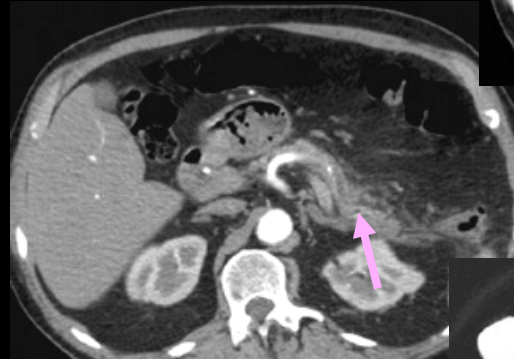
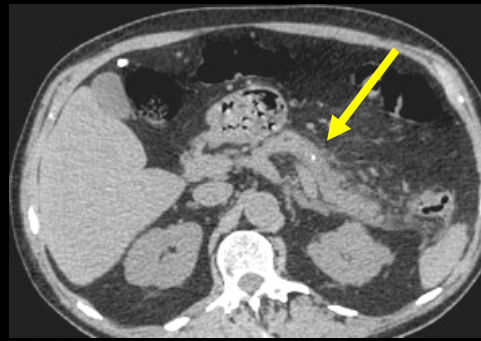
homme 73 ans, douleurs épigastriques ,pancréatite aiguë d'origine biliaire

la pancréatite aiguë du sujet âgé

n'est pas exceptionnelle

- d'origine **biliaire** le plus souvent mais également
- post chirurgicale (chirurgie cardiaque et coronaire) ,
- médicamenteuse , ou
- obstructive** (révélant une **TIPMP** ou un adénocarcinome ductal isthmo-corporéo-caudal) +++++
- l'origine alcoolique peut être a priori éliminée à cet âge !!!
- l'IRM est fondamentale pour préciser l'origine et optimiser les indications thérapeutiques

homme 76 ans tabagisme pancréatite aiguë sans signes de gravité; baisse de l'état général rapide , inappétence pancréatite obstructive sur calcul unique du canal pancréatique principal

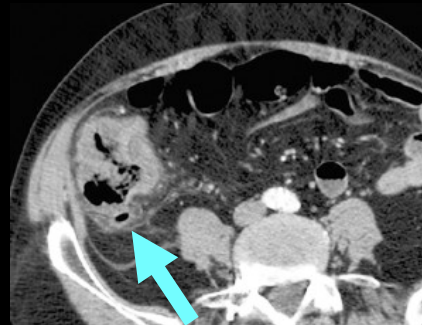
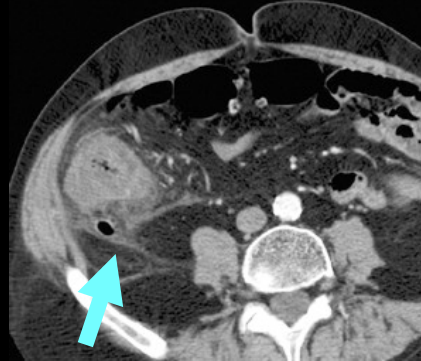


4.2 les abdomens douloureux et fébriles(?) d'origine intestino-mésentérique du sujet âgé

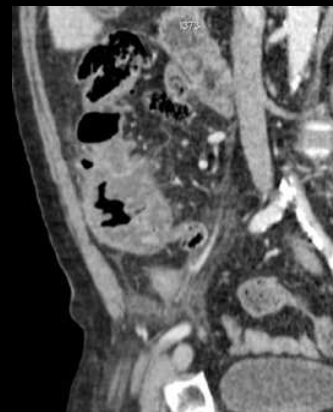
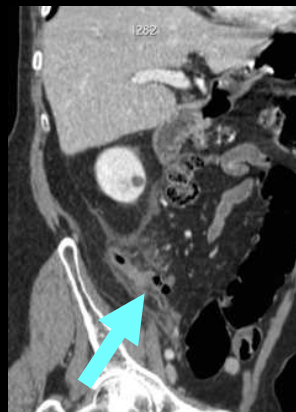
-les retards à l'hospitalisation (et parfois en plus au diagnostic) expliquent la fréquence des formes graves :

.30 à 80 % d'appendicites perforées chez le sujet âgé

.formes abcédées des **sigmoïdites** souvent sans contexte clinico-biologique de sepsis et avec des tableaux très peu évocateurs : troubles de la conscience , "sd de glissement" ,simple inappétence ou désintérêt social...



*homme, 68 ans : typhlite
réactionnelle pseudo tumorale
sur appendicite rétro caecale*



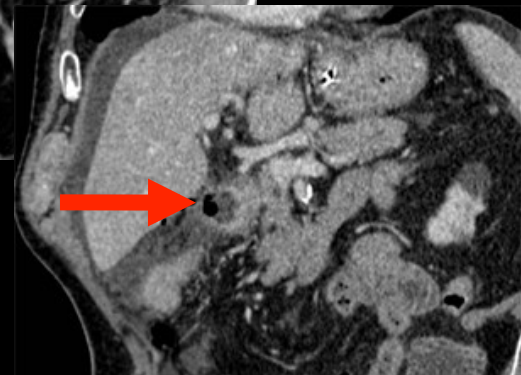
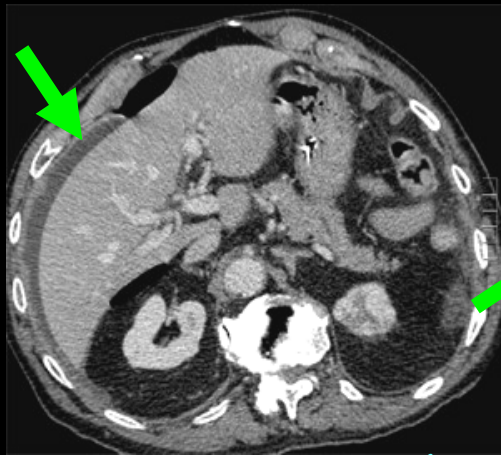
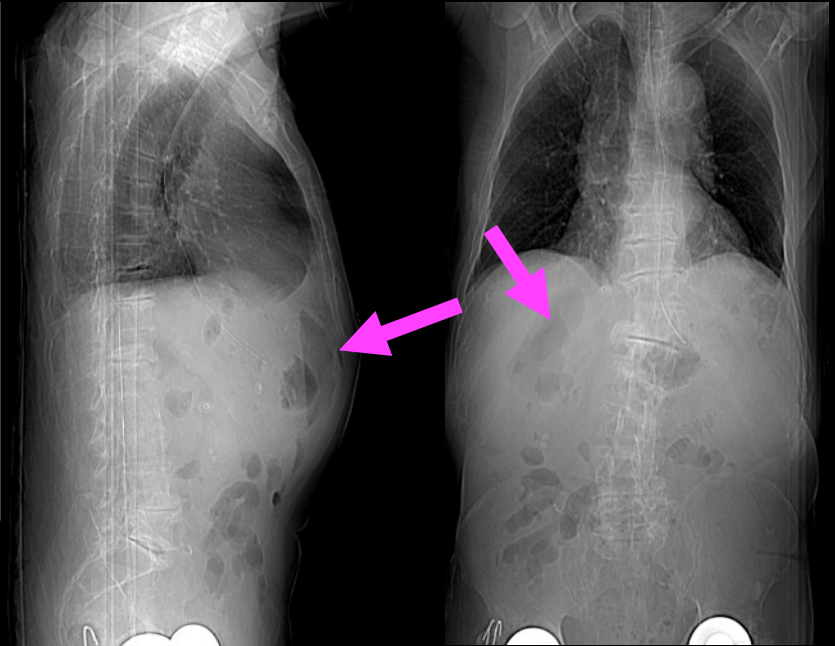
4.3 les perforations intestinales chez le sujet âgé

-les perforations en péritoine libre

-se traduisent par un **pneumopéritoine** abondant devant lequel il faut d'abord évoquer :

.soit une **perforation ulcéreuse** (ulcère de la face antérieure du bulbe ou de l'estomac)

.soit une **perforation diastatique du caecum** en amont d'un adénocarcinome sténosant sigmoïdien ou colique



homme 84 ans ,aucun antécédent abdominal ,douleur épigastrique "en coup de poignard"

-les perforations "couvertes"

-les perforations "couvertes" se traduisent par des tableaux douloureux et fébriles , parfois par un sd occlusif ou par une péritonite localisée (abcès ou collection)

-dans l'étage sus mésocolique , les **ulcères** (**face postérieure** du bulbe duodénal) sont les principaux pourvoyeurs

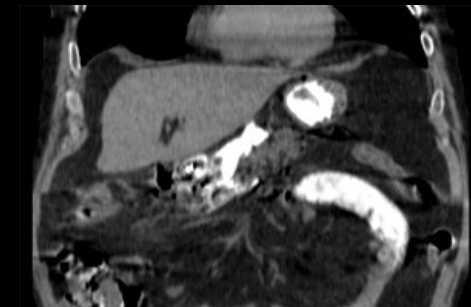
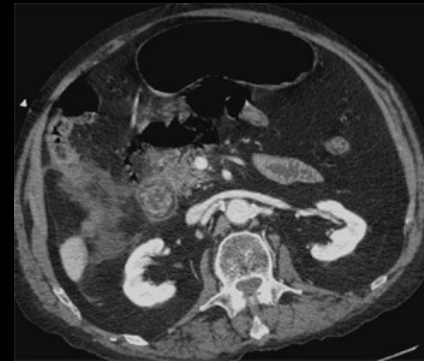
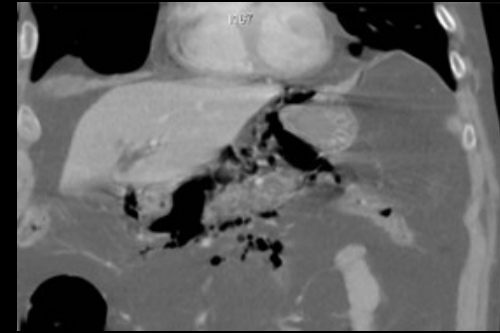
-les perforations "couvertes" du **grêle** doivent faire évoquer 2 diagnostics :

.perforation sur **diverticulose du grêle**
.ingestion de **corps étranger "piquant"** (arrête de poisson)

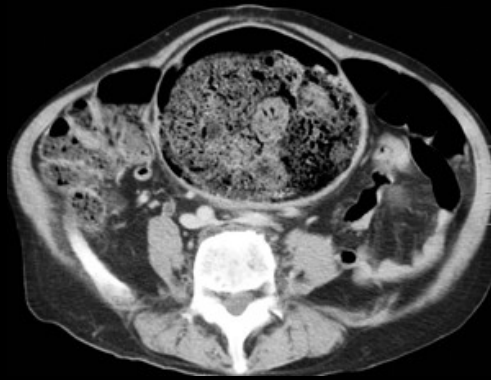
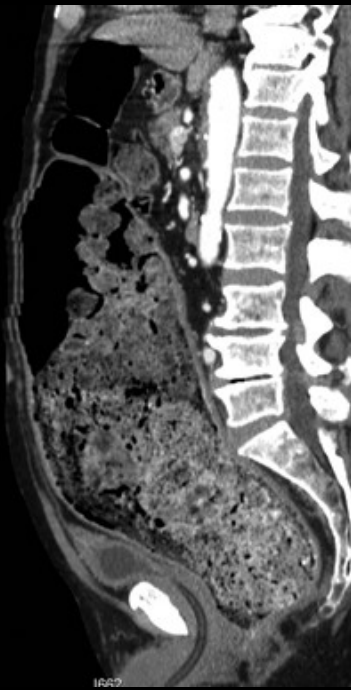
-à l'étage colique : **appendicites** rétro caecales , pelviennes et mésocoliques ; **complications de la diverticulose** et des **adénocarcinomes**

-les perforations stercorales (**impactions fécales**) sur fécalome rectal doivent être connues des radiologues

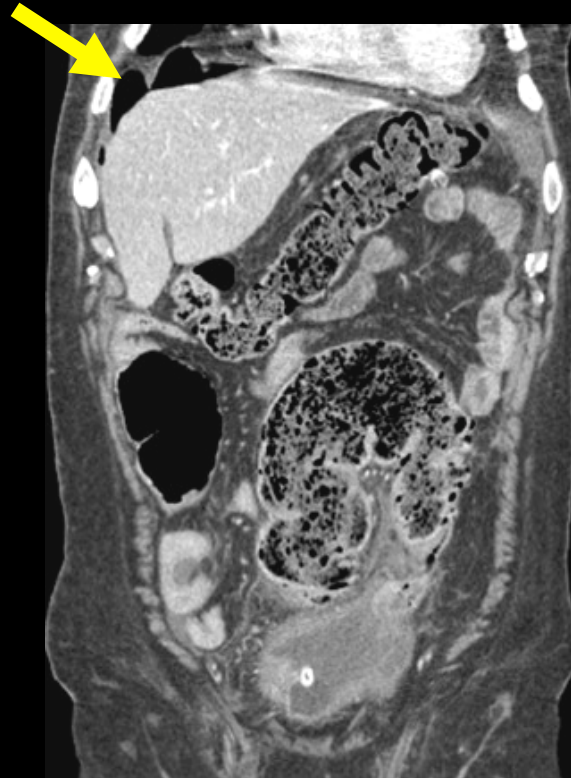
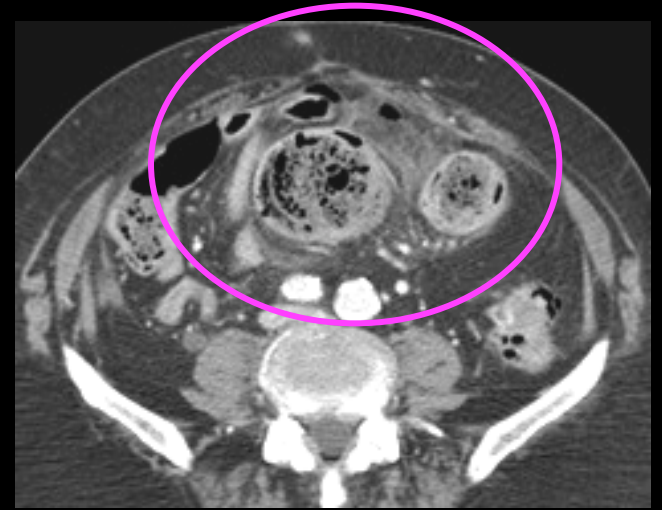
homme 70 ans ,hospitalisé pour pneumothorax ; sd douloureux épigastrique , fièvre et polynucléose



ulcère perforé de la face postérieure du bulbe duodénal



*fécalome
recto-sigmoïdien*



*perforation stercorale
sur impaction
fécale*

*obs. P Taourel
Montpellier*



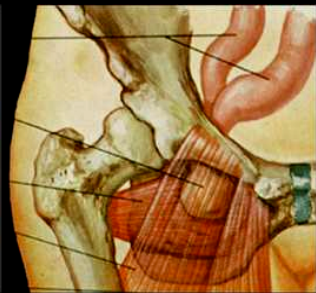
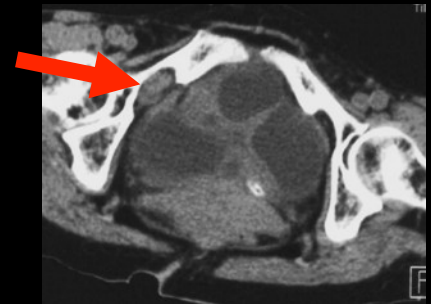
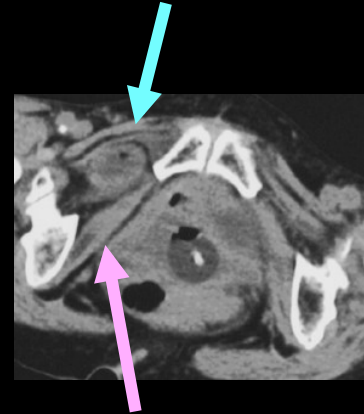
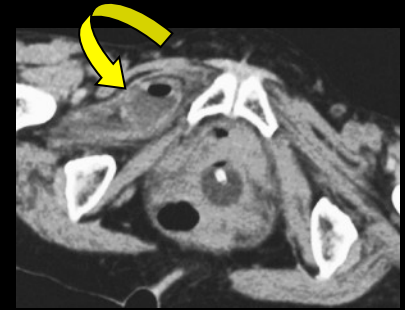
4.4 les occlusions intestinales chez le sujet âgé

- parmi les causes à rechercher plus particulièrement, au niveau du grêle chez les sujets âgés:

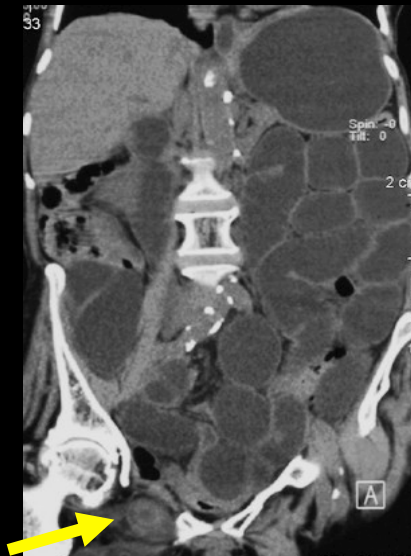
. l'iléus biliaire : 30% des occlusions de la femme âgée (?)

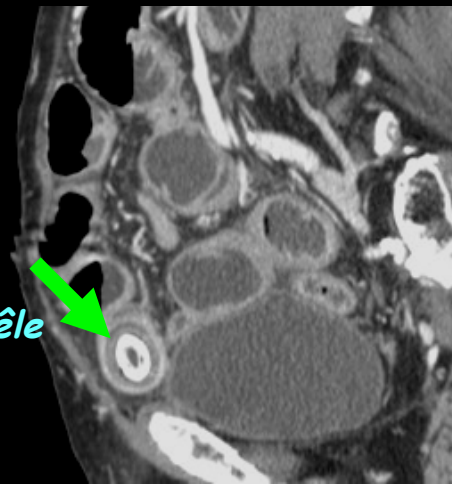
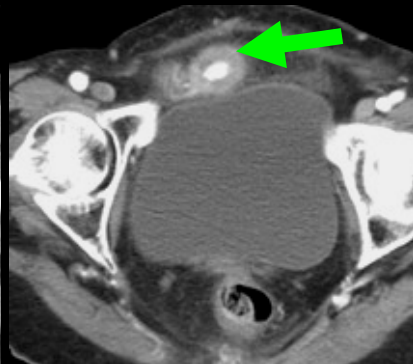
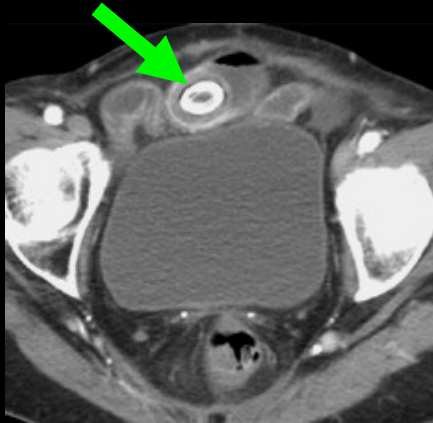
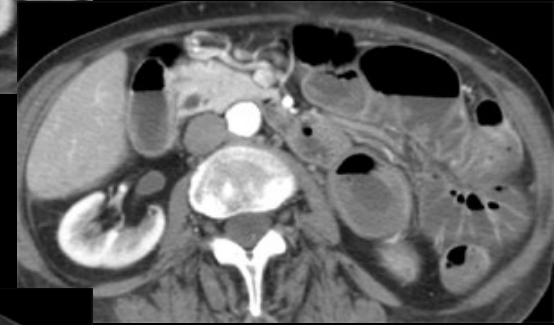
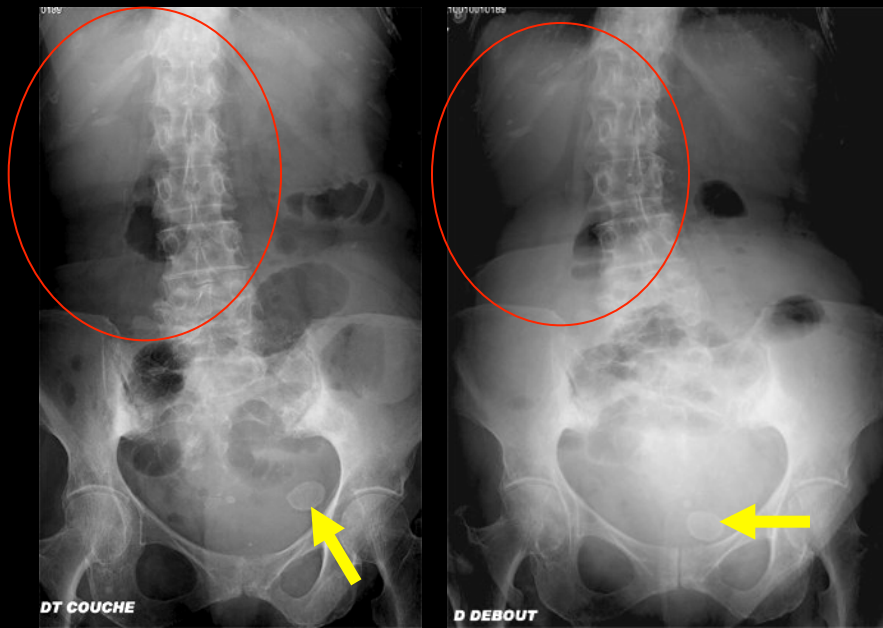
. les hernies crurales et les hernies obturatrices (+++)

. les carcinomatoses péritonéales



femme 79 ans : hernie
obturatrice droite
étranglée
"little old ladies hernia"
S de Howship-Romberg
S de Hannington-Kiff





femme 76 ans ; cholécystectomie il y a 15 ans

2 hypothèses :
 -coprolithe ;chercher un (des)diverticule(s) du grêle
 -corps étranger dégluti (noyau de fruit "pétrifié")

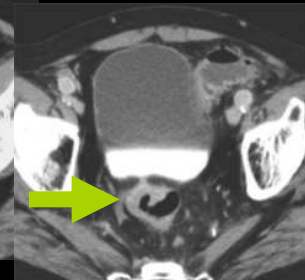
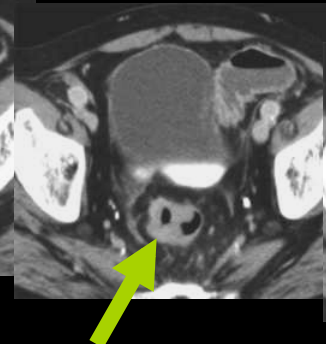
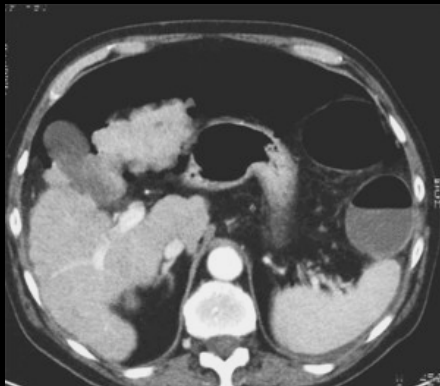
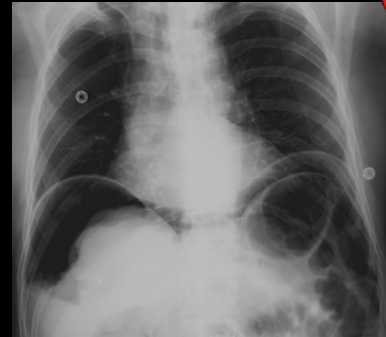
à l'étage colique :

.les **cancers sténosants** du colon et parfois du **rectum**....

.les volvulus coliques (en particulier du caecum)

.le **sd d'Ogilvie**

le balisage opaque du recto sigmoïde et du colon gauche est le moyen le plus simple et le plus efficace pour faciliter la lecture des images



homme 73 ans sd occlusif ; diagnostic étiologique ??

adénocarcinome sténosant du bas et moyen rectum et perforation diastatique caecale

4.5 les ischémies intestino-mésentériques chez le sujet âgé

femme 93 ans, douleurs abdominales

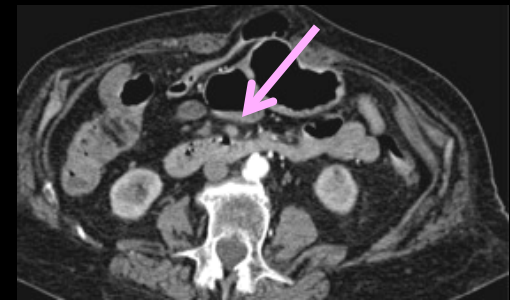
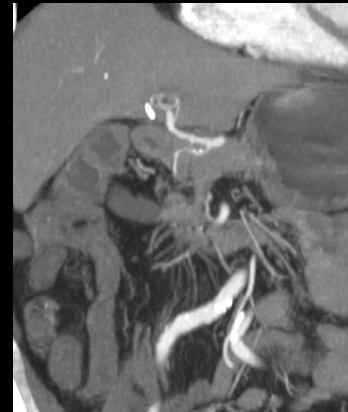
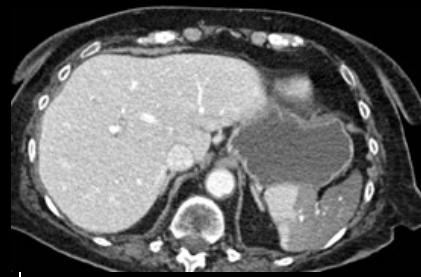
-assez fréquentes ,en particulier chez les sujets âgés récemment opérés : pontages coronariens , RAC et chirurgie valvulaire+++ , anévrismes de l'aorte abdominale .

-embolies artérielles mésent.sup : **50% des cas** ; TACFA ,IDM , endocardites du cœur G , embolies paradoxales (foramen ovale perméable ,défect septal)

-**ischémies non occlusives** : **20% des cas** ; bas débit circulatoire (choc cardiogénique, choc septique , hypovolémie , occlusion intestinale aiguë, vasoconstricteurs ...)

-thrombose aiguë de l'AMS :15 à 20 % des cas compliquant un athérome digestif sévère (claudication intermittente digestive)

-**ischémie veineuse aiguë** mésentérique : 5 à 20% des cas



embolies AMS et artère splénique

4.5 les abdomens aigus d'origine rétro péritonéale et pelvienne

-la **rupture d'anévrisme** athéromateux de l'aorte abdominale sous rénale ou d'une artère iliaque peut s'exprimer par un tableau douloureux abdominal (parfois avec vomissements)

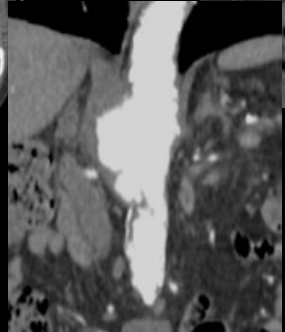
-chez le sujet âgé il s'agit en règle d'anévrisme volumineux révélés par l'accident aigu .

-l'erreur diagnostique la plus fréquente se produit avec la **colique néphrétique** .En l'absence d'antécédents lithiasiques urinaires ; c'est le diagnostic de rupture d'AAA qu'il faut suspecter

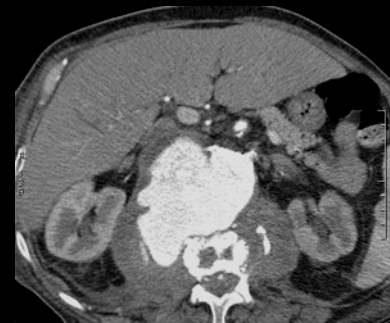
-toute **hémorragie digestive** , même fugace chez un **sujet porteur d'une prothèse aorto-bi fémorale** est une **fistule aorto-digestive** (généralement duodénale !!)

-le **globe vésical** peut , comme le fécalome rectal être découvert au scanner des urgences

....



évolution en 6 mois : anévrisme infectieux (mycotique) ; bactériémie à E Coli

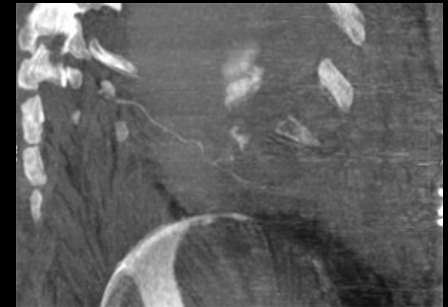
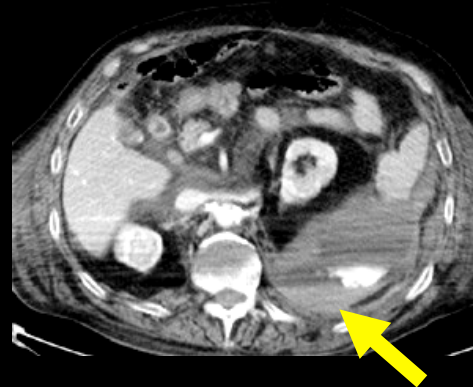
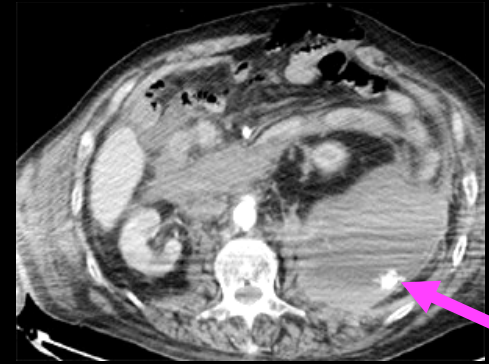
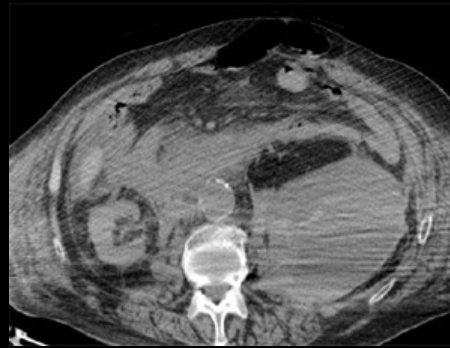


les accidents abdominaux aigus des anticoagulants chez le sujet âgé

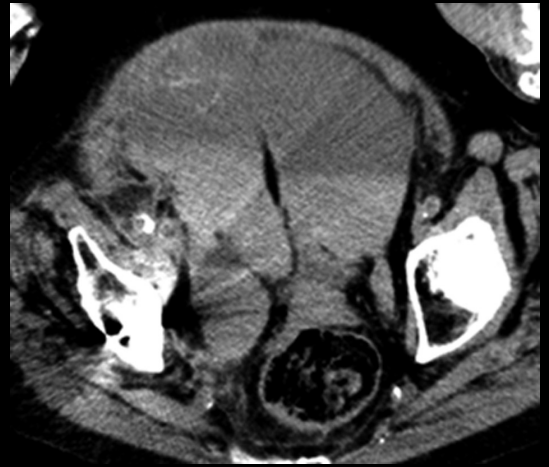
-les surcharges en AVK sont responsables

- .d'hématomes du psoas-iliaque et
- .d'hématomes pariétaux aigus, essentiellement observés sur le grêle

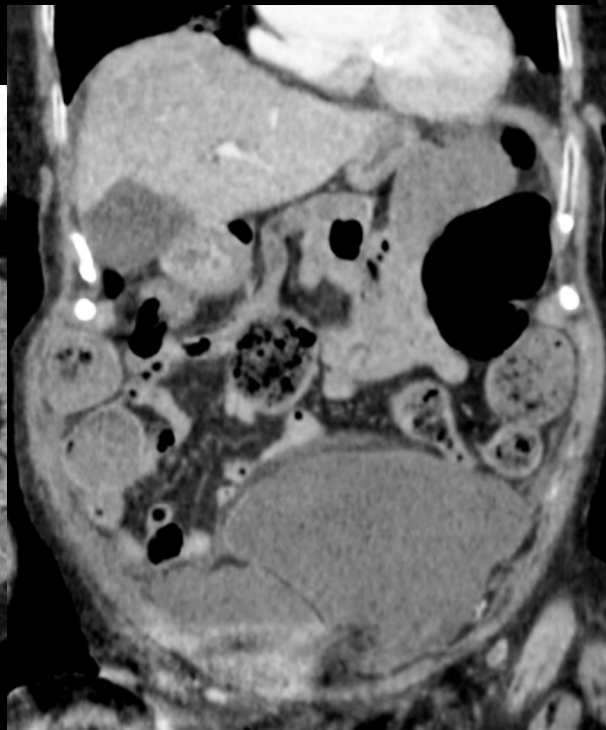
-les HBPM conduisent à des **hématomes des muscles grands droits** de l'abdomen, avec déglobulisation massive lorsqu'ils se développent en dessous de la limite inférieure de leur gaine fibreuse (arcade de Douglas), dans l'espace de Retzius et les espaces cellulaires graisseux sous péritonéaux du pelvis



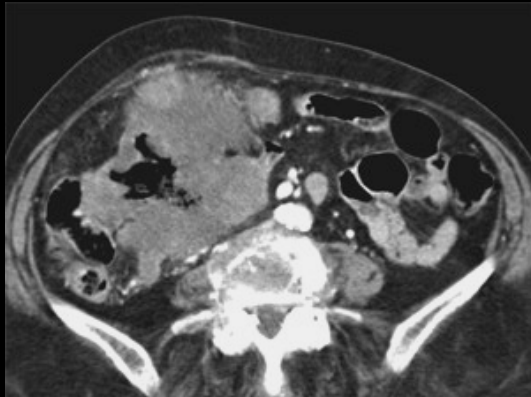
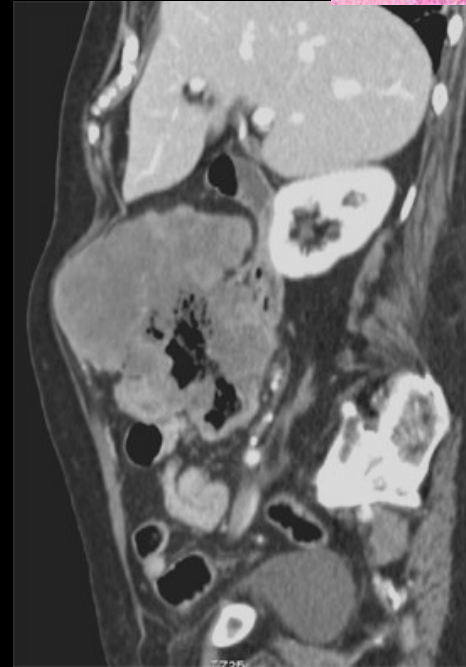
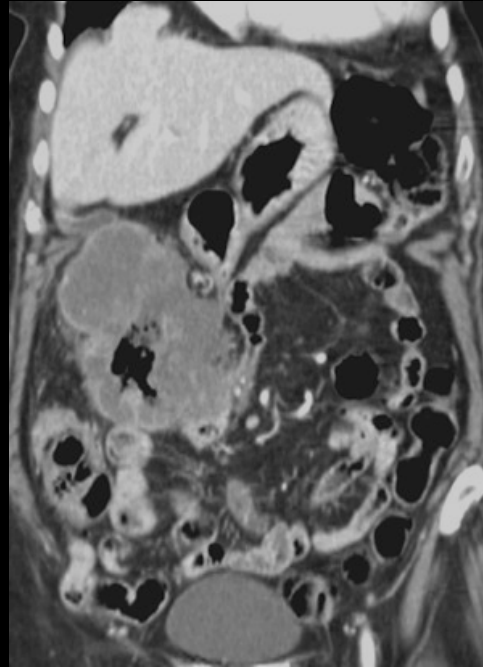
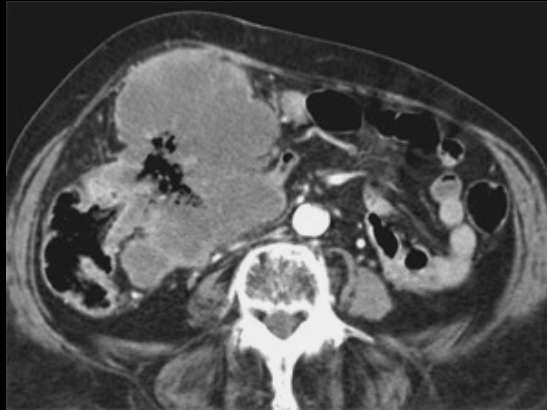
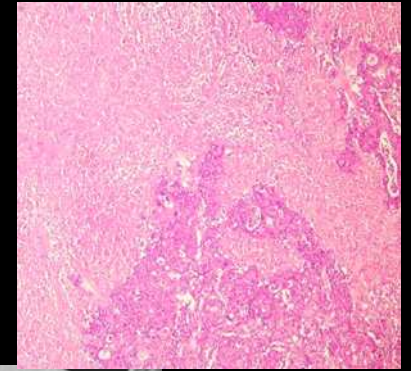
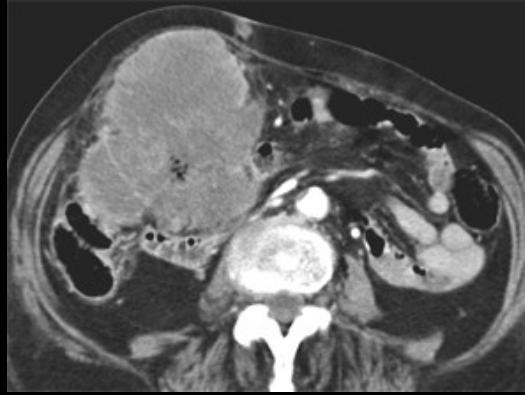
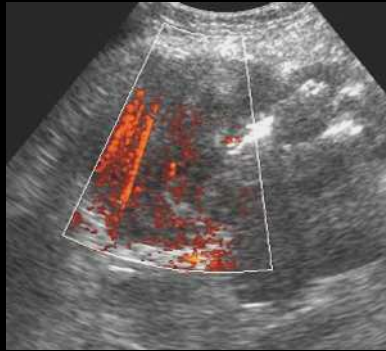
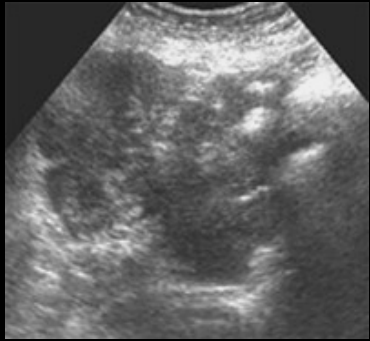
homme 77ans TACFA sous AVK, déglobulisation aiguë sans saignement extériorisé



hématome du grand droit droit de l'abdomen , à développement pelvien (en dessous du niveau de l'arcade de Douglas) avec 2 points de saignement actifs ; évolution fatale



*femme 92 ans , sous AVK ; sd douloureux abdominal et masse palpable ;
diagnostic clinique d' hématome sous anticoagulants...*



*adénocarcinome moyennement différencié , massivement
nécrosé , pT4 N0. type de carcinome digestif assez particulier aux
personnes très âgées (colon , rectum , estomac)*

au total

- "si les enfants ne sont pas seulement de petits adultes, les octogénaires ne sont pas seulement de vieux adultes "

- la prise en charge des abdomens aigus chez le sujet âgé justifie dans la majorité des cas le recours au scanner thoraco abdomino pelvien , avec les précautions d'usage pour l'emploi des PCI

- la clinique souvent peu explicite ou trompeuse (absence de sd clinico-biologique franc même en cas de sepsis avéré) , explique les indications très "libérales" du CT en urgence .

- les données épidémiologiques sont à prendre en compte pour l'exploitation diagnostique du CT ; soyons vigilants sur la sphère biliaire !