

# imagerie des abdomens aigus du sujet âgé

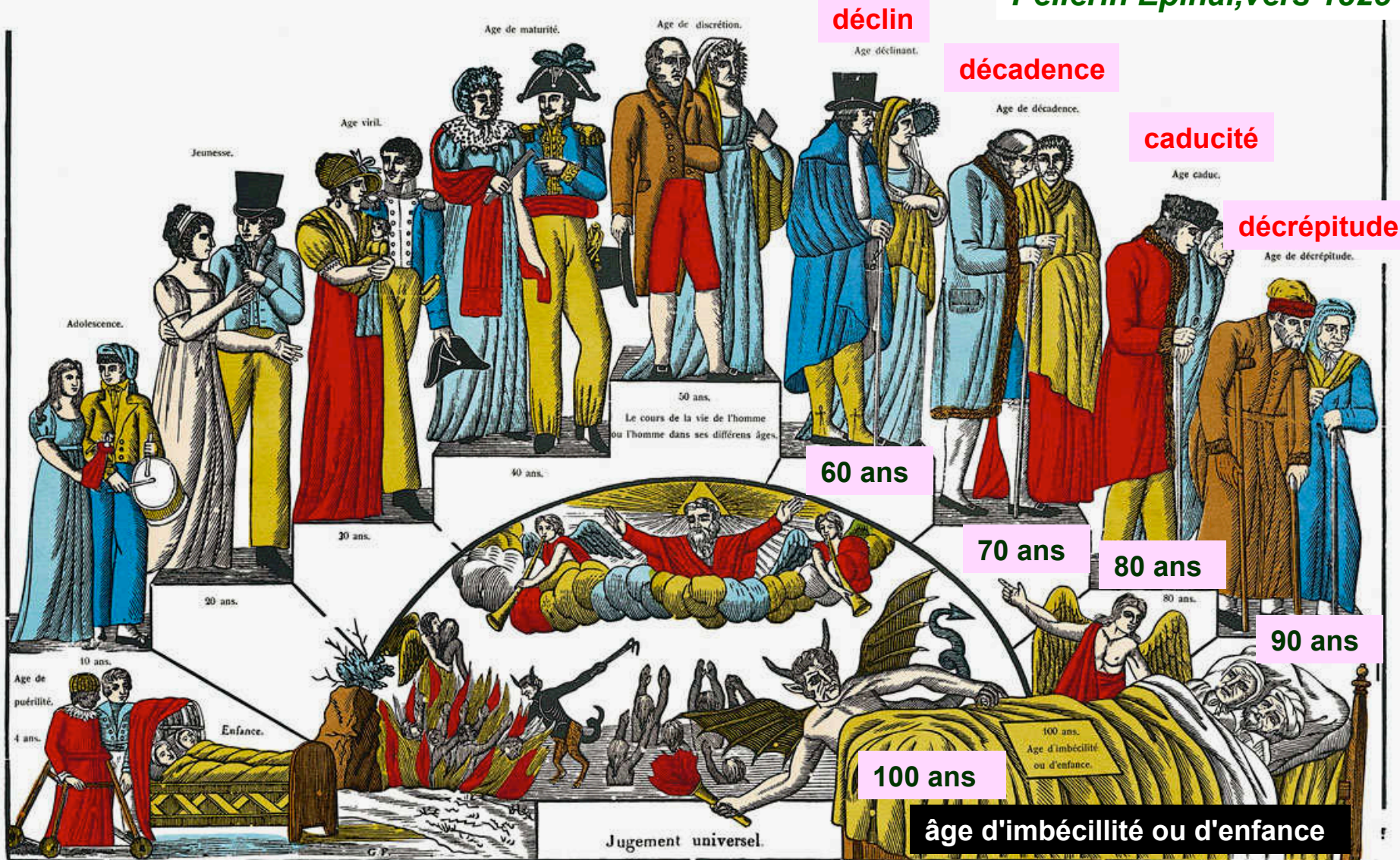
## principaux problèmes posés

- **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**

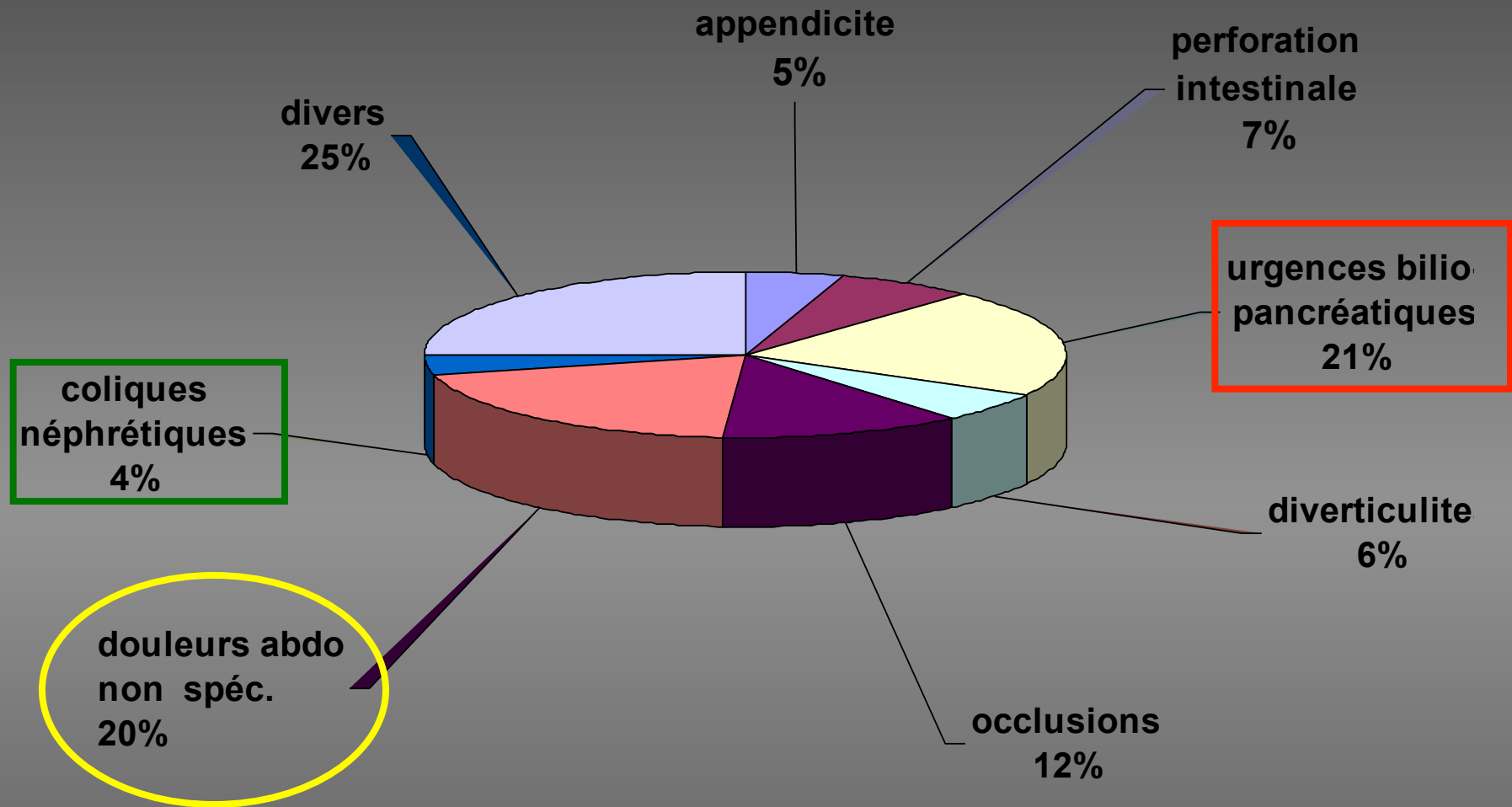
à partir de quand est-on "âgé" ?

# 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.

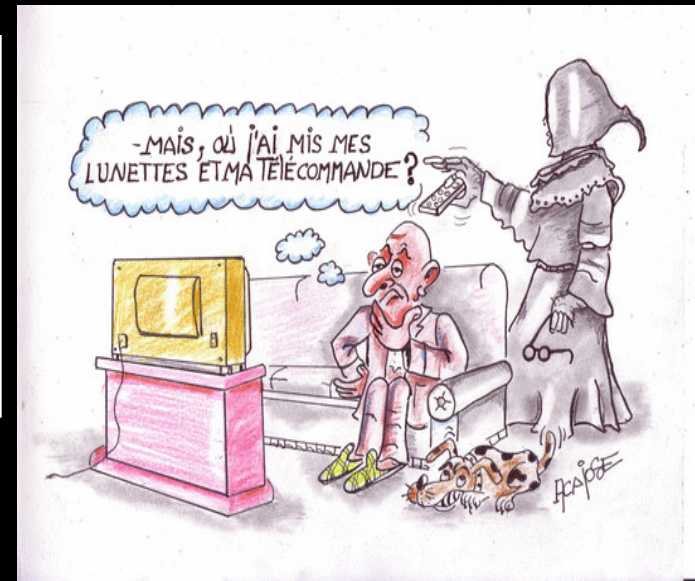
les principales causes sont :

- 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 :

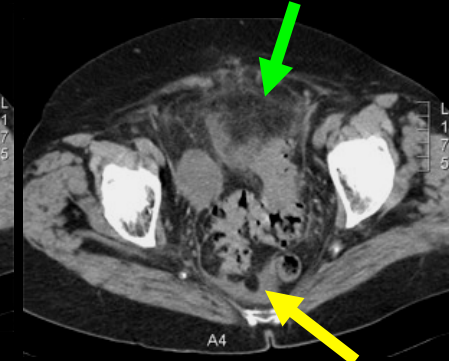
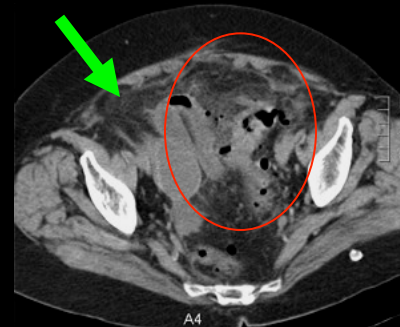
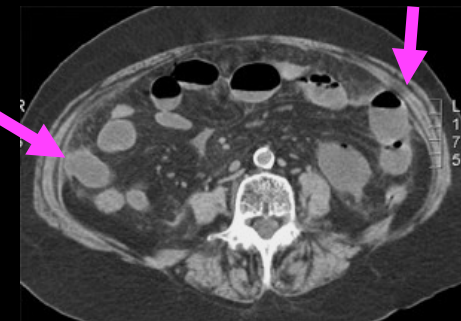
.la diminution des défenses contre l'infection explique **l'absence fréquente de fièvre , de tachycardie et de polynucléose** dans les tableaux infectieux même sévères +++++

.la modification des perceptions sensorielles et douloureuses retarde le diagnostic

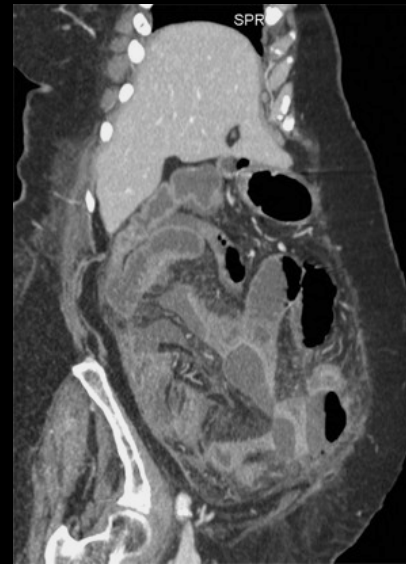
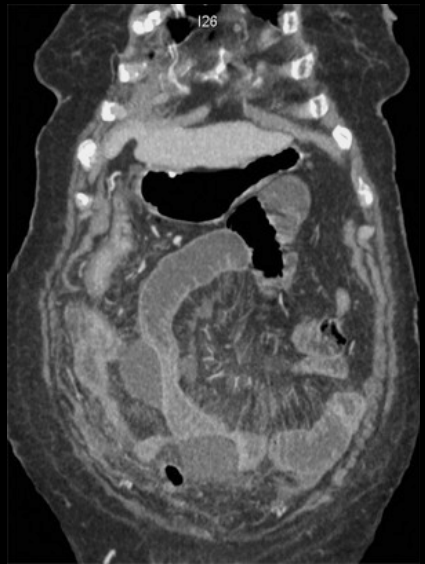
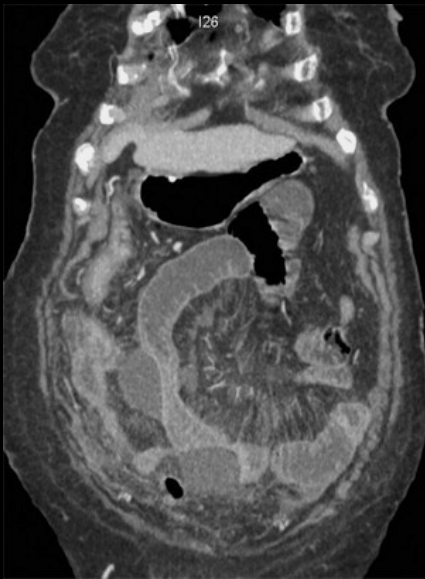
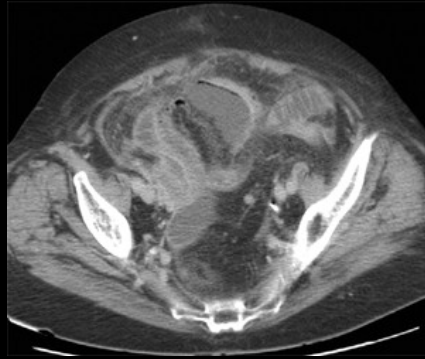
.la diminution des réserves physiologiques fonctionnelles des grands appareils pour faire face aux agressions explique la morbidité et la mortalité élevées



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







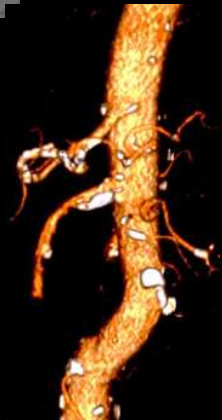
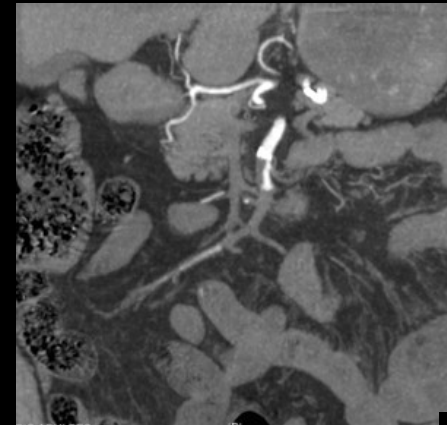
*après 48 heures de traitement médical .....intervention de Hartman ...*

### 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 !

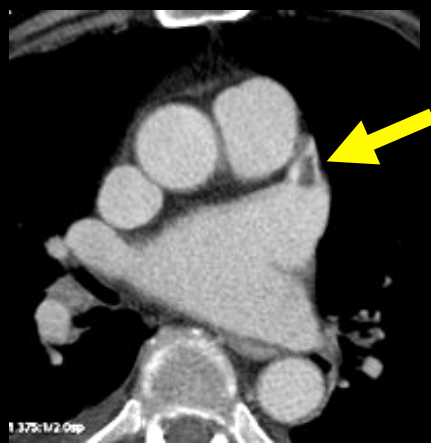
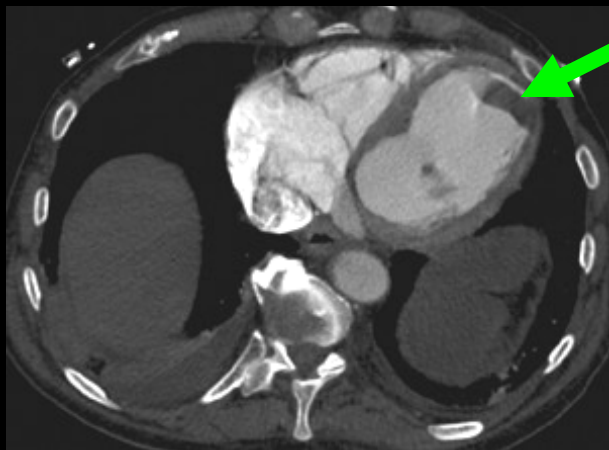
-le CT "en urgence" est la seule réponse possible ; l'injection n'est pas forcément nécessaire ,mais elle est toujours d'un grand intérêt (en particulier dans les affections à composante ischémique )



*homme 75 ans, sd douloureux abdominal aigu*

*quel est votre diagnostic  
comment pouvez vous l'étayer*





**embolie AMS** ( rate, reins... ) ; thrombus intracardiaques multiples : apex sur infarctus , auricule gauche, atrium droit ...



## 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

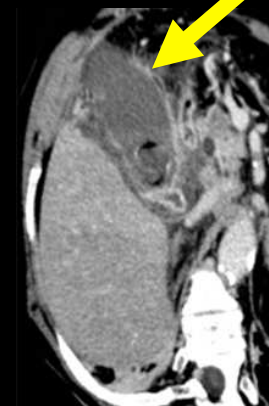
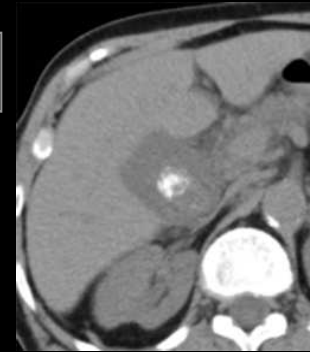
-causes les plus fréquentes de tableaux aigus et d'indications chirurgicales ou interventionnelles

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

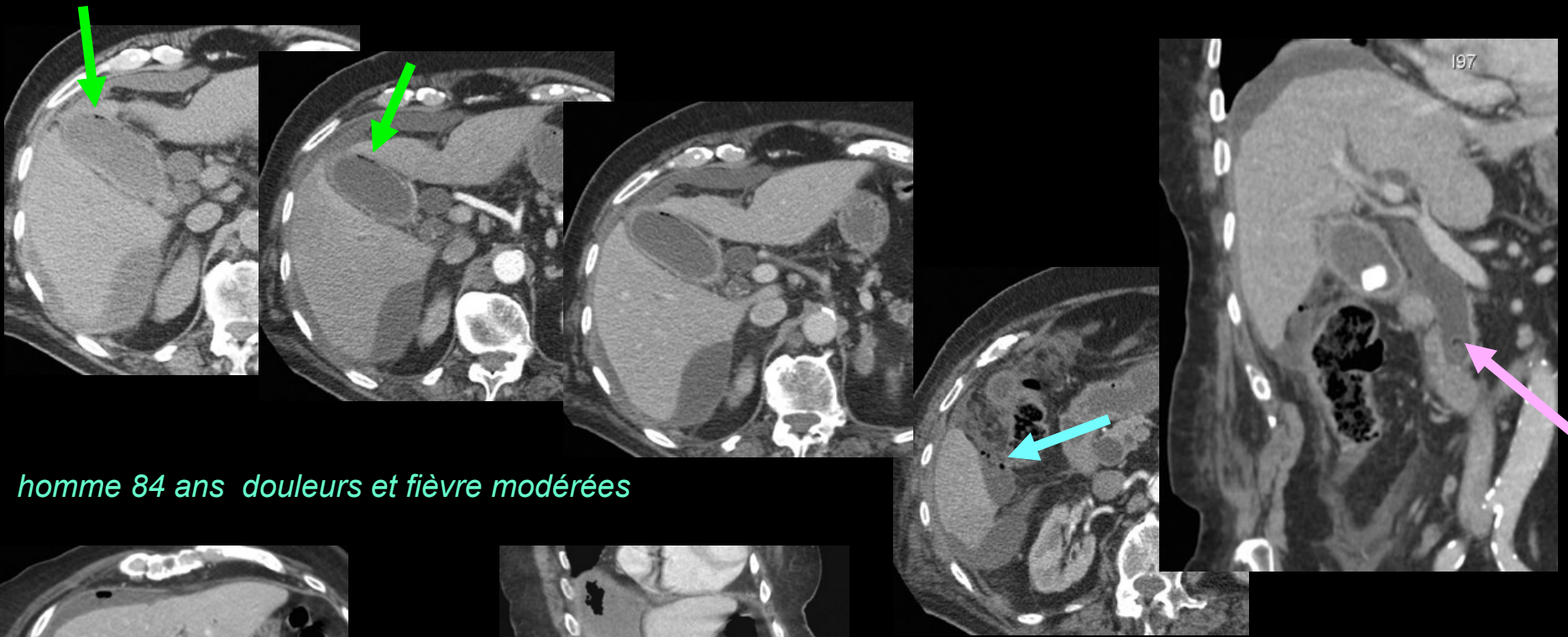
-25% des patients n'ont pas de douleurs; moins de la moitié ont de la fièvre , des vomissements ou une polynucléose +++

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

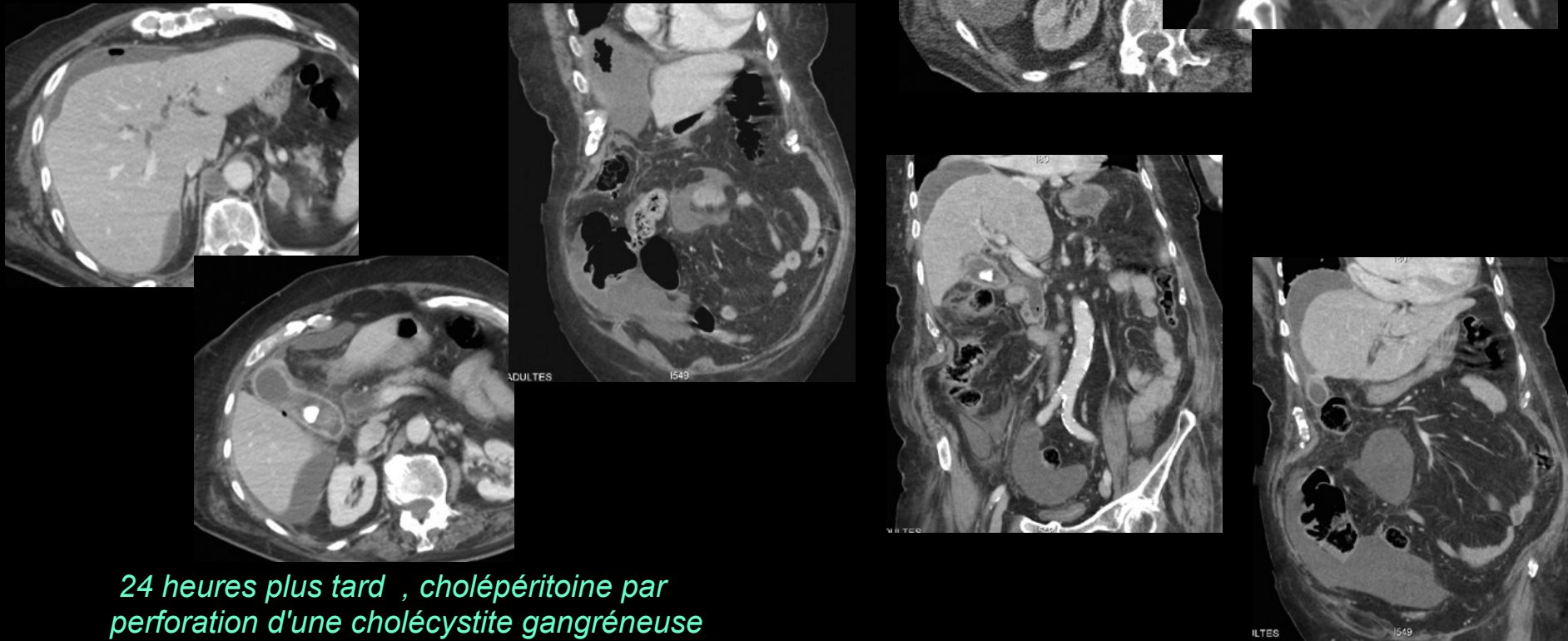
-l'IRM est précieuse pour le diagnostic et la prise en charge instrumentale des complications aiguës des calculs de la VBP



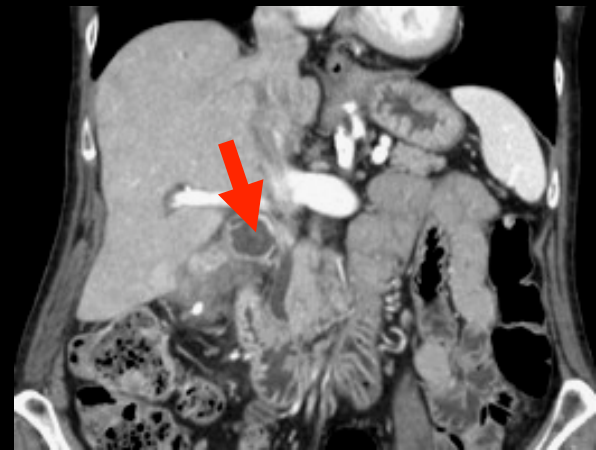
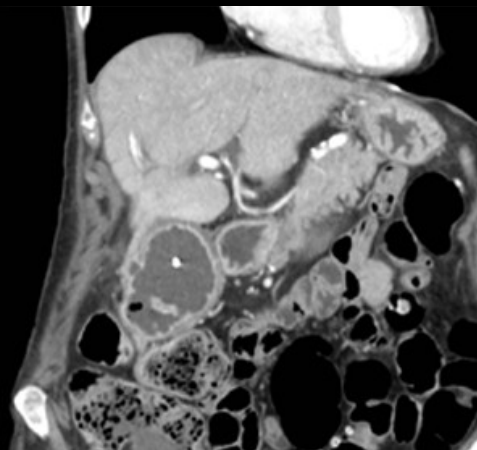
*cholécystite gangréneuse*



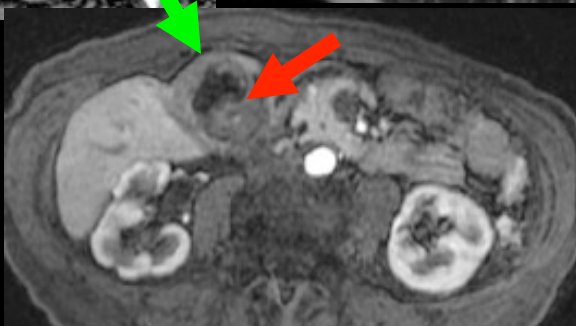
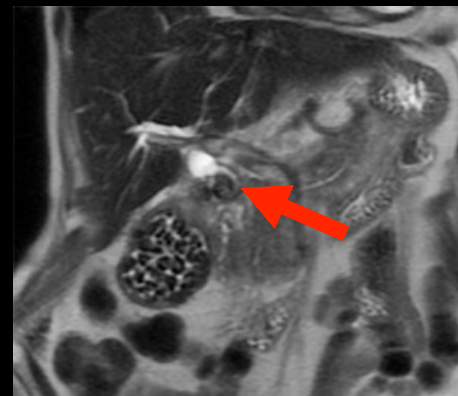
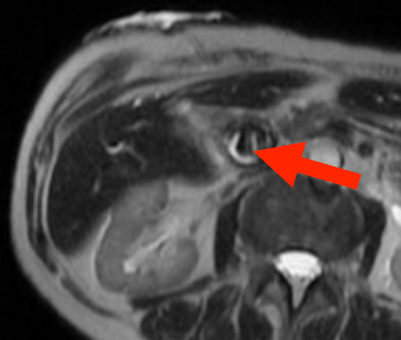
*homme 84 ans douleurs et fièvre modérées*



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



femme 71 ans, cholécystite drainée



Sd de Mirizzi et adénocarcinome sur vésicule empierrée

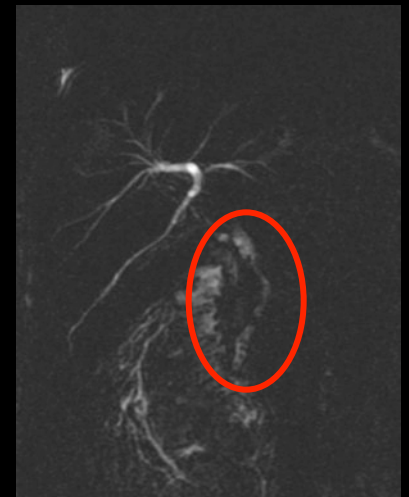
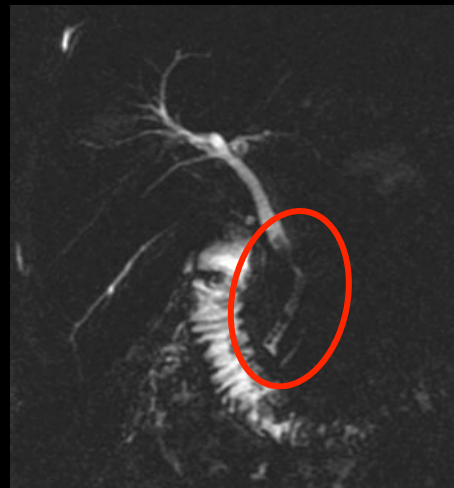
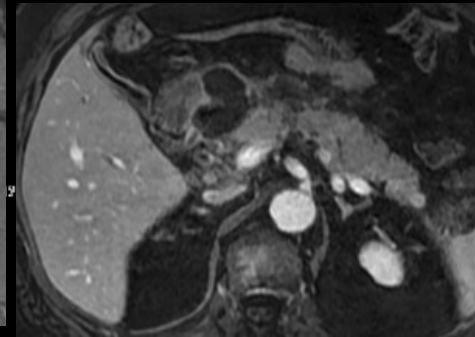
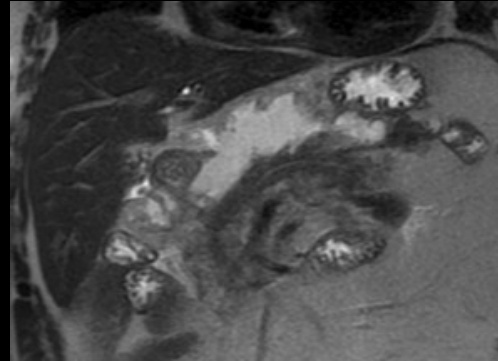
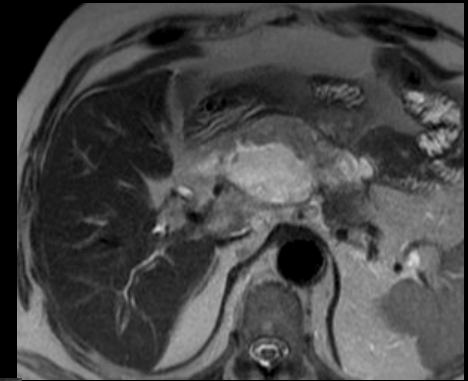


pour les **angiocholites**

-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 ...

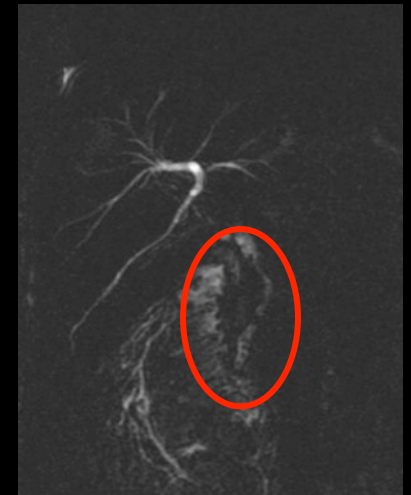
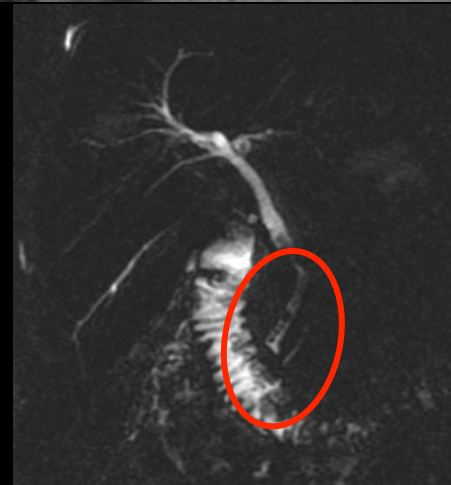
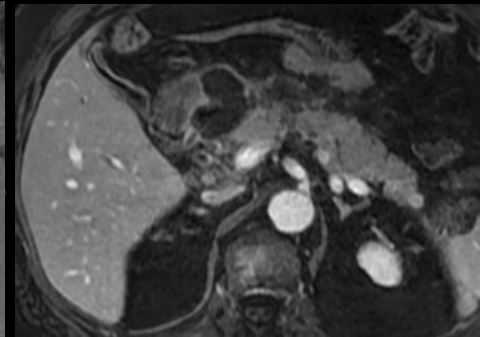
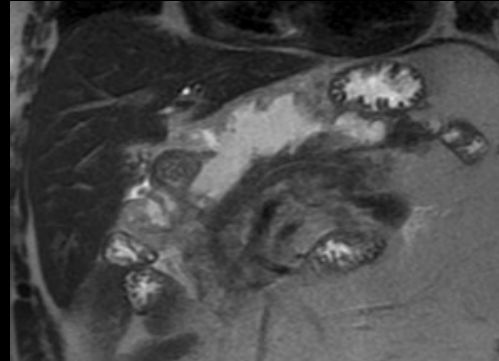
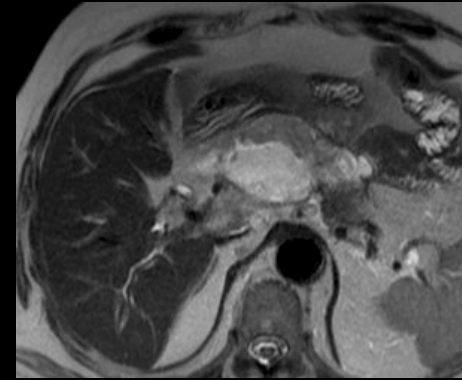
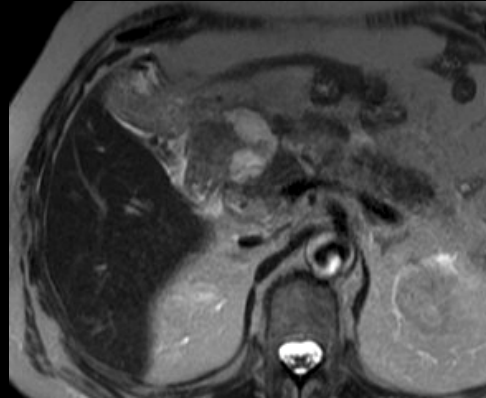


*homme 73 ans,douleurs épigastriques ,pancréatite aiguë d'origine biliaire*

## 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



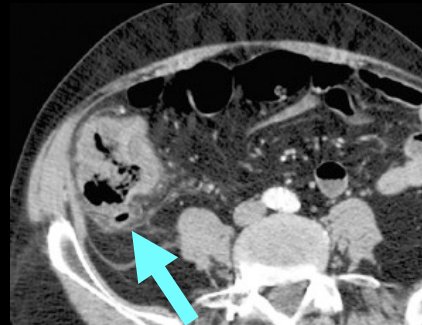
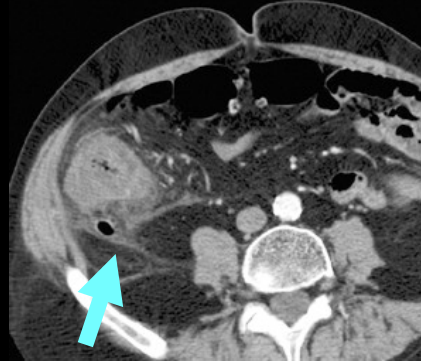
**homme 73 ans,douleurs épigastriques**

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

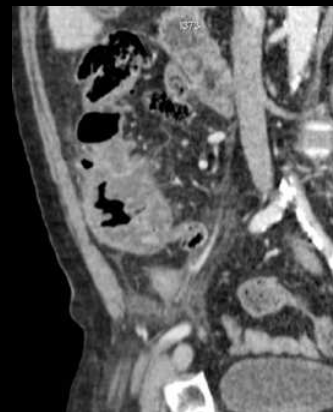
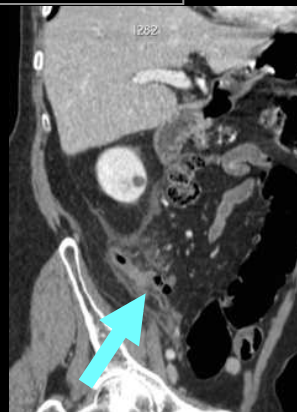
-les retards à l'hospitalisation (et parfois en plus au diagnostic) expliquent la fréquence des formes graves :

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

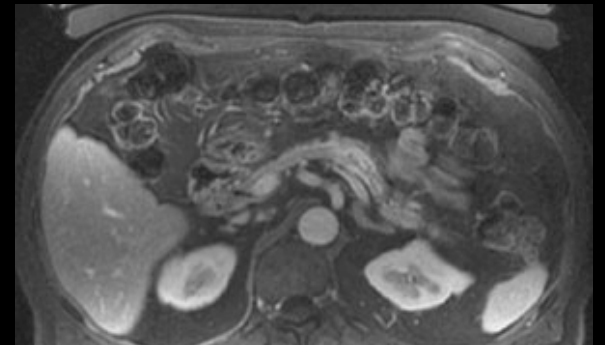
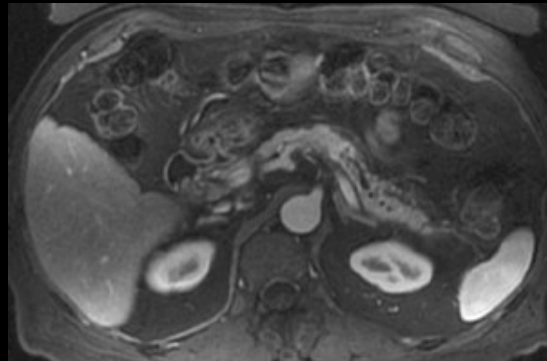
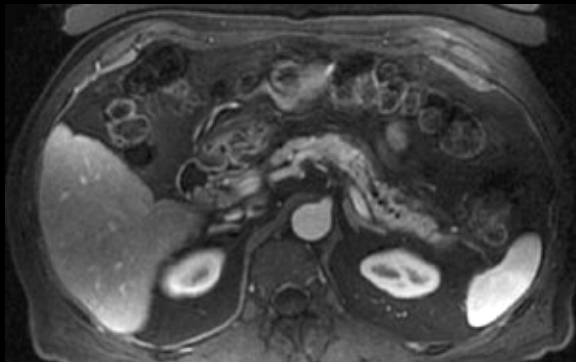
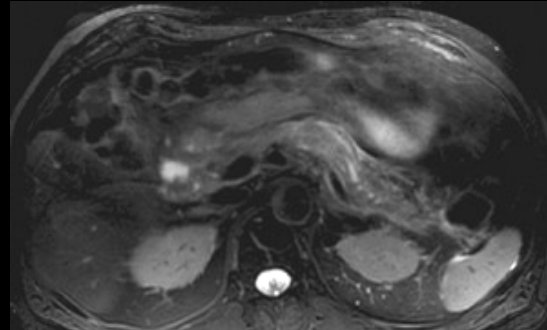
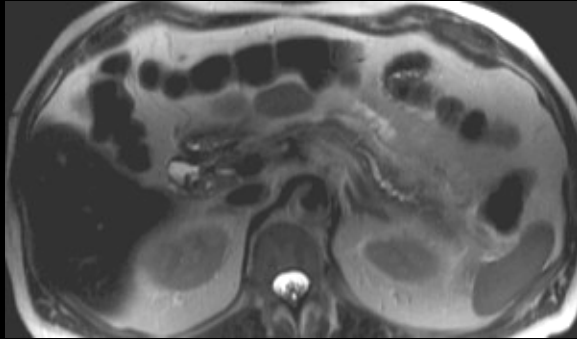
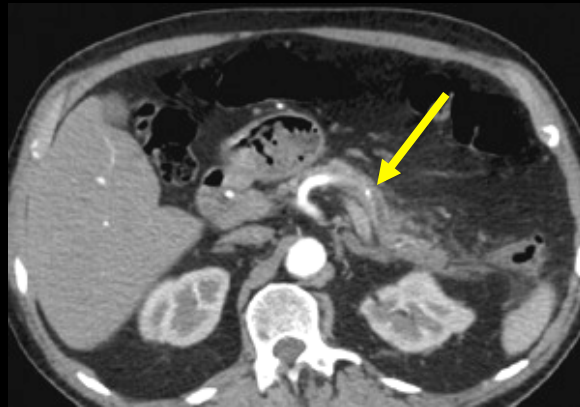
.formes abcédées des **sigmoïdites**  
souvent sans contexte clinico-biologique de sepsis et avec des tableaux très peu évocateurs : troubles de la conscience , " sd de glissement" ,simple inappétence ou désintérêt social...



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







**spléno-pancréatectomie caudale : pancréatite chronique . Le CT fait mieux que l'IRM pour le diagnostic étiologique ..., dans ce cas !!!**

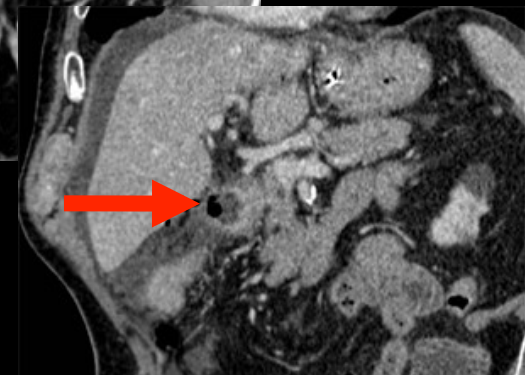
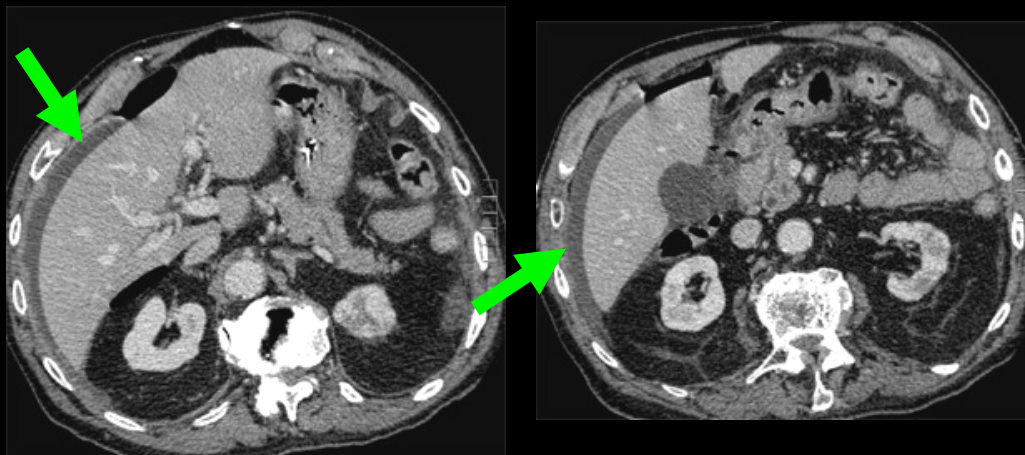
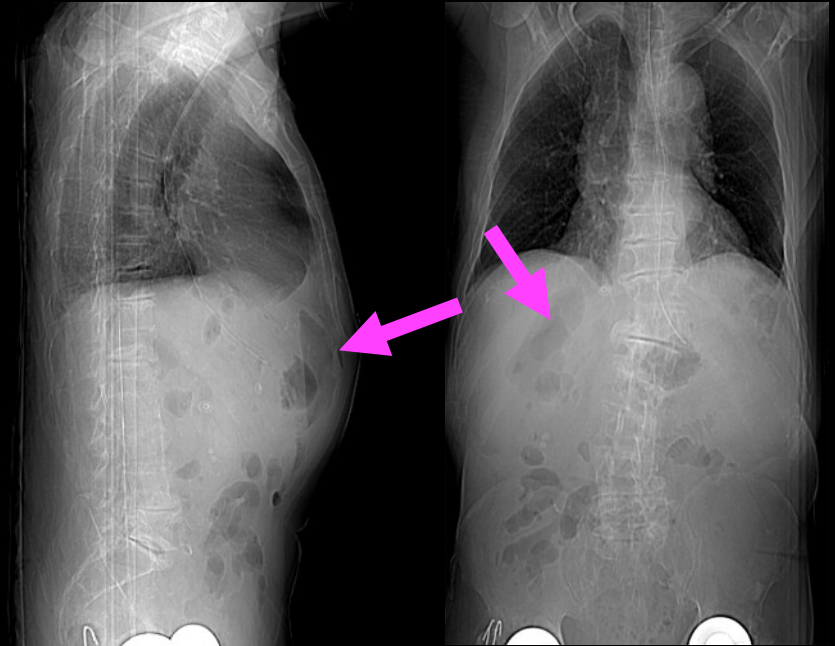
## 4.3 les perforations intestinales chez le sujet âgé

### -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

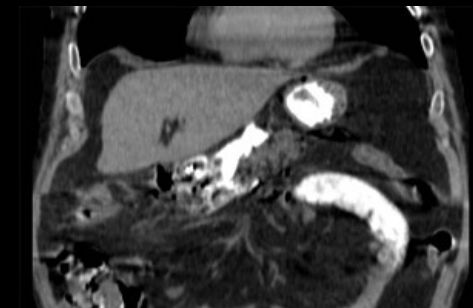
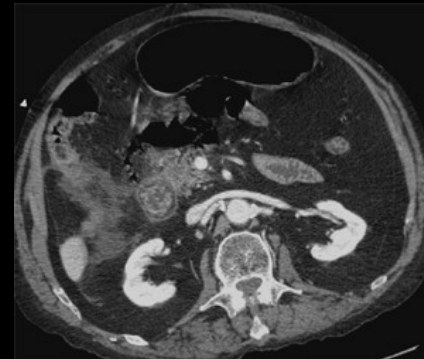
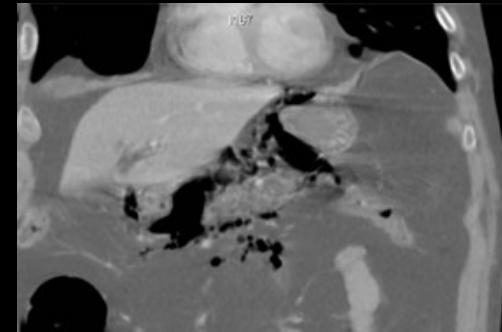


*homme 84 ans ,aucun antécédent abdominal ,douleur épigastrique "en coup de*

## -les perforations "couvertes"

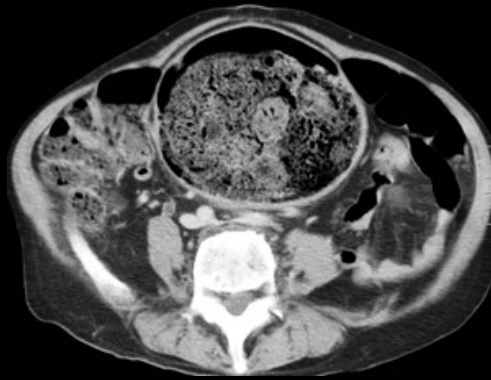
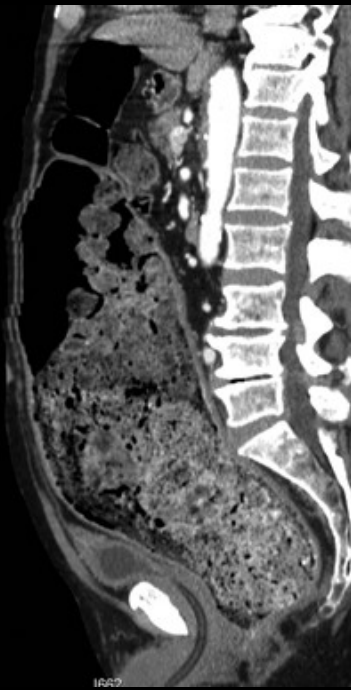
- les perforations "couvertes" se traduisent par des tableaux douloureux et fébriles , parfois par un sd occlusif ou par une péritonite localisée (abcès ou collection )
- dans l'étage sus mésocolique , les **ulcères** (face postérieure du bulbe duodénal) sont les principaux pourvoyeurs
- les perforations "couvertes" du **grêle** doivent faire évoquer 2 diagnostics :
  - .perforation sur **diverticulose du grêle**
  - .ingestion de **corps étranger "piquant"** (arrêt de poisson )
- à l'étage colique : **appendicites** rétro caecales , pelviennes et mésocoeliaques ; **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*

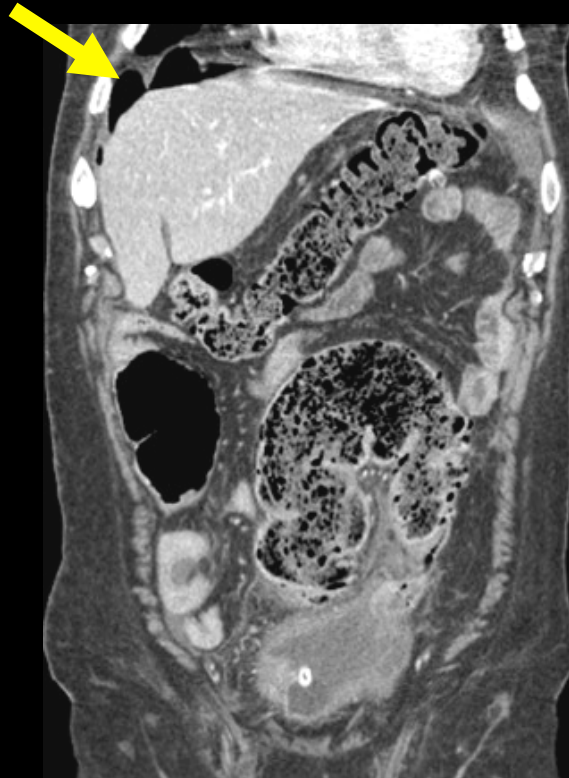
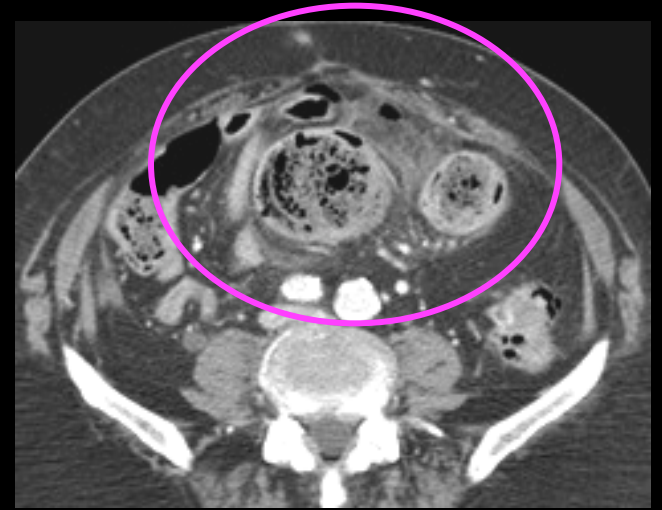


*ulcère perforé de la face postérieure du bulbe duodénal*





*fécalome  
recto-sigmoïdien*



*perforation stercorale  
sur impaction  
fécale*

*obs. P Taourel  
Montpellier*



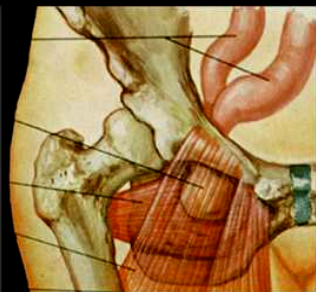
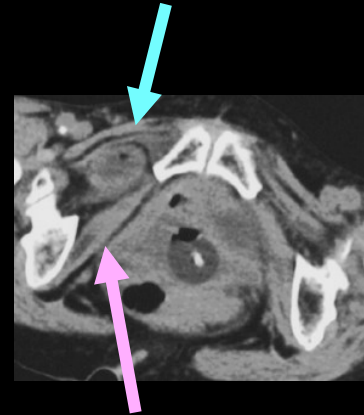
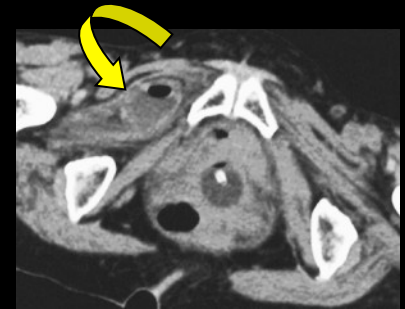
## 4.4 les occlusions intestinales chez le sujet âgé

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

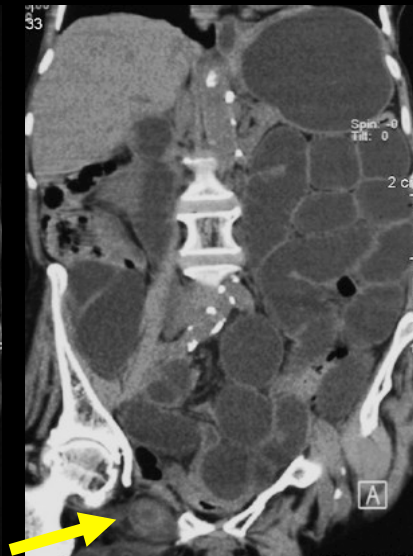
. **l'iléus biliaire** : 30% des occlusions de la femme âgée (?)

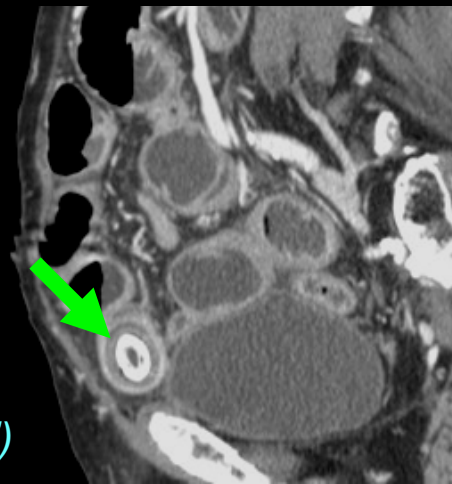
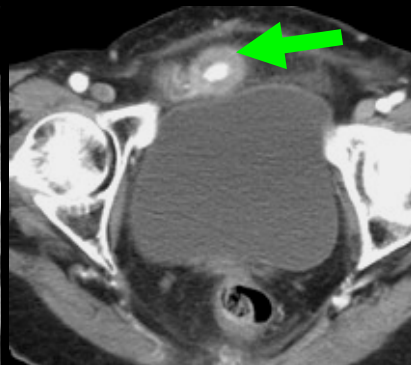
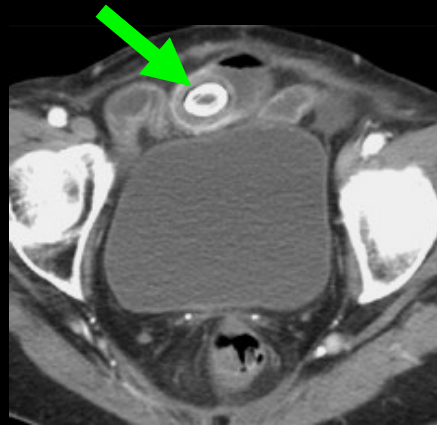
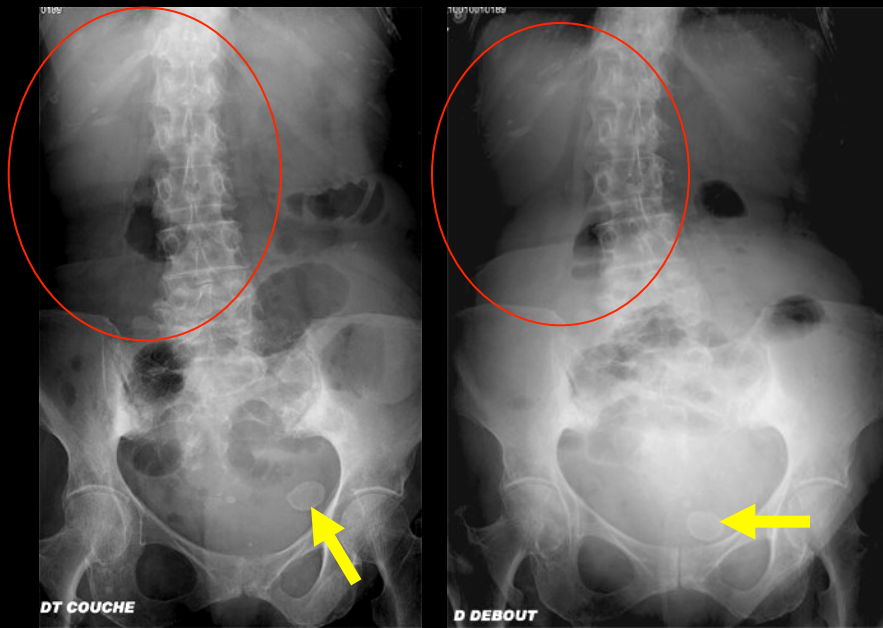
. les **hernies crurales** et les **hernies obturatrices (+++)**

. les **carcinomatoses péritonéales**



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



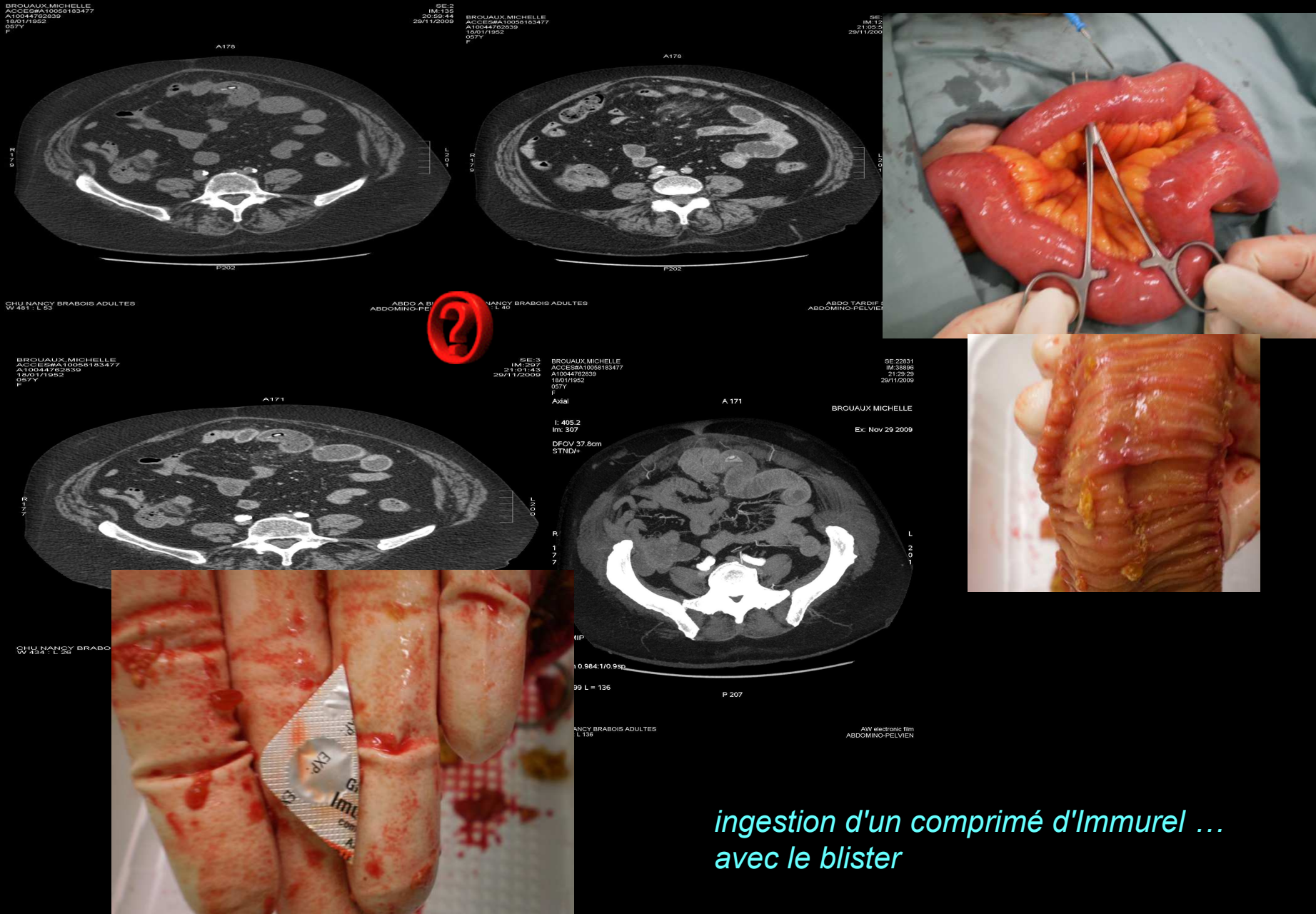


femme 76 ans ; cholécystectomie il y a 15 ans

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



# femme 66 ans ; douleur abdominale intense, à début brutal , syndrome occlusif



ingestion d'un comprimé d'Immurel ...  
avec le blister

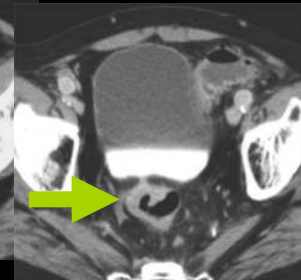
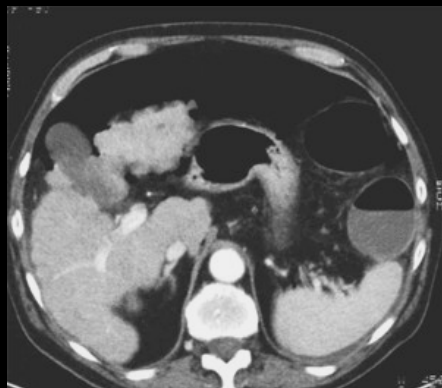
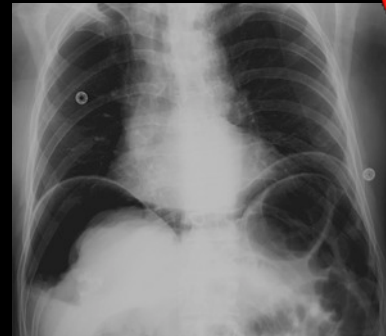
à l'étage colique :

.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 haut rectum et perforation diastatique caecale*

## 4.5 les ischémies intestino-mésentériques chez le sujet âgé

*femme 93 ans, douleurs abdominales*

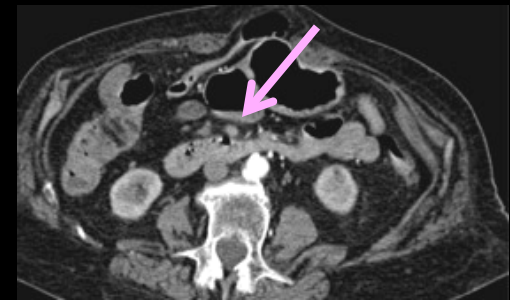
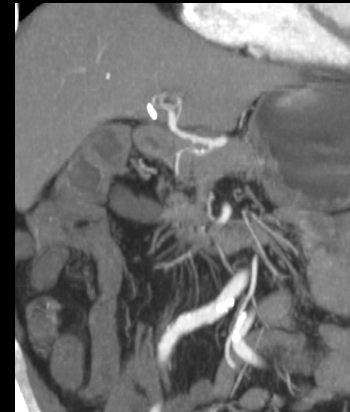
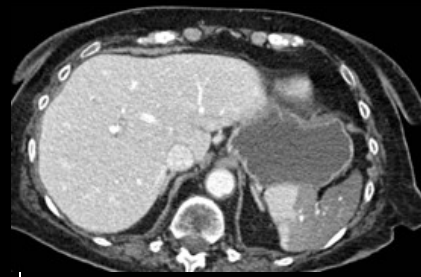
-assez fréquentes ,en particulier chez les sujets âgés récemment opérés : pontages coronariens , RAC et chirurgie valvulaire+++, anévrysmes de l'aorte abdominale .

-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 ...)

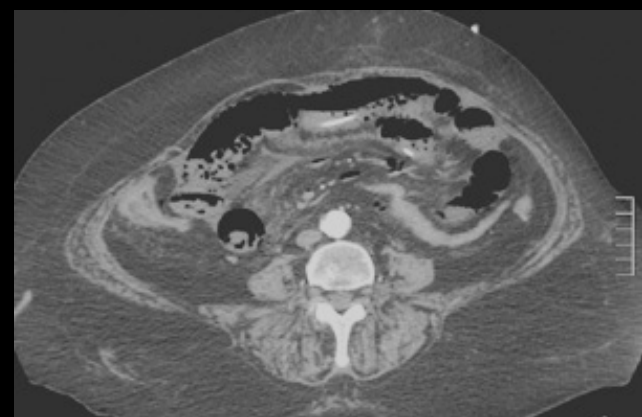
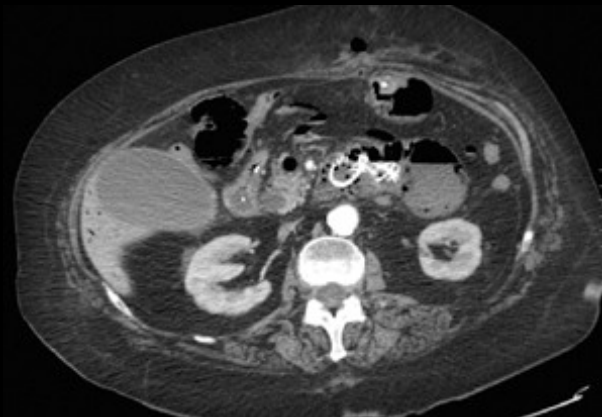
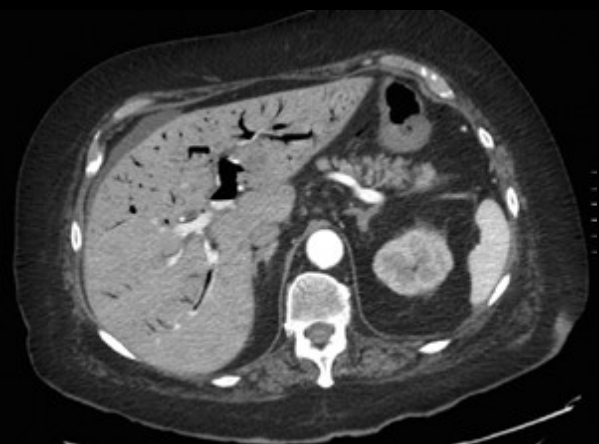
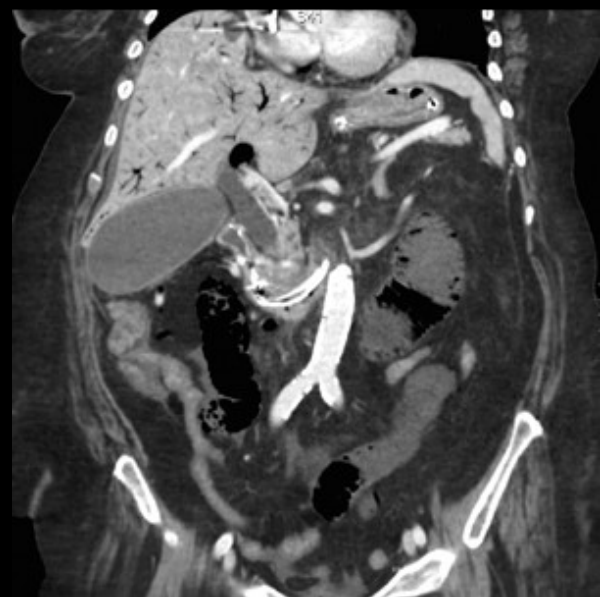
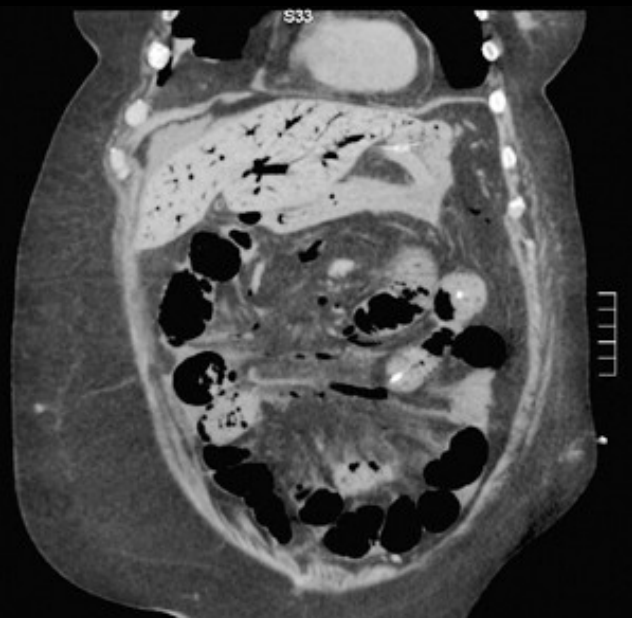
-**thrombose aiguë de l'AMS** :15 à 20 % des cas compliquant un athérome digestif sévère (claudication intermittente digestive)

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



*embolies AMS et artère splénique*





*femme 74 ans , endoprothèses biliaire et duodénale pour adénocarcinome pancréatique ; sd douloureux aigu hyperalgique . infarctus intestino-mésentérique étendu avec aéroportie massive . Bas débit circulatoire splanchnique*

## 4.5 les abdomens aigus d'origine rétro péritonéale et pelvienne

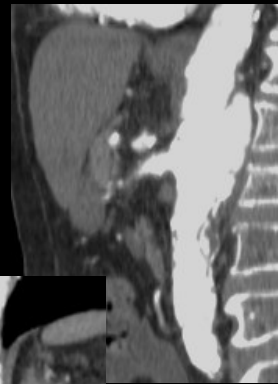
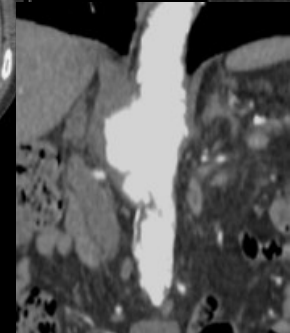
-la **rupture d'anévrisme** athéromateux de l'aorte abdominale sous rénale ou d'une artère iliaque peut s'exprimer par un tableau douloureux abdominal ( parfois avec vomissements)

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

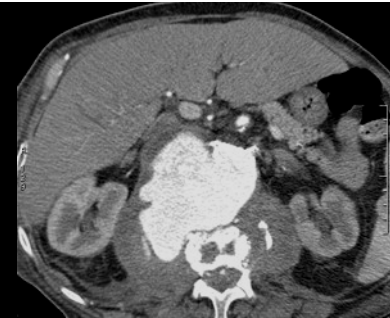
-l'erreur diagnostique la plus fréquente se produit avec la colique néphrétique. En l'absence d'antécédents lithiasiques urinaires ; c'est le diagnostic de rupture d'AAA qu'il faut suspecter

-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*



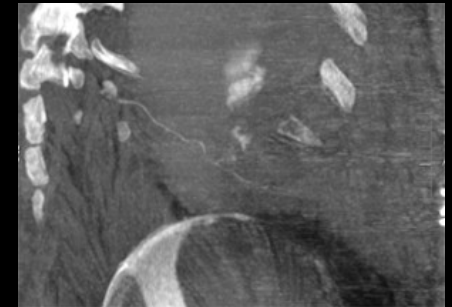
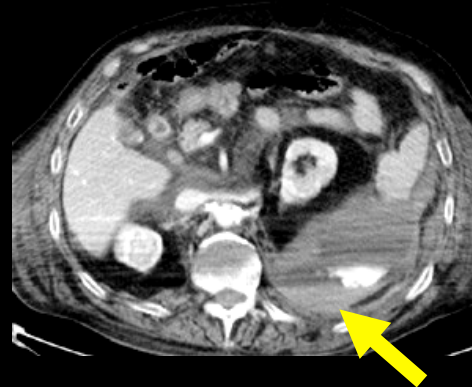
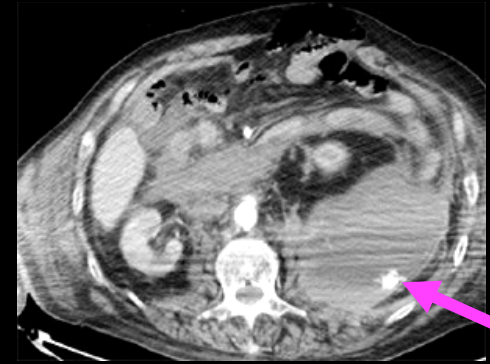
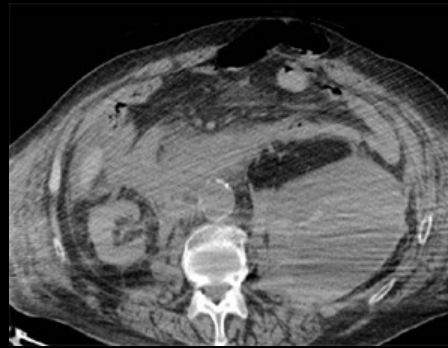
les accidents abdominaux aigus des anticoagulants chez le sujet âgé

-les **surcharges en AVK** sont responsables

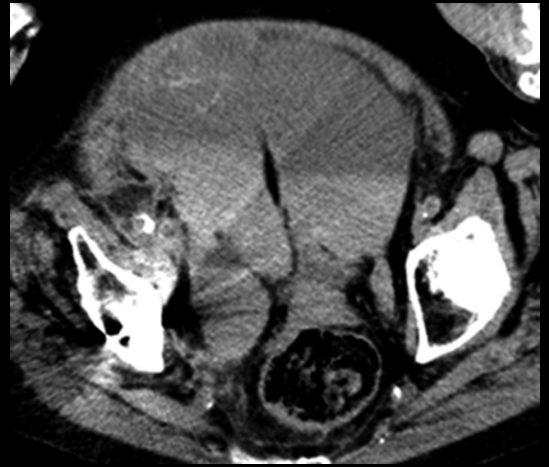
- .d'hématomes du **psoas-iliaque** et
- .d'hématomes **pariétaux** aigus, essentiellement observés sur le **grêle**

-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 cellulo graisseux sous péritonéaux du pelvis

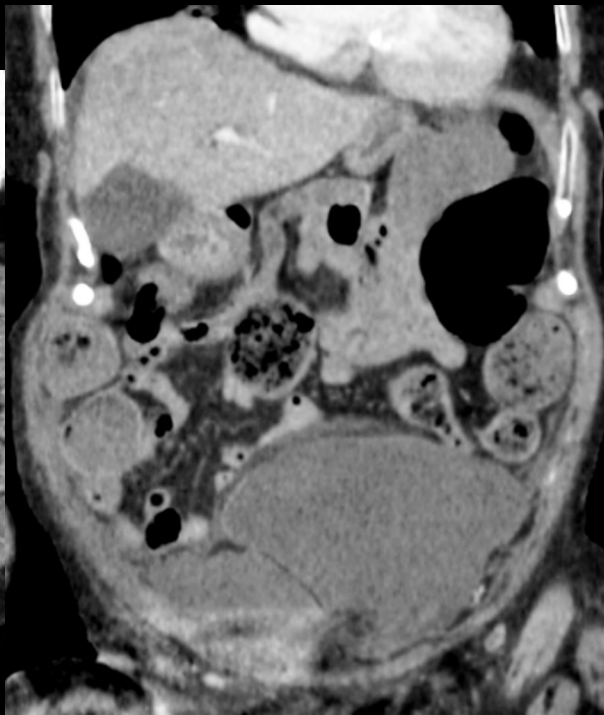
*homme 77ans TACFA sous AVK, déglobulisation aiguë sans saignement extériorisé*



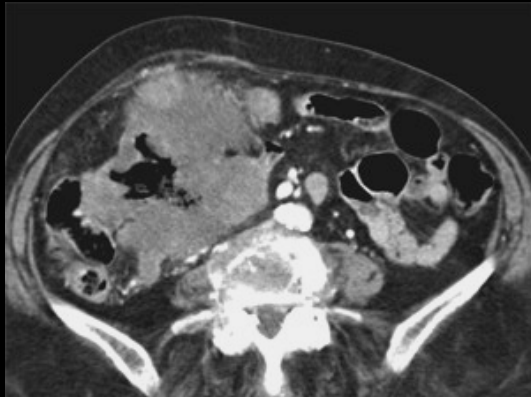
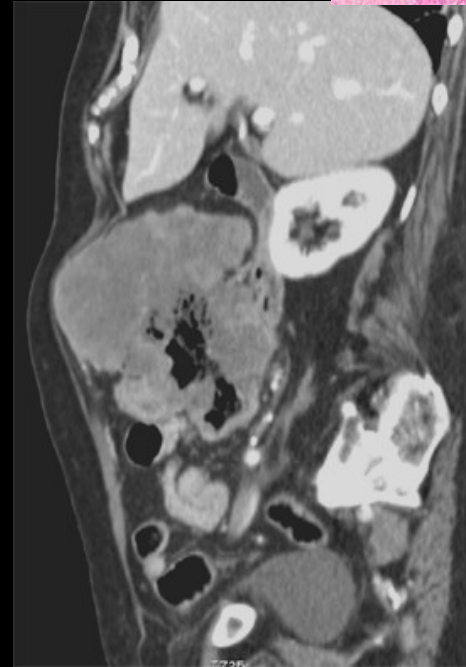
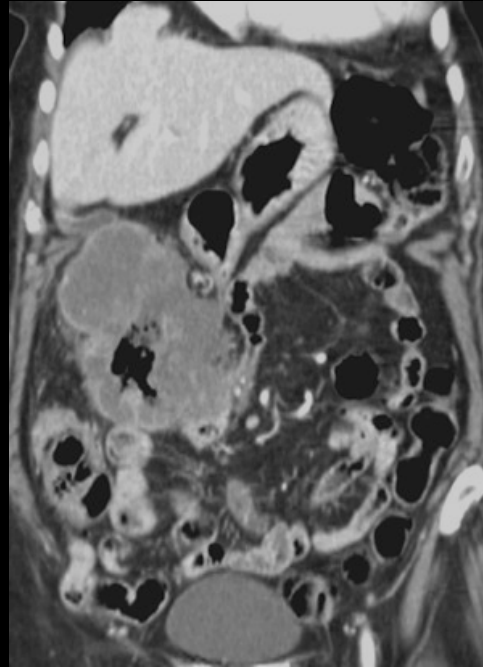
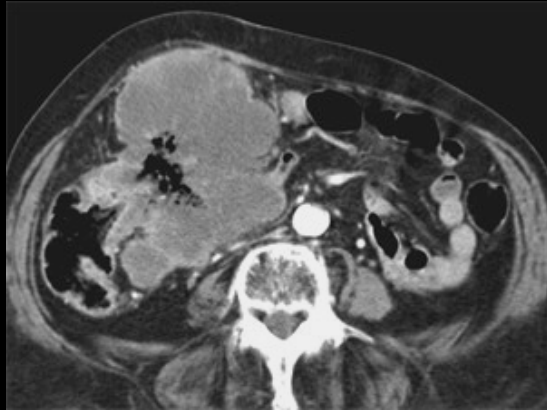
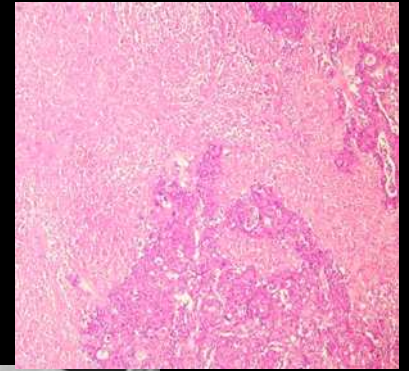
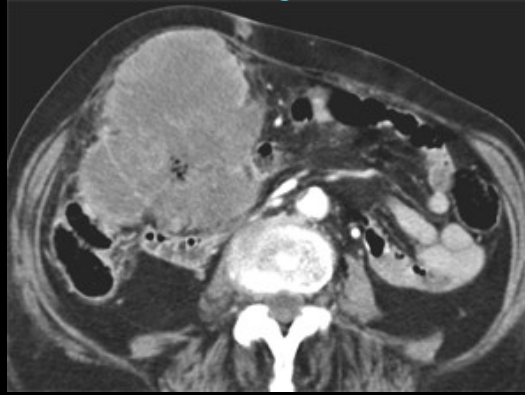
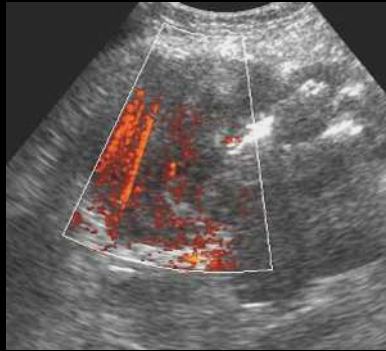
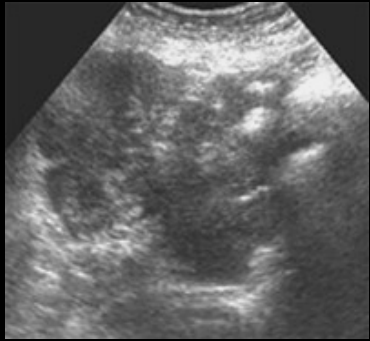




*hématome du grand droit droit de l'abdomen , à développement pelvien (en dessous du niveau de l'arcade de Douglas) avec 2 points de saignement actifs ; évolution fatale*



*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 !