



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

L'imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte[☆]

Imaging of non-traumatic abdominal emergencies in adults

V. Dubuisson^{a,*}, E.J. Voiglio^b, N. Grenier^c,
Y. Le Bras^c, M. Thoma^d, M.V. Launay-Savary^e

^a Service de chirurgie vasculaire et générale, hôpital Pellegrin-Tripode, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

^b Unité de chirurgie d'urgence, faculté de médecine Lyon-Est UMR T9405, université de Lyon, université Claude-Bernard Lyon 1, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

^c Service d'imagerie diagnostique et interventionnelle de l'adulte, hôpital Pellegrin-Tripode, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

^d Service de chirurgie et transplantation abdominale, service des urgences, cliniques universitaires St-Luc, UCL, 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

^e Service de chirurgie viscérale et digestive, centre hospitalier d'Arcachon, avenue Jean-Hameau, CS 1101, 33164 La Teste-De-Buch cedex, France

MOTS CLÉS

Urgence ;
Abdomen aigu ;
Imagerie

Résumé La pathologie abdominale non traumatique est l'un des motifs les plus fréquents de consultation dans les services d'accueil d'urgences. Une douleur abdominale peut révéler de très nombreuses pathologies, dont certaines nécessitent une prise en charge urgente. Le recours à l'imagerie est habituellement nécessaire dans la mesure où l'anamnèse et l'examen clinique sont rarement suffisants. Le choix des examens, orienté par le contexte clinique, est guidé par la performance des examens disponibles, dans un souci d'innocuité et de moindre coût. Les clichés standard n'ont plus de place dans l'exploration de l'abdomen aigu. La disponibilité encore insuffisante de l'imagerie par résonance magnétique circonscrit le choix à l'échographe et au scanner. Aucune évidence scientifique ne permet d'imposer une stratégie unique. Il existe actuellement une alternative entre la réalisation systématique d'une échographie complétée par un scanner lorsqu'elle n'est pas concluante, et la réalisation d'un scanner en première intention sauf en cas de douleur de la fosse iliaque droite ou de l'hypochondre droit ainsi que chez la femme enceinte où l'échographie est l'examen de première intention.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.019>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vincent.dubuisson@chu-bordeaux.fr (V. Dubuisson).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2015.09.011>

1878-786X/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Emergency;
Acute abdomen;
Imaging

Summary Non-traumatic abdominal pathology is one of the most common reasons for consultation in emergency care services. Abdominal pain is the presenting symptom for many diseases, which often require urgent care. Clinical history and physical examination are rarely sufficient to establish a definite diagnosis and imaging is usually necessary. The choice of imaging modality is oriented by the clinical context and guided by the institutional capabilities, safety, and cost-effectiveness of the available tests. Plain radiographs have little or no place in the evaluation of the acute abdomen. Magnetic resonance imaging (MRI) still has limited availability in many hospitals, thus narrowing the imaging choice to ultrasound (US) and computerized tomography (CT). No scientific evidence exists to allow the imposition of one single strategy. At the present time, the clinician may choose either routine US evaluation complemented by CT in case the US is inconclusive, or first-line CT (except for the evaluation of right lower quadrant [RLQ] pain, right upper quadrant [RUQ] pain, and in pregnant women where ultrasound is the first-line study).

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La pathologie abdominale non traumatique est l'un des motifs les plus fréquents de consultation dans les services d'accueil d'urgences. La douleur abdominale représenterait 5 à 10 % de consultations [1–3] avec un taux élevé d'admissions secondaires, mesuré à environ 60 % dans le rapport de l'Association française de chirurgie 2004 [4]. Il est rare que l'anamnèse, l'examen clinique et les examens biologiques, aussi précis et minutieux soient-ils, apportent à eux seuls les informations jugées suffisantes par le clinicien. Le recours à l'imagerie est donc usuel, souvent redondant. Il n'y a pas de donnée précise évaluant la proportion de patients bénéficiant d'au moins un examen d'imagerie [5] mais Hastings et al. rapportent qu'en 2007, sur 1000 patients consécutifs s'étant présentés aux urgences pour douleur abdominale, 21 % avaient un ASP et 42 % un scanner ou une échographie [2]. Aucune évidence scientifique ne permet d'imposer une attitude collant aux attentes que l'imagerie suscite : aide au diagnostic performante, innocuité, rapidité, faible coût. Les développements techniques récents et avenir, sous réserve d'une accessibilité suffisante, doivent permettre une utilisation réfléchie tendant vers ces objectifs.

Les examens d'imagerie pour le diagnostic de douleur abdominale

La pathologie abdominale d'urgence englobe un nombre très élevé de situations et de diagnostics. La douleur abdominale est l'un des symptômes les plus fréquents motivant une consultation aux urgences. Elle peut être secondaire à tout un spectre de pathologies dont la prise en charge s'échelonne d'un retour à domicile à une intervention chirurgicale d'urgence, en passant par une surveillance ambulatoire ou en milieu hospitalier. La prise en charge de ces patients dans les unités d'accueil d'urgence doit permettre de faire le diagnostic avec acuité et rapidité de manière à assurer une prise en charge adaptée et efficace. Le recours à l'imagerie est donc habituel [6], ne serait-ce parfois que pour assurer le patient de l'exhaustivité

des investigations dont il aura bénéficié [7,8]. Pourtant, la prescription d'un examen d'imagerie devrait répondre à une démarche rationnelle. Elle ne se conçoit qu'après un interrogatoire et un examen clinique permettant de formuler une hypothèse diagnostique orientant le choix de l'examen. La décision de recourir à un examen d'imagerie reste une question de jugement clinique [9]. Dans un souci d'épargne de temps, il peut être souhaitable de demander cet examen avant d'obtenir les résultats des examens biologiques lorsque le tableau est manifestement évocateur [10]. Inversement, en cas de tableau clinique rassurant, il est préférable d'attendre les résultats biologiques, l'absence de syndrome inflammatoire pouvant être un élément supplémentaire amenant à décider de ne pas réaliser d'examen d'imagerie [7].

Il n'existe pas d'attitude fondée sur la preuve adaptée à la diversité des présentations cliniques et à la multiplicité des diagnostics possibles. Cette diversité rend difficile l'évaluation des performances des examens disponibles par des critères objectifs : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives et efficacité diagnostique (l'« accuracy » des Anglo-Saxons, à savoir la proportion d'examens exacts – vrais positifs et vrais négatifs – pour l'ensemble de la population). Pour évaluer la pertinence et la valeur diagnostique des examens utilisés, on trouve plutôt dans la littérature les notions d'impact de l'examen considéré sur l'aide au diagnostic, sur les changements de prise en charge et d'accroissement de cet impact selon l'examen utilisé.

Si l'efficacité diagnostique est le critère principal recherché, le choix des examens radiologiques doit aussi répondre à des exigences d'innocuité (administration de produits de contraste, exposition aux rayonnements ionisants), de rapidité et de moindre coût. Ce choix est limité par des contingences liées aux contraintes locales organisationnelles et de disponibilité ou par les conditions du patient, insuffisance rénale ou allergie par exemple. La première recommandation serait donc d'éviter les examens redondants qui n'apportent pas d'information supplémentaire mais génèrent une perte de temps, un risque d'effets secondaires, une irradiation évitable et un surcoût.

Les patients consultant pour une pathologie abdominale sont parmi ceux dont la durée de séjour dans les unités

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311795>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311795>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)