

Abdomen : examen normal

Cours TUSAR Ouest, 15 décembre 2025

Pr REMERAND Francis

Pôle anesthésie Réanimations,

Dr AYOUB Jean

Unité d'échographie générale,
CHRU Trousseau - TOURS



Objectifs

Conférence de consensus ACCP / SRLF

- préparation - installation du patient
- choix de matériel et de sonde
- les coupes à réaliser
- énumérer les organes abdominaux explorables en échographie
- orientation et repérage échoanatomique

Mayo PH, Chest 2009

Table 3—*Technical (Image Acquisition) and Cognitive (Image Interpretation) Elements Required for Competence in Abdominal Ultrasonography*

Assessment for intraperitoneal fluid
Identification of a relatively echo-free space surrounded by typical anatomic boundaries: abdominal wall, diaphragm, liver, gallbladder, spleen, kidney, bladder, bowel, uterus, spinal column, aorta, IVC
Identification of abdominal wall, diaphragm, liver, gallbladder, spleen, kidney, bladder, bowel, uterus, spinal column, aorta, IVC
Identification of characteristic dynamic findings of intraperitoneal fluid, such as diaphragmatic motion, floating bowel, bowel peristalsis, dynamic fluid motion, and respirophasic shape change, compressibility
Characterization of fluid: anechoic; echogenicity (using liver/spleen as reference); homogeneous or heterogeneous; presence of strands/debris/septations
Qualitative assessment of intraperitoneal fluid volume
Recognition of specific limitations of ultrasonography to identify intraperitoneal fluid such as inadequate image quality due to technical limitations, hemoperitoneum, echo-dense purulent fluid
Assessment of the urinary tract
Bladder: identification of bladder, identification of urinary catheter, identification of abnormal bladder contents
Differentiation of distended bladder from ascites
Qualitative assessment of intravesicular volume, identification of overdistention
Kidneys: identification of both kidneys, identification of presence or absence of hydronephrosis, measurement of kidney in longitudinal axis
Assessment of the aorta
Identification of abdominal aorta
Identification of abdominal aortic aneurysm

Préparation - installation idéale...

- Patient à jeun (>6h), decubitus dorsal +/- 35 – 45°
- après un examen CLINIQUE =
« pas de question, pas de réponse ... »
gestion d'un « incidentalome »
- Examen débrouillage : rapide, réponse oui / non / nsp
- Si NSP = radiologue
- Pour chaque organe = balayage complet
- Compte rendu : différencier aspect écho / interprétation

Matériel



Sonde abdo

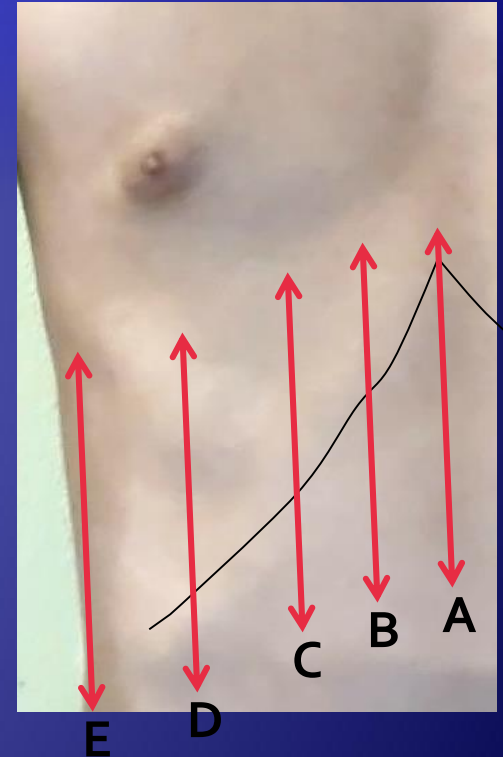
Sonde cardio + preset abdo

Sonde microconvexe + preset abdo

Sondes linéaires : pour geste invasif

Les principales coupes

Axiales et longitudinales :



A = médiane

B = para médiane interne

C = para médiane

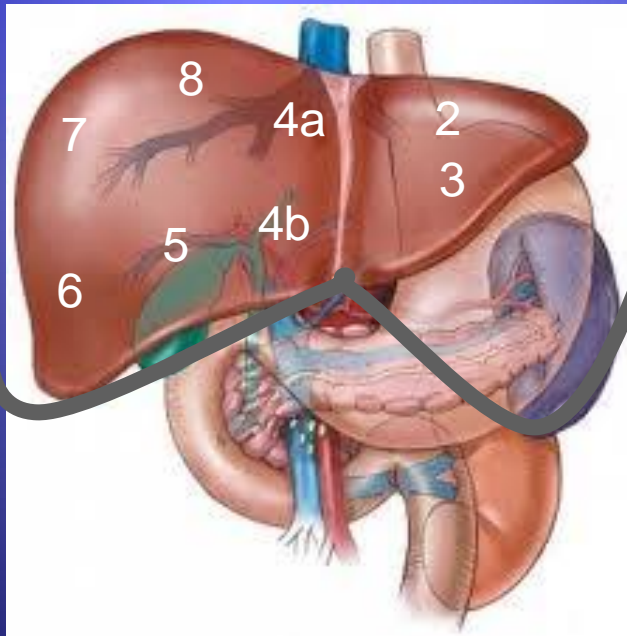
D = para médiane externe

E = latérale

Rappels anatomiques

Foie D

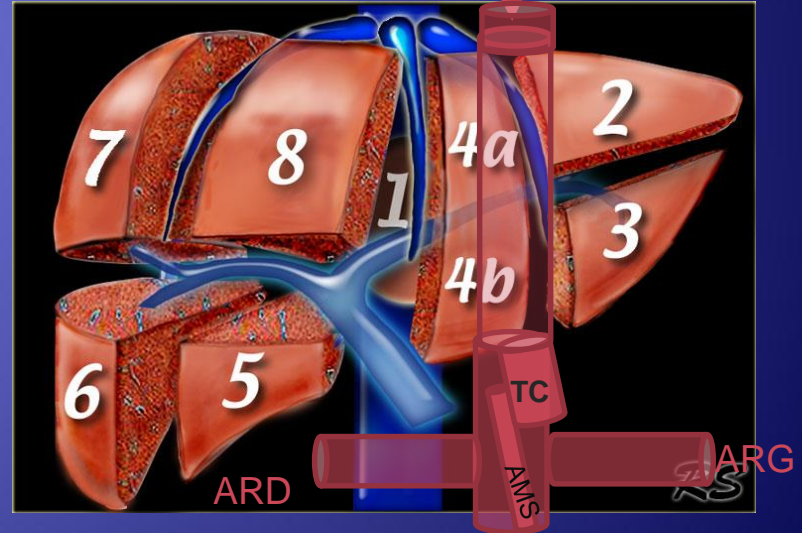
G



Foie D

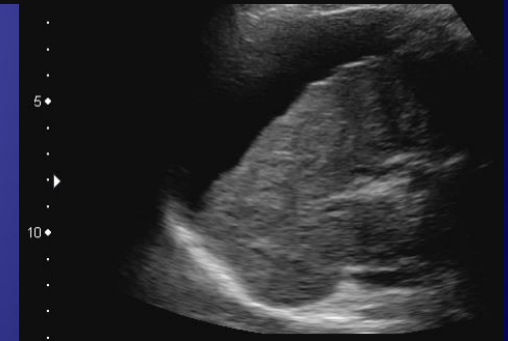
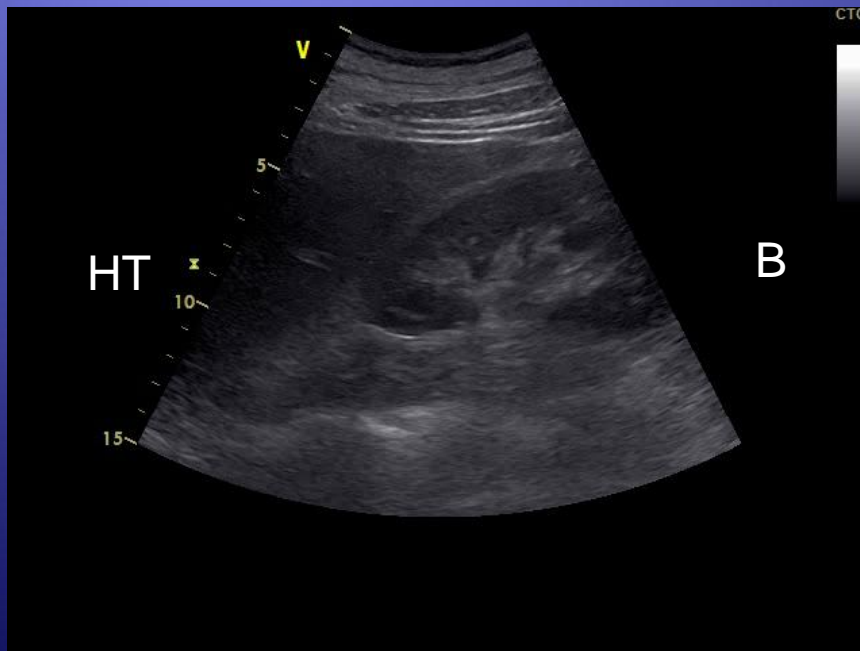
Ao

G



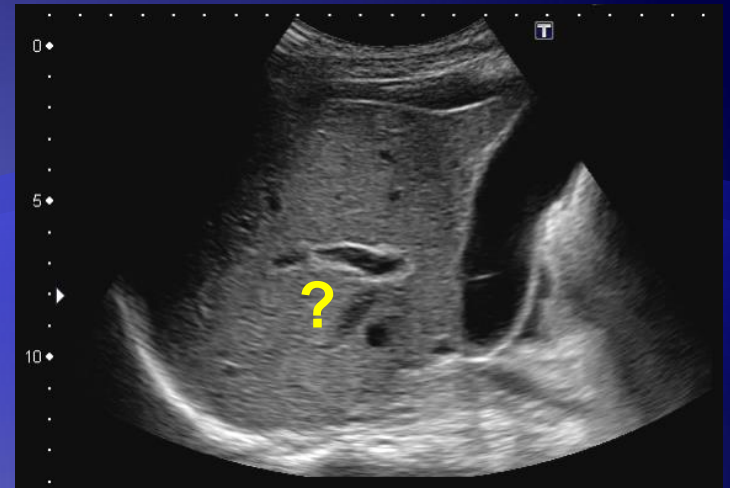
Le foie

- échostructure homogène
- bords lisses, contours réguliers
- aussi échogène (légèrement hyper) vs le cortex rénal



Les vx du foie en mode B

- VSH veines sus hépatiques
- Artères hépatiques
- système Porte
- Réseau biliaire



Les vx du foie en mode B

en coupe longitudinale >> axiale :

Vaisseaux sus hépatiques = pas de paroi (sauf à 90°)

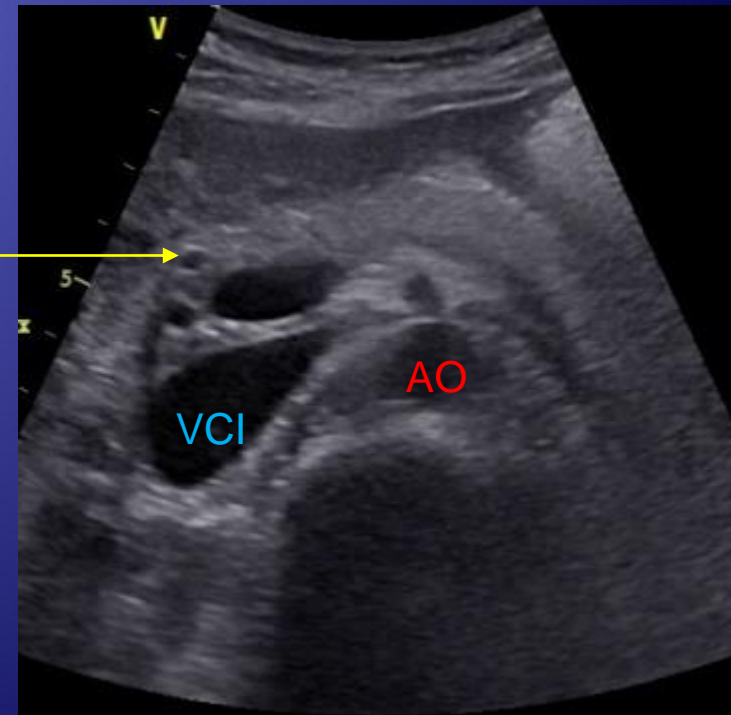
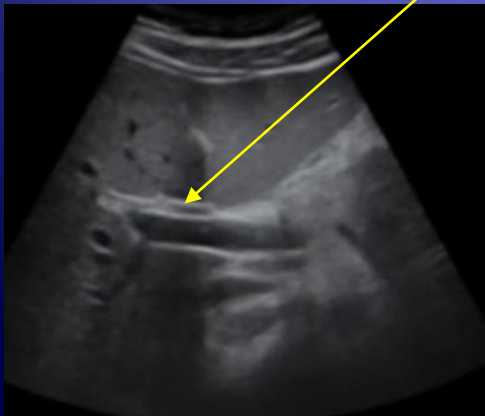
Vaisseaux porte = paroi hyperéchogène

Artères hépatiques : paroi hyperéchogène

Mais diamètre 1-2 mm donc difficile à voir en mode B

Voies biliaires intrahépatiques quasi invisibles

Voies biliaires extrahépatiques
difficiles à voir en l'absence de dilatation (>10 mm),
en avant du tronc porte



Les vx du foie en mode Doppler couleur ou pulsé

Intérêts :

Identifier les vaisseaux (vs voies biliaires +++)

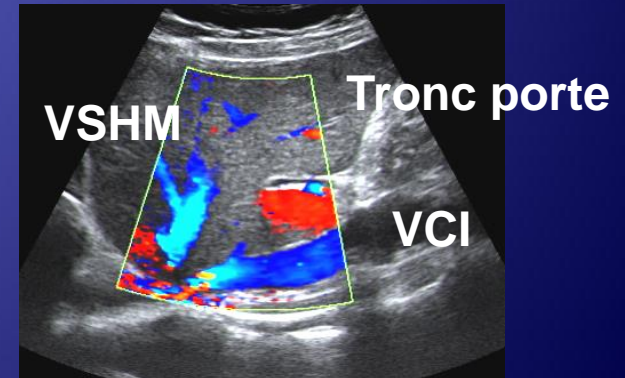
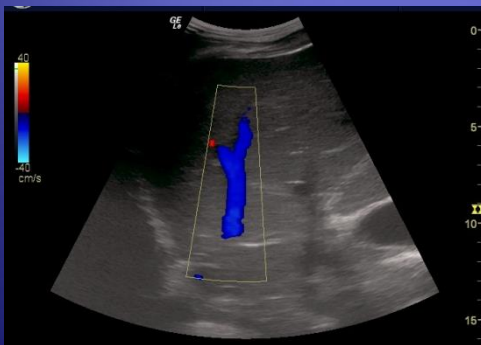
Sens des flux +++ :

hépatofuge (VSH),

hépatopète (artère, veine porte)

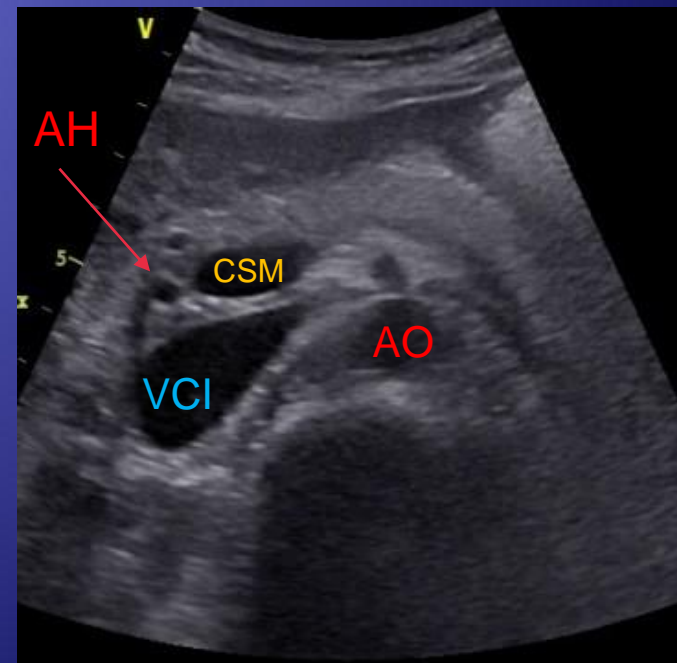
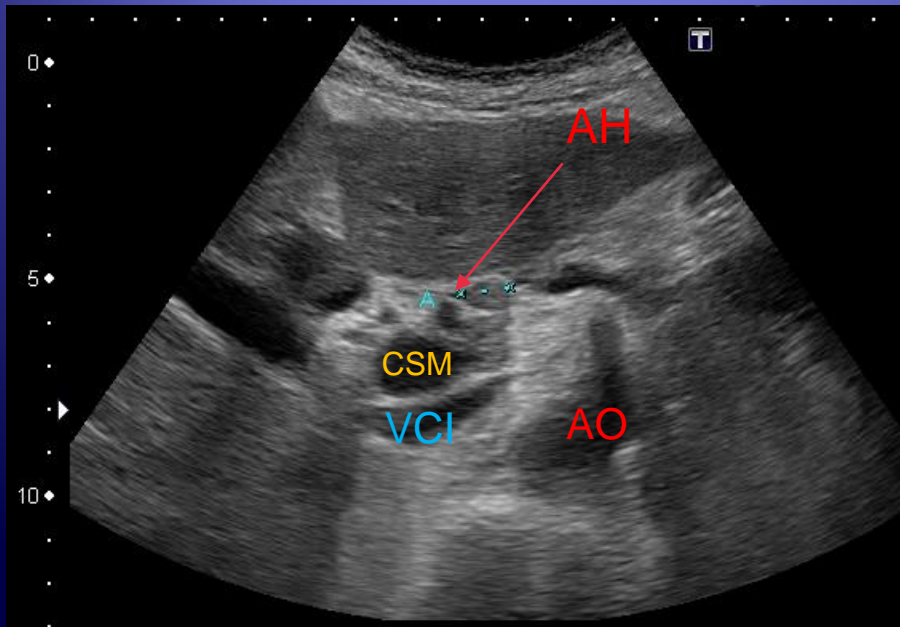
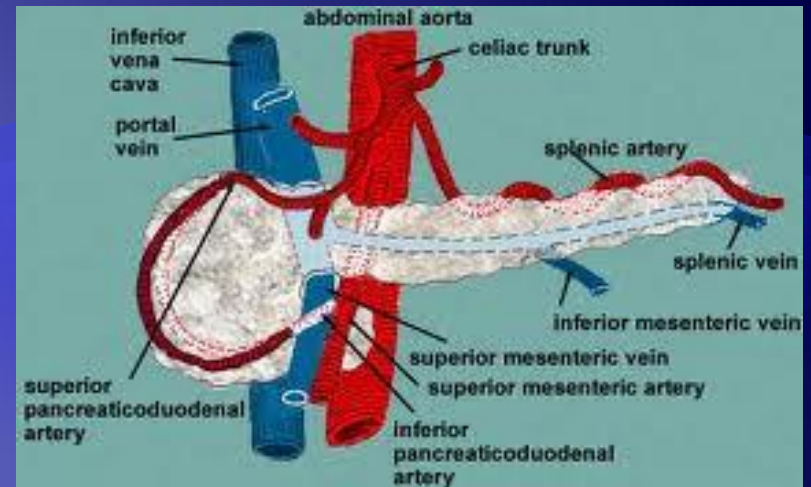
Pas de flux : bile >>> Thrombose

Mesurer leurs débits ?



Région épigastrique

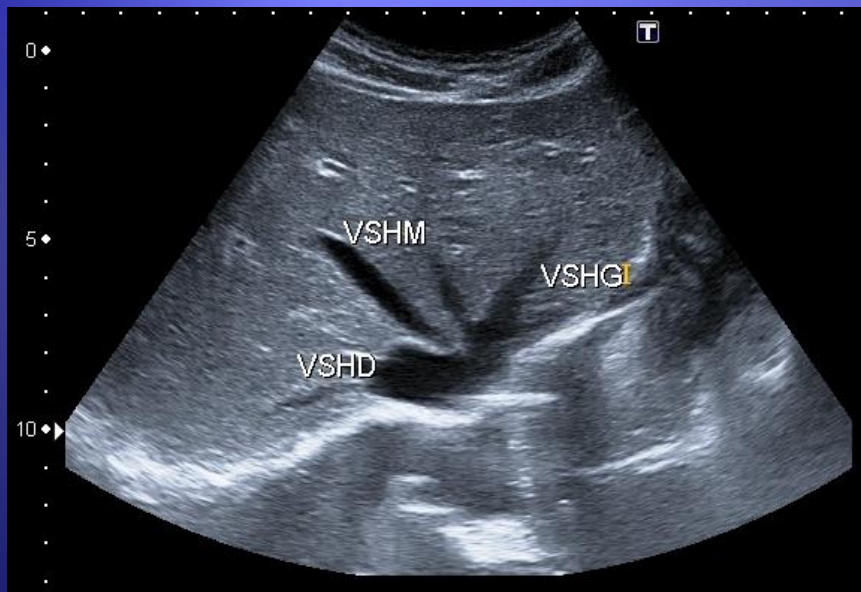
Hile hépatique et gros vaisseaux systémiques



Repérage des vaisseaux :

1-Coupe épigastrique axiale

coupe récurrente sous costale

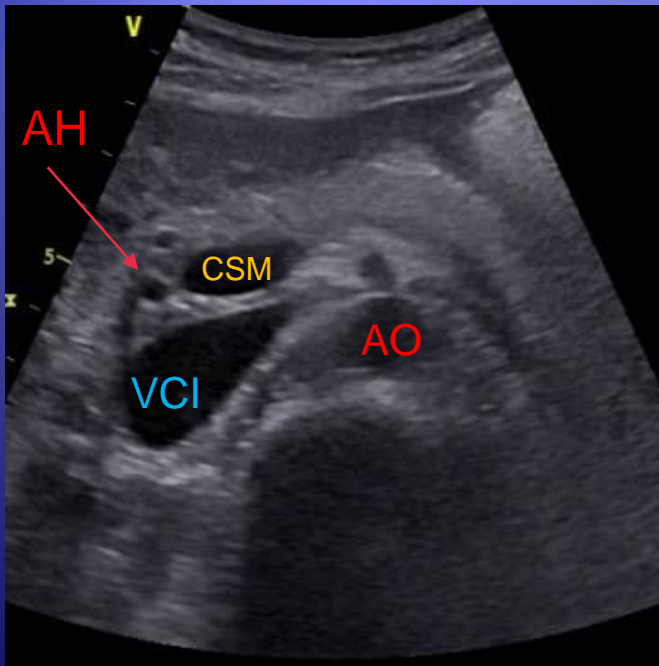


Repérage des vaisseaux :

1-Coupe épigastrique axiale vraie

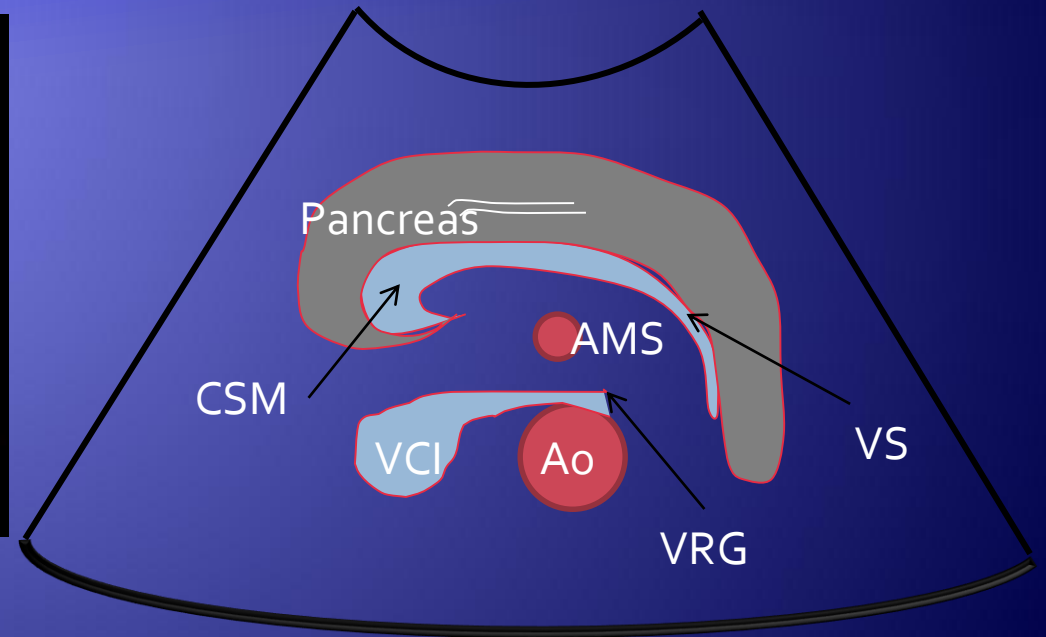
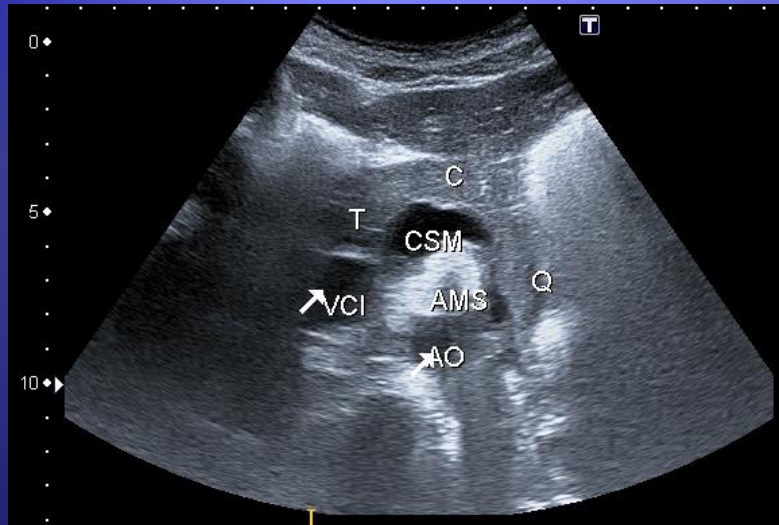
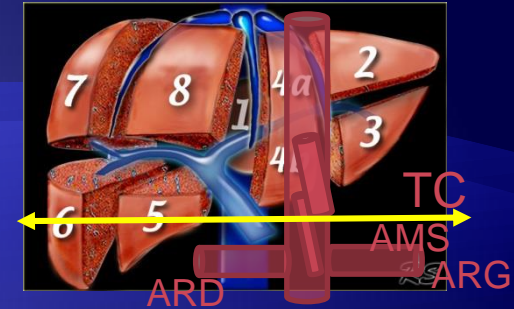
Pancréas – CSM – VCI – AMS - Ao

TRANSVERSE = axiale



Coupe épigastrique axiale

Pancréas – CSM – VCI – AMS - Ao

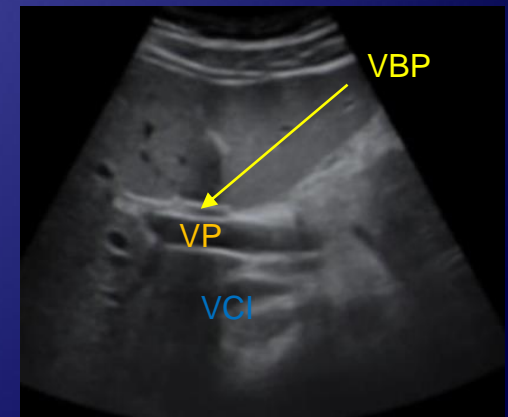
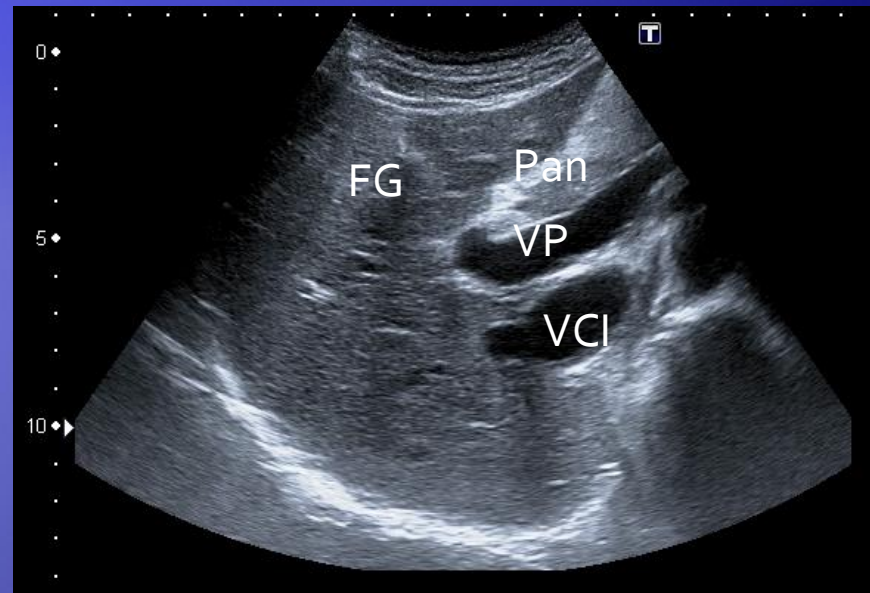


TRANSVERSE

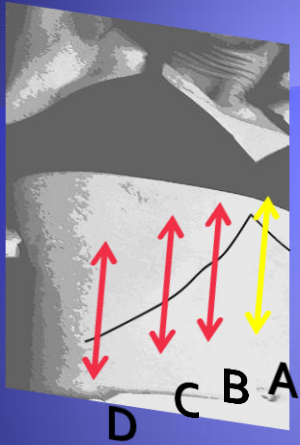
2- Coupe épigastrique dans l'axe du tronc porte



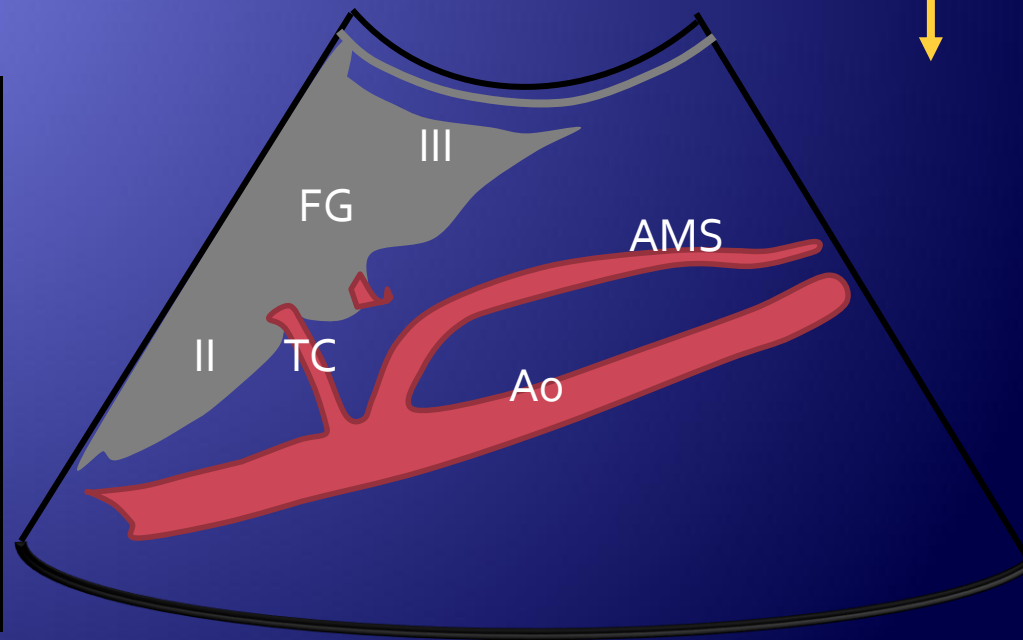
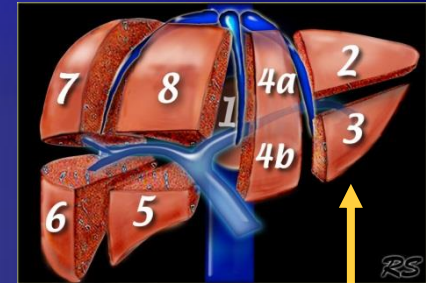
Rotation de $35 - 45^\circ$ = parallèle au rebord costal droit
Veine porte : thrombus, sens du flux



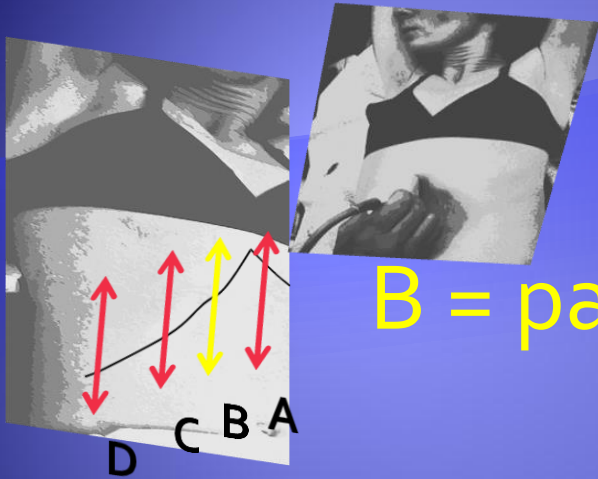
3- coupe sagittale de l'aorte



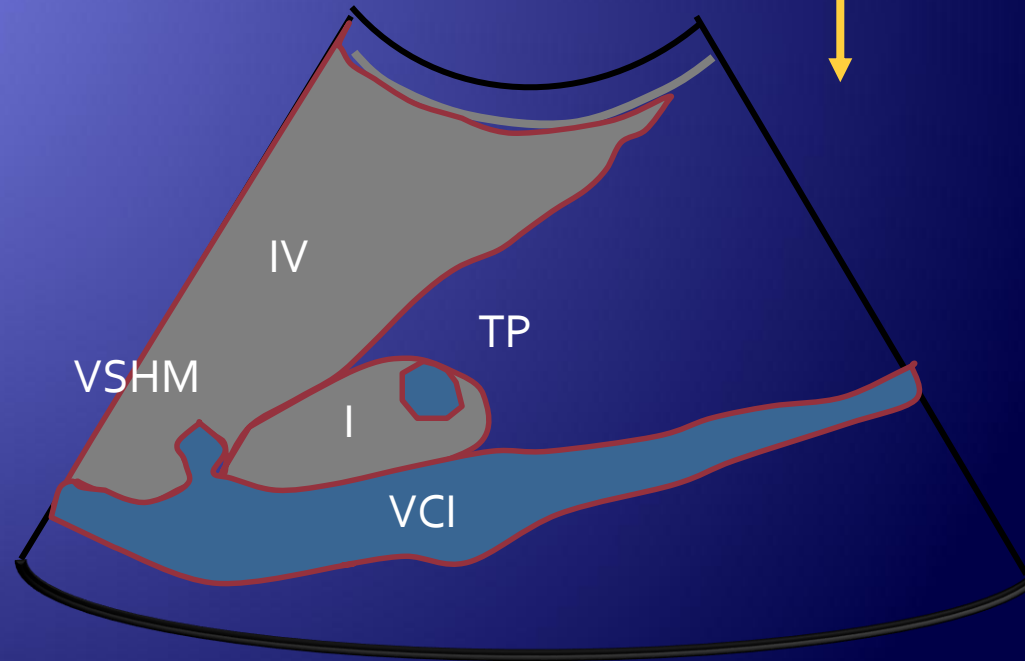
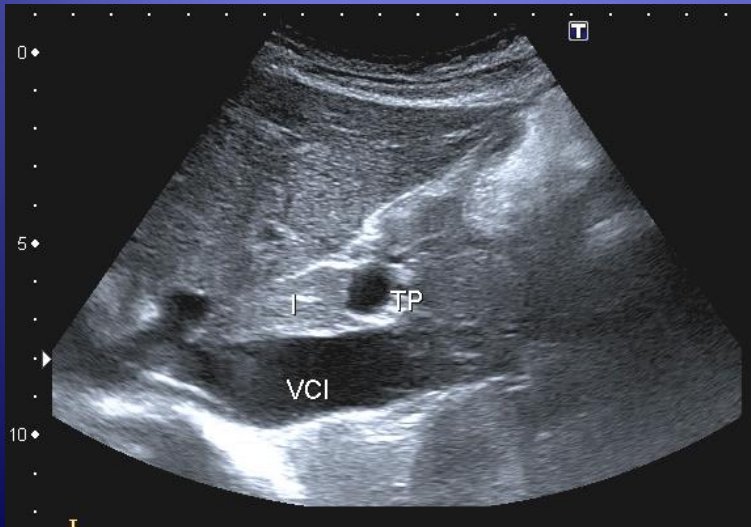
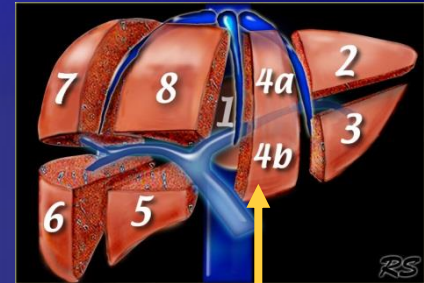
A = médiane



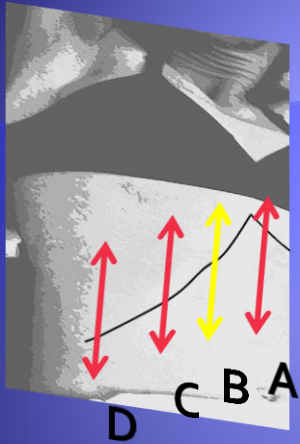
4- coupe sagittale sur VCI



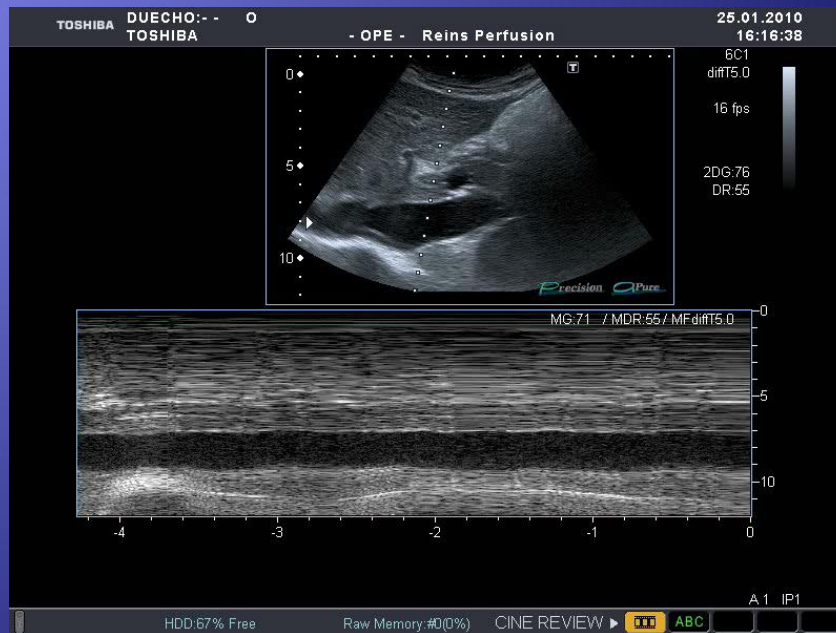
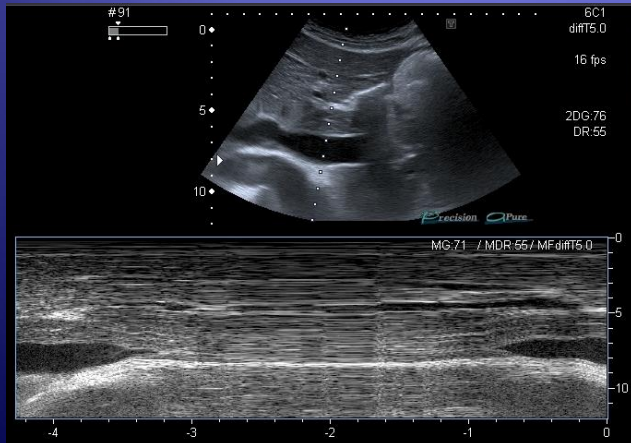
B = para médiane interne



4- coupe sagittale sur VCI

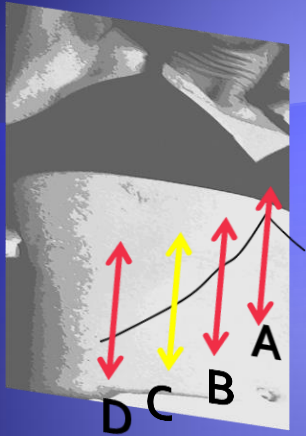


B = para médiane interne

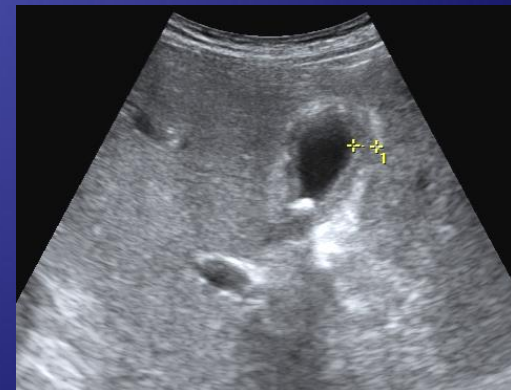


5- coupes sagittales de l'hypochondre D

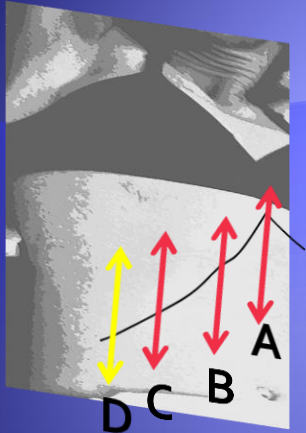
Vésicule biliaire



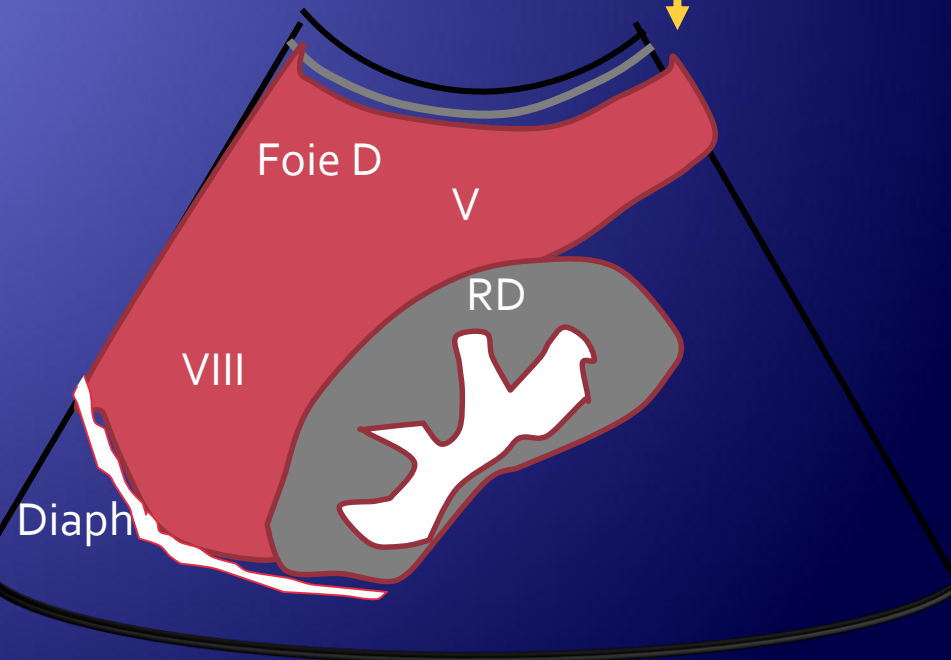
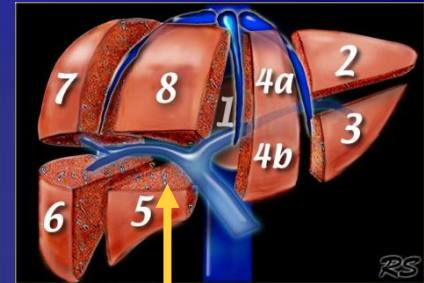
- transonore
- parfois sludge, lithiase (mobilité, localisation)
- peut être bilobée
- Paroi < 4 mm, non dédoublée
- indolore
- < 10 cm x 4 cm



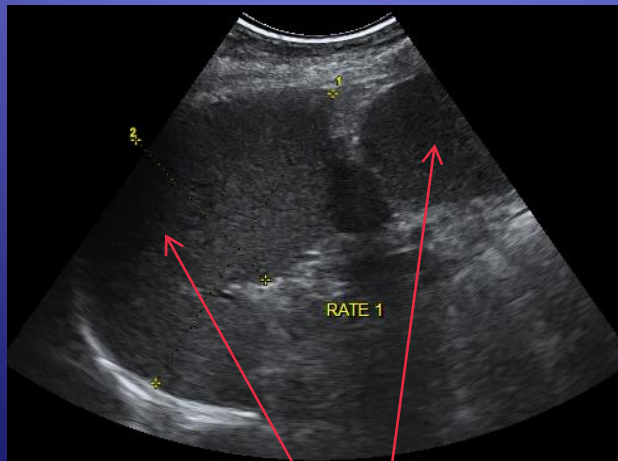
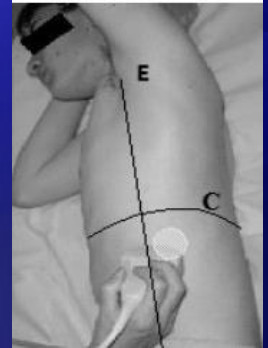
6- coupes sagittales de l'hypochondre D



D = para médiane externe
= loge de Morison



7-Hypochondre G = Rate + rein G

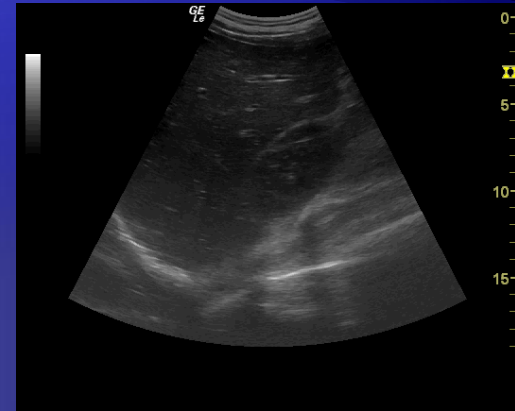


Deux rates

8-Les zones déclives



➤ Loge de Morison



➤ Loge de Kohler entre rein G et rate



➤ Gouttières pariéto-coliques

➤ Espace sous phrénique

➤ Douglas



➤ douglas

Entre vessie (ou uterus) et rectum

axiale



Douglas... et glandes seminales

F

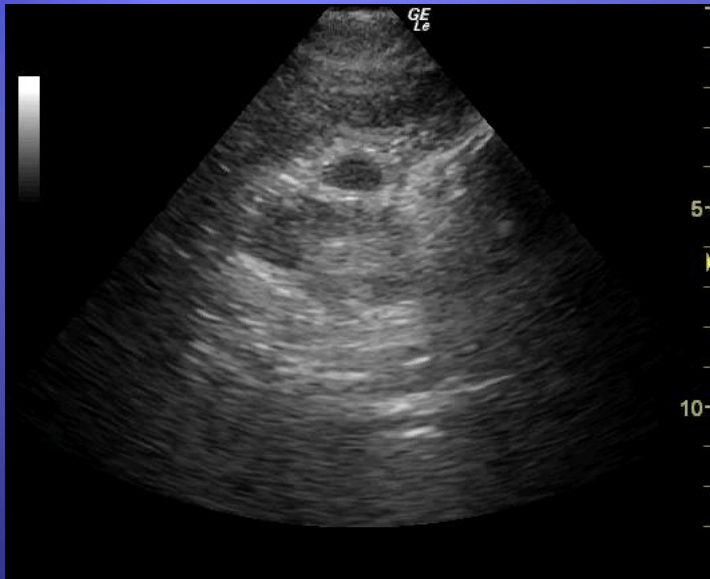
longitudinale



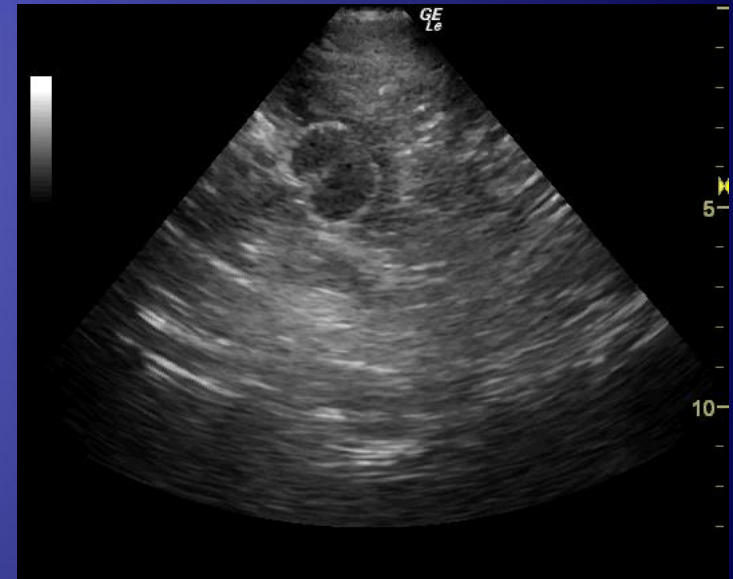
➤ douglas

Sonde vésicale comme repère...

axiale



longitudinale

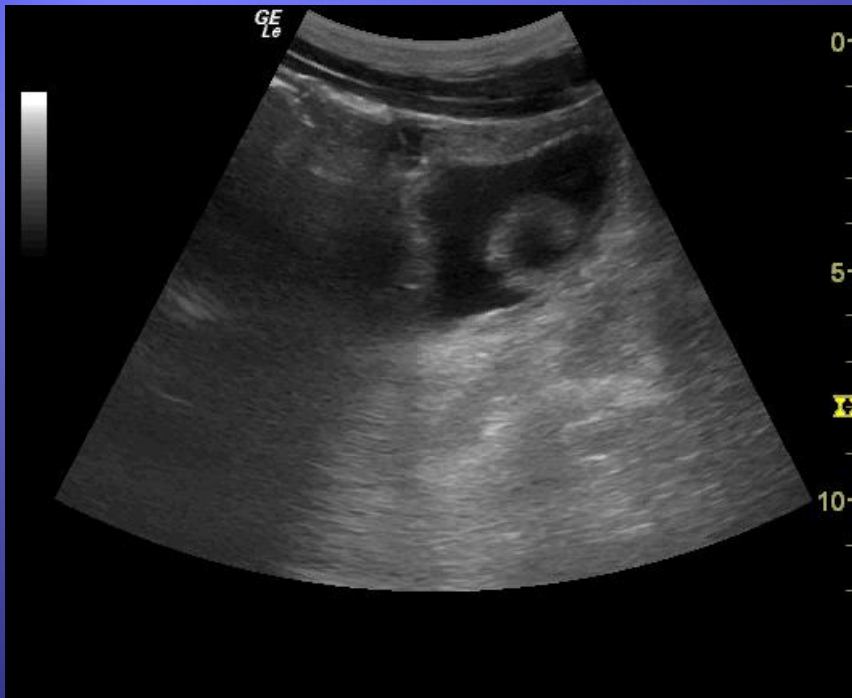




douglas

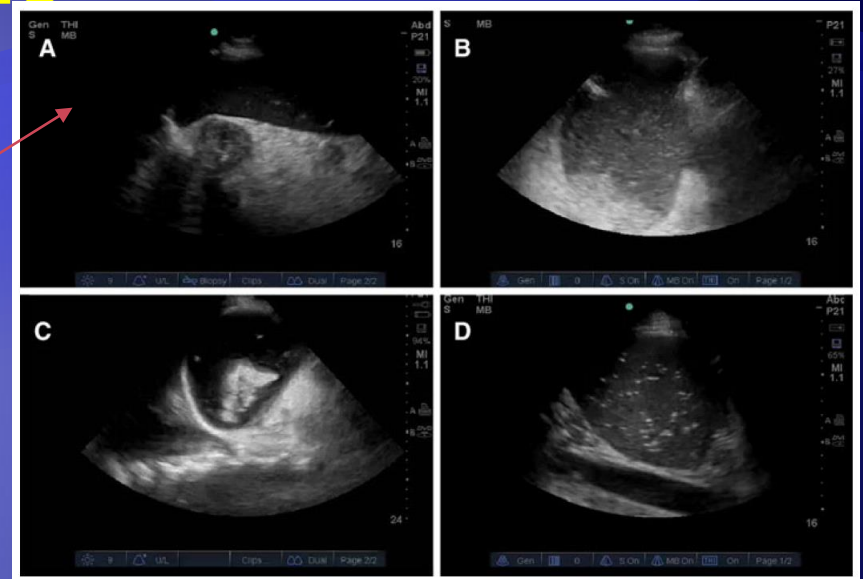
Entre vessie (ou uterus) et rectum

Péristaltisme digestif (echo plus sensible que l'auscultation)



Echographie gastrique

vacuité gastrique



80 patients en détresse respi

80 patients :

5 : non vide mais pas de SG à poser

14 : indic à SG

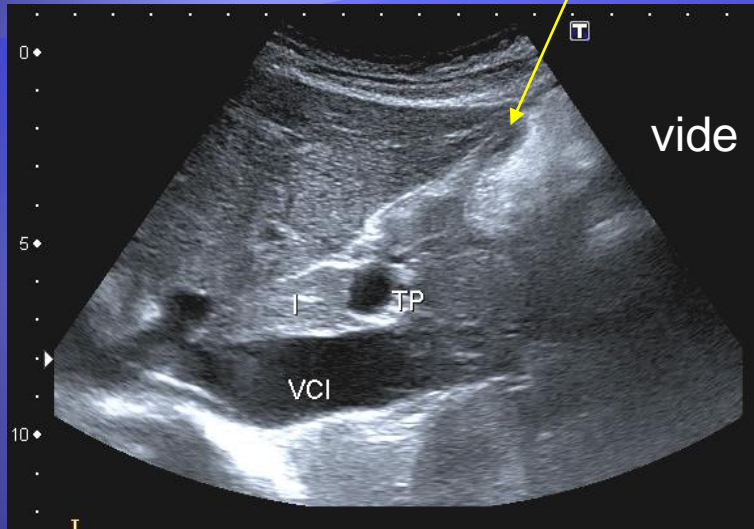
13 SG : 200-1100 ml

1 crush : inhalation

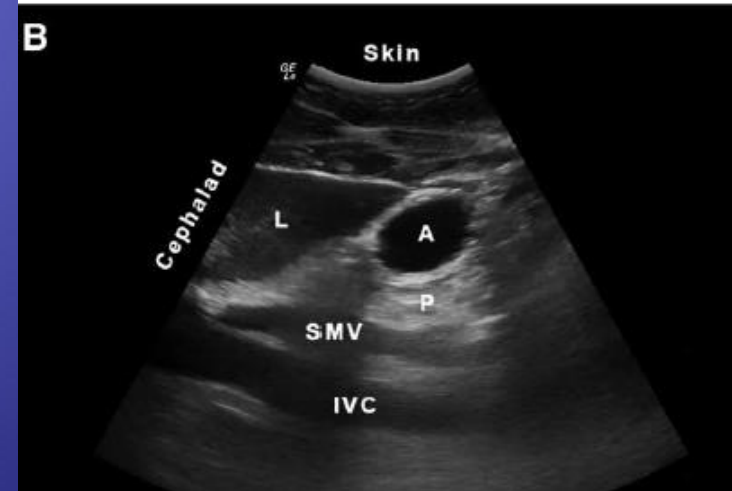
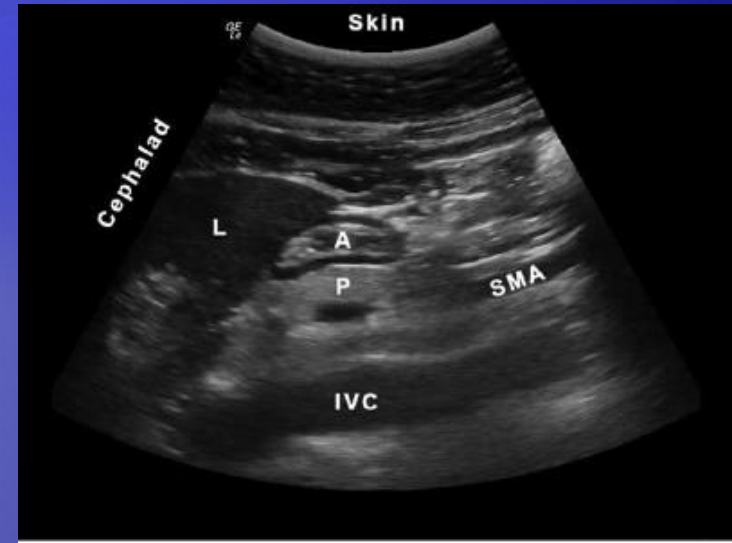


Écho moy 2 min

Echographie antrale



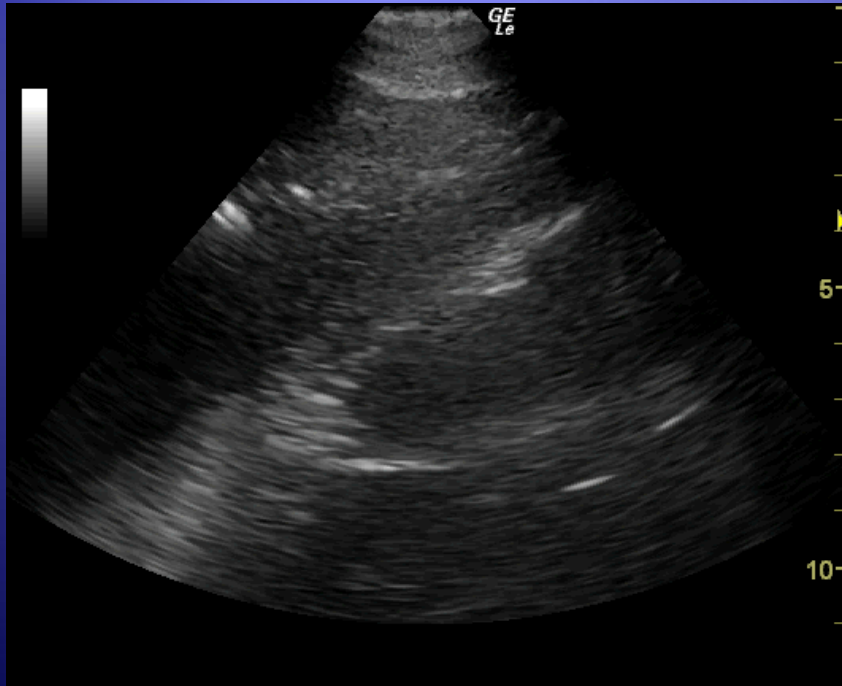
Reflète le volume gastrique +++
Intérêt avant intubation : estomac plein ou pas ?
Idéalement proclive voire léger decubitus D
(éloigner l'air de l'antrum + sensibilisation)
 $\text{Aire} = \text{Longueur} \times \text{largeur} / 4 \text{ (cm}^2\text{)}$
Seuil : 3,5 à 4 cm² ?



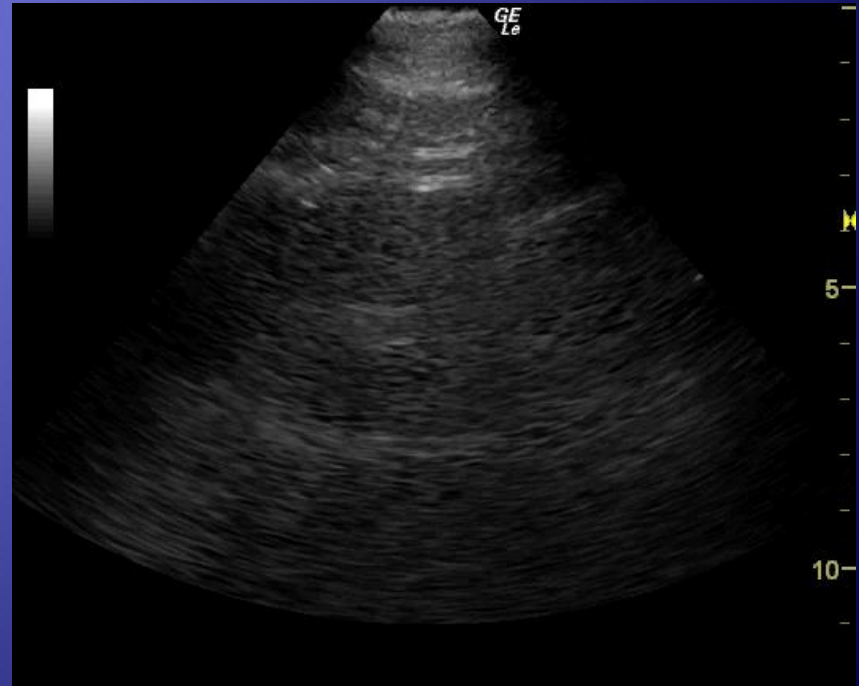
coupe épigastrique

Sonde gastrique

Axiale = cône d'ombre

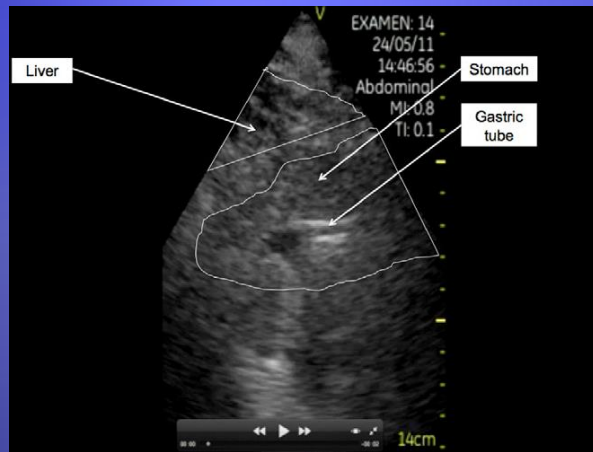


Longitudinale : rail



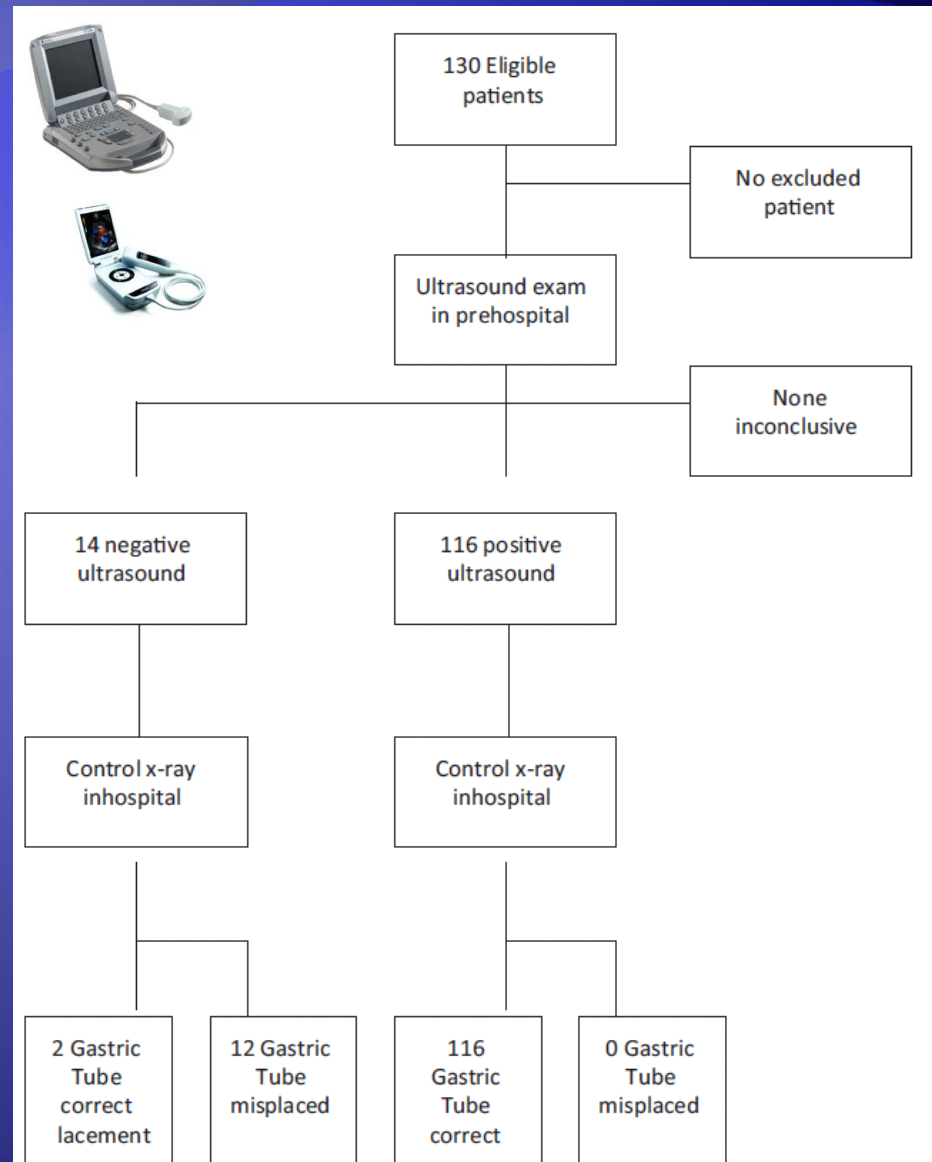
coupe épigastrique

Sonde gastrique



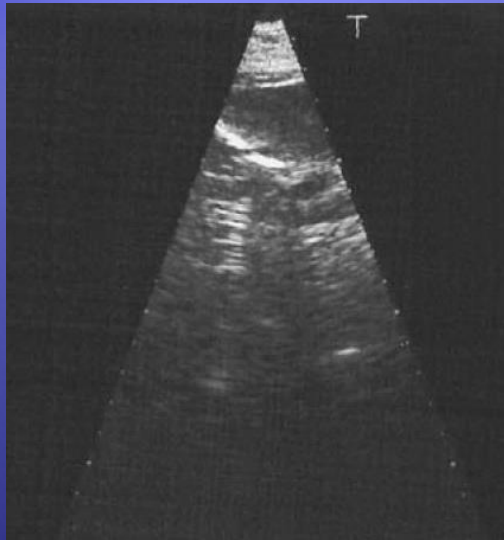
Patients intubés
Écho maxi 1 min

SE : 98%, Sp : 100%
VPP : 100%, VPN : 86%
18 et 16 Fr >> 14 Fr



coupe épigastrique

Sonde gastrique



Sondes **de nutrition** 12 Fr (guide ôté)
79% patients intubés

33/35 patients : SG vue

Mais Écho moy 23 min (11-53min)...
vs RP 180 min (113-240)

Conclusion

- « pas de question, pas de réponse ... »
- Examen débrouillage : réponse oui / non / nsp
Si NSP = radiologue
- Doppler couleur utile pour repérer les structures vasc
- Développement de l'écho gastrique
- Compte rendu : différencier aspect écho / interprétation