

# ABDOMEN NON TRAUMATIQUE

---

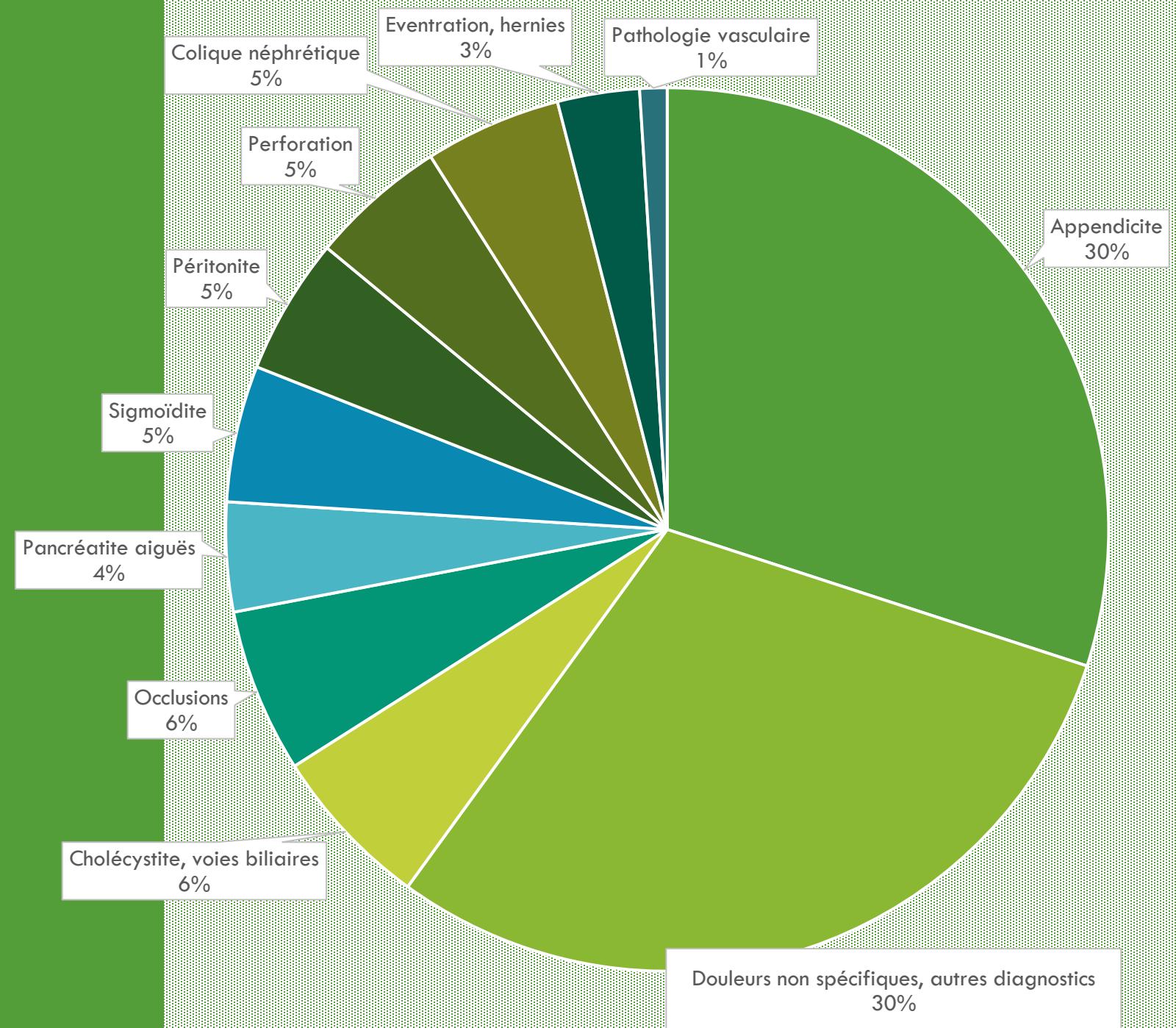
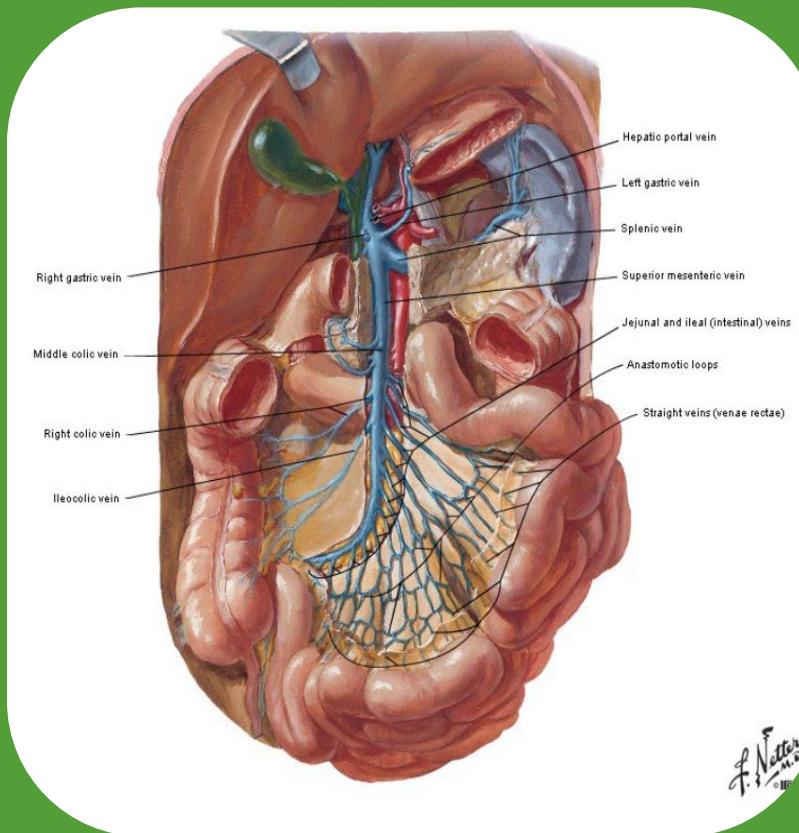
D.I.U. TUSAR - Région Ouest

Dr Corneliu Grădinaru

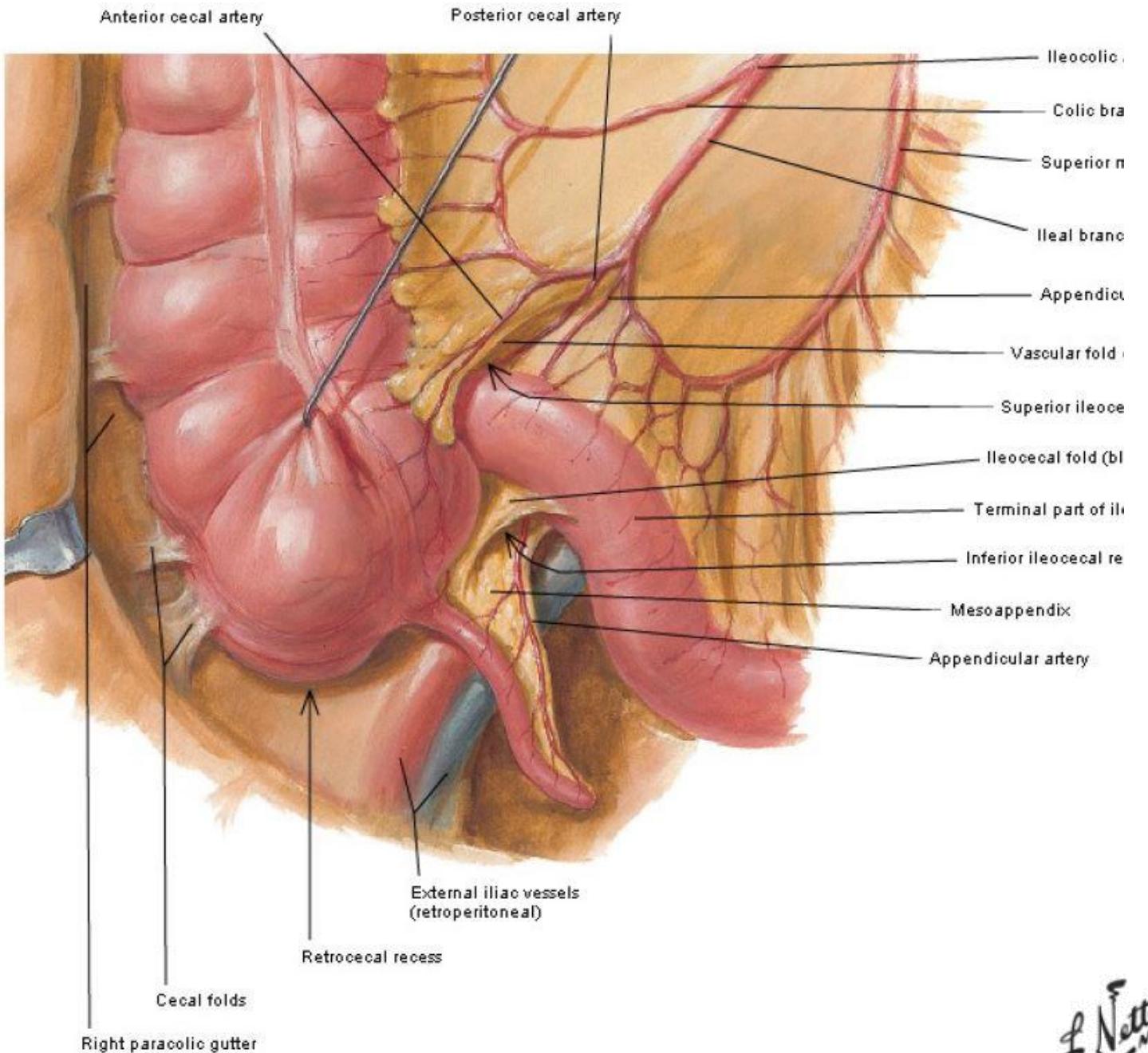
Service Echographie-Doppler, CHRU de Tours - Hôpital Bretonneau  
Cabinet d'Echographie-Doppler et Interventionnelle, Joué-lès-Tours



# SYNDROMES DOULOUREUX ABDOMINAUX



# APPENDICITE



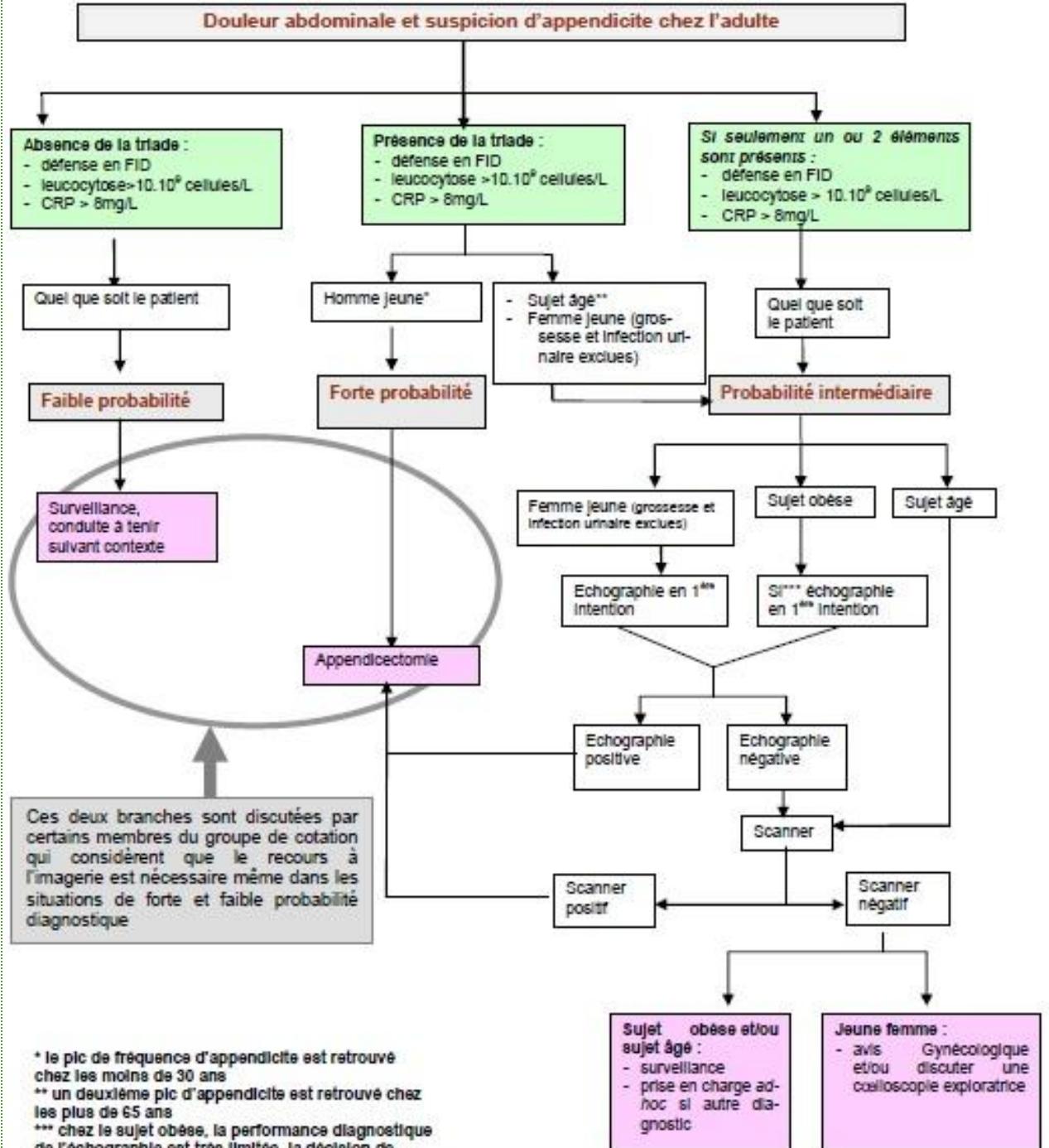
# EPIDÉMIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE

- **Incidence:** 1,4 / 1000 habitants
- **Mortalité:**
  - 0,1 % dans les formes non compliquées ;
  - 1,5 à 5 % en cas de perforation appendiculaire
- **Physiopathologie:**
  - Obstruction de l'appendice;
  - Bactérienne ou virale
- **Nombre d'appendicectomies:**
  - Diminution de 34 % depuis 1994, grâce à la réduction des interventions inappropriées et à l'antibiothérapie

# EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE

## INDICATIONS

- **Sujet jeune**, surtout chez la femme (diagnostics différentiels ?)
- **Probabilité intermédiaire d'appendicite** (triade clinique incomplète)
- Discuter la faisabilité de la technique chez le sujet obèse



## Arbre décisionnel devant une suspicion d'appendicite, HAS 2012

# PERFORMANCE DIAGNOSTIQUE

- l'appendicite peut être diagnostiquée cliniquement, mais l'imagerie augmente la précision diagnostique
- syndrome inflammatoire biologique fréquent (leu + CRP ↑), sans valeur diagnostique, mais VPN !
- l'échographie n'a de valeur que positive, une échographie appendiculaire jugée normale n'élimine pas le diagnostic d'appendicite;
- le scanner est plus précis quelle que soit sa modalité de réalisation (avec ou sans produit de contraste), il présente néanmoins un plus grand risque d'irradiation

**Echographie:** sensibilité entre 0,78 et 0,86 et pour la spécificité entre 0,81 et 0,94

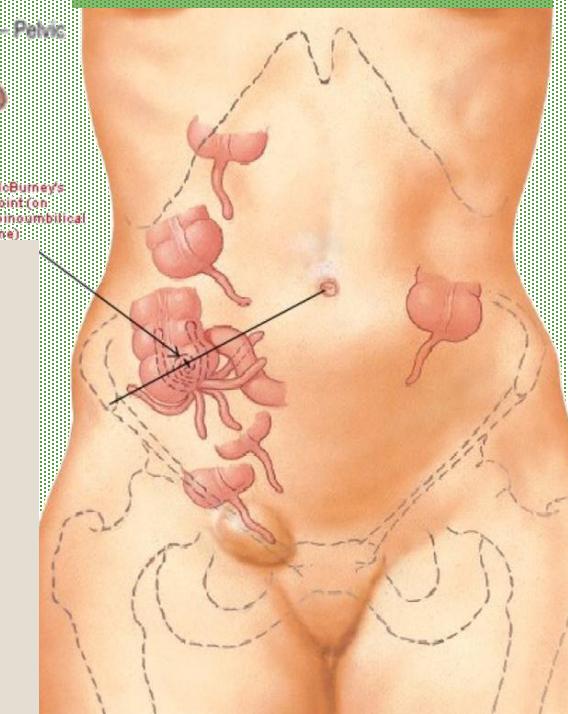
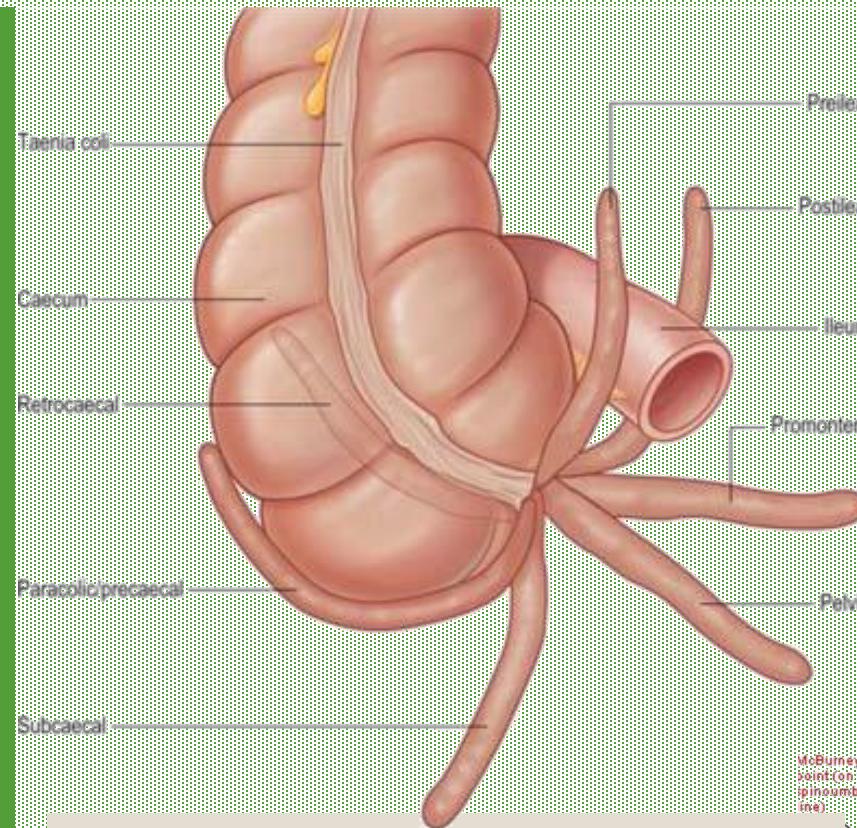
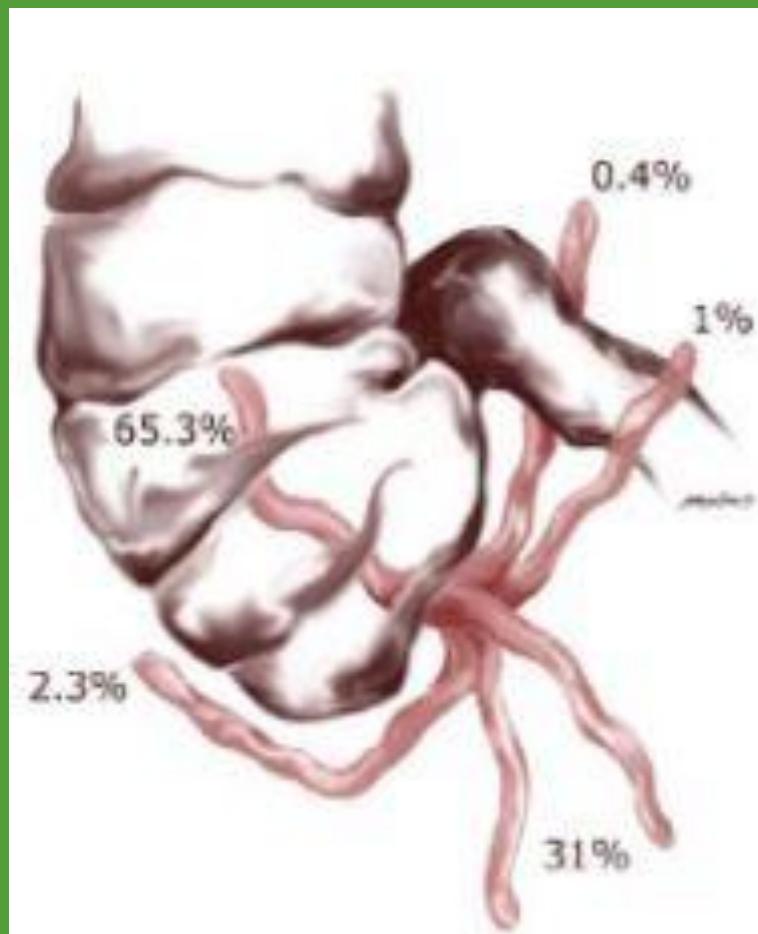
**Scanner:** sensibilité entre 0,91 et 0,94 et pour la spécificité entre 0,90 et 0,96

# TECHNIQUE

## EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE

- **Sonde convexe**
  - Examen d'ensemble de la cavité abdominale
  - Exploration profonde
- **Sonde linéaire**
  - Meilleure résolution
  - Exploration des couches pariétales
- **Compression douce et continue**
  - Localisation du caecum
  - Chasse de l'air
  - Localisation de la douleur
  - Appréciation de la compressibilité des tissus
- **Complément endocavitaire chez la femme**
  - selon résultats

# VARIANTES ANATOMIQUES



# EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE

Structures péri-appendiculaires

Appendice proprement-dit

Contenu appendiculaire

## CRITERES SEMIOLOGIQUES

- **Douleur à la compression du carrefour iléo-caecal**
- **Infiltration de la graisse mésentérique**
- **Ganglions loco-régionaux**
- **Epanchement péri-appendiculaire**
- **Appendice dilaté  $> 6$  mm**
- **Epaississement pariétal  $> 3$  mm**
- **Dédifférenciation pariétale**
- **Hyperémie pariétale**
- **Appendice distendu, incompressible**
- **Stercolithe endoluminale**

TOURS US BR

23/10/15 11:59:23

ADM 1032197

MI 0.7 TI 0.7 SL [ 23/10/2015 11:59:29 ] CHU TOURS US BR

Abd.Ped

Current

FR ADM

100% Pixel

Résolution d'origine

DFOV 13.6 x 10.2 cm

- Freq 8.4

Gn 41

- S/A 1/1

Carte C/0

- D Visionneuse 3.9

DR 69

2-AO% 100

-

-

-

-

4-

XX

2 cm

-

-

-

-

-

6-

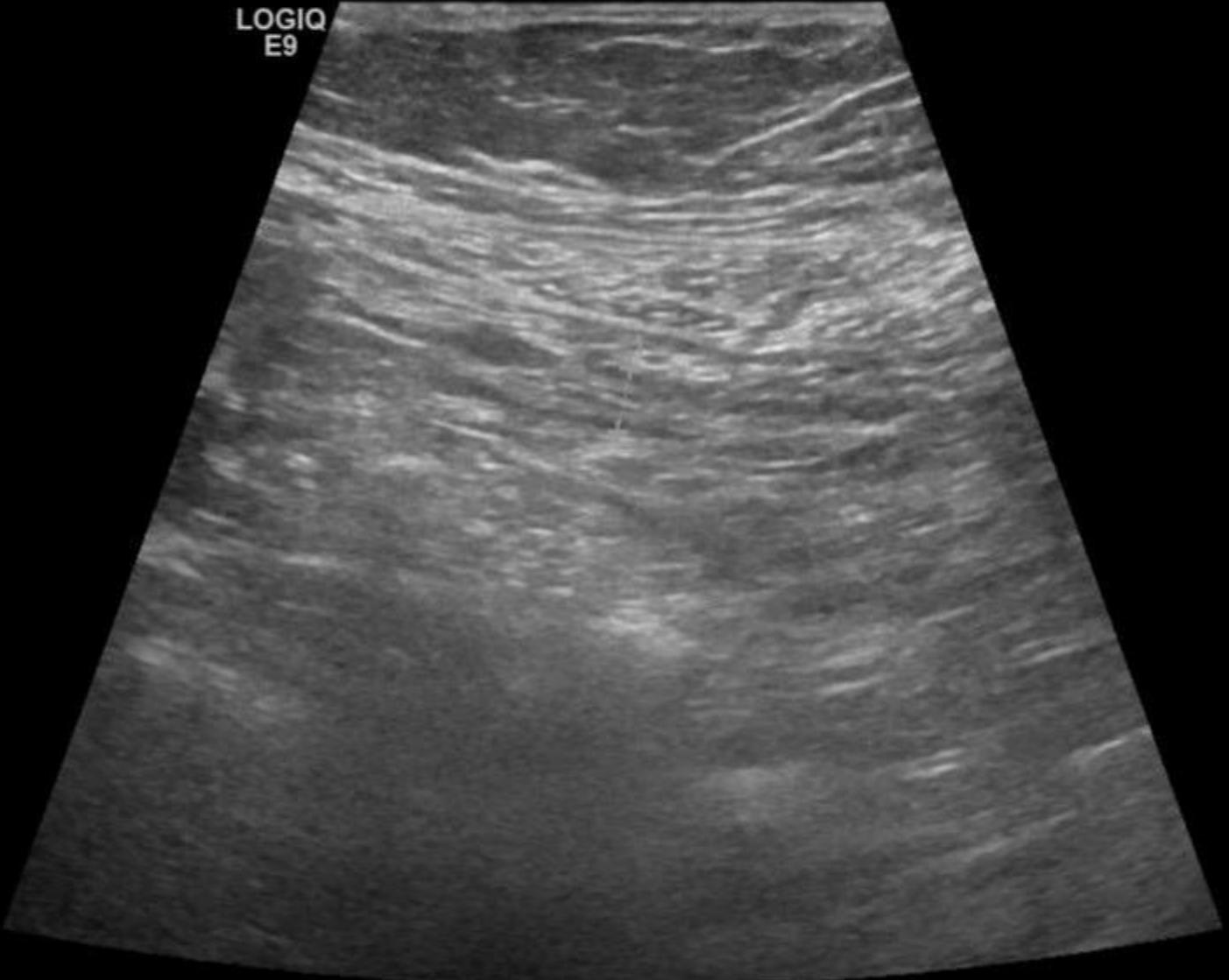
C 127

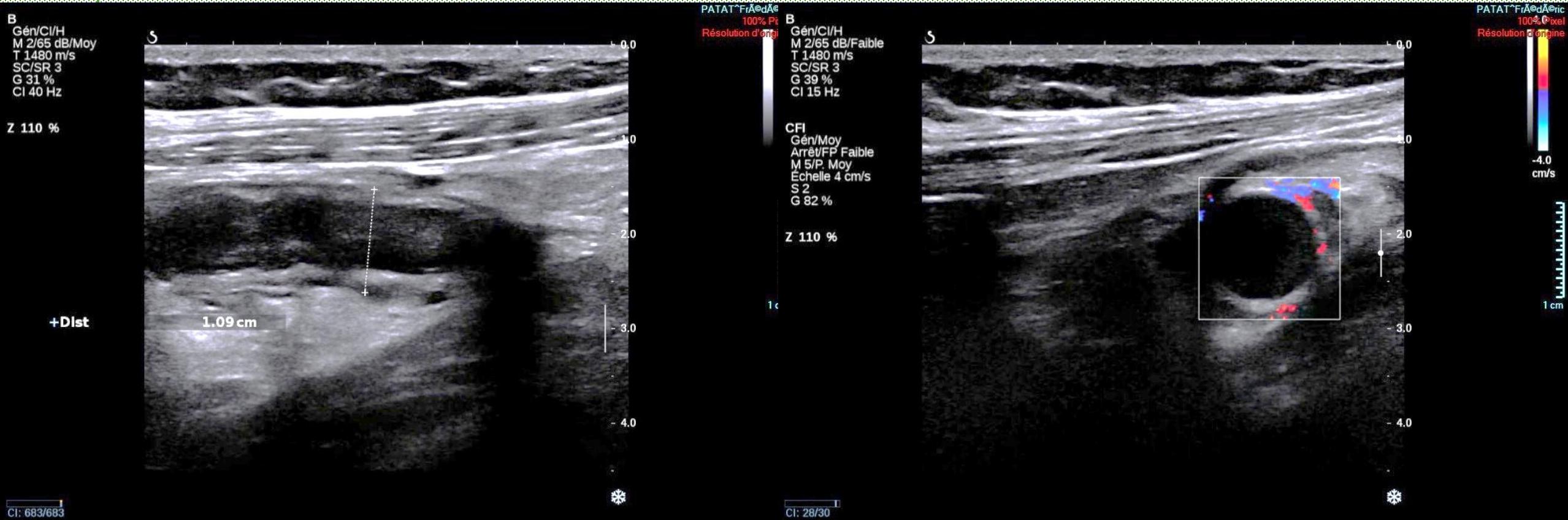
L 256

LOGIQ  
E9



0 5.3 mm





# CAS CLINIQUE 1

- Femme âgée de 32 ans, enceinte à 6 SA
- Douleur abdominale d'installation rapidement progressive en FID, évoluant depuis 24 h
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Absence de défense abdominale
  - Absence de SFU
- Bilan biologique:
  - Hyperleucocytose à  $11000 / \text{mm}^3$
  - CRP 15 mg/l
  - ECBU négatif



Tours

32A 2MF 778259 (csts37000)

Desc. série : Abdomen/GYN/Abdominal Vascular  
<1-36> GRADINARU Corneliu

Né(e) le :

1985 Age : 32ans

ID :

20/05/2017 04:21:12

20/05/2017, 19:21:12

MI 1.6 Current

GRADINARU^Corneliu

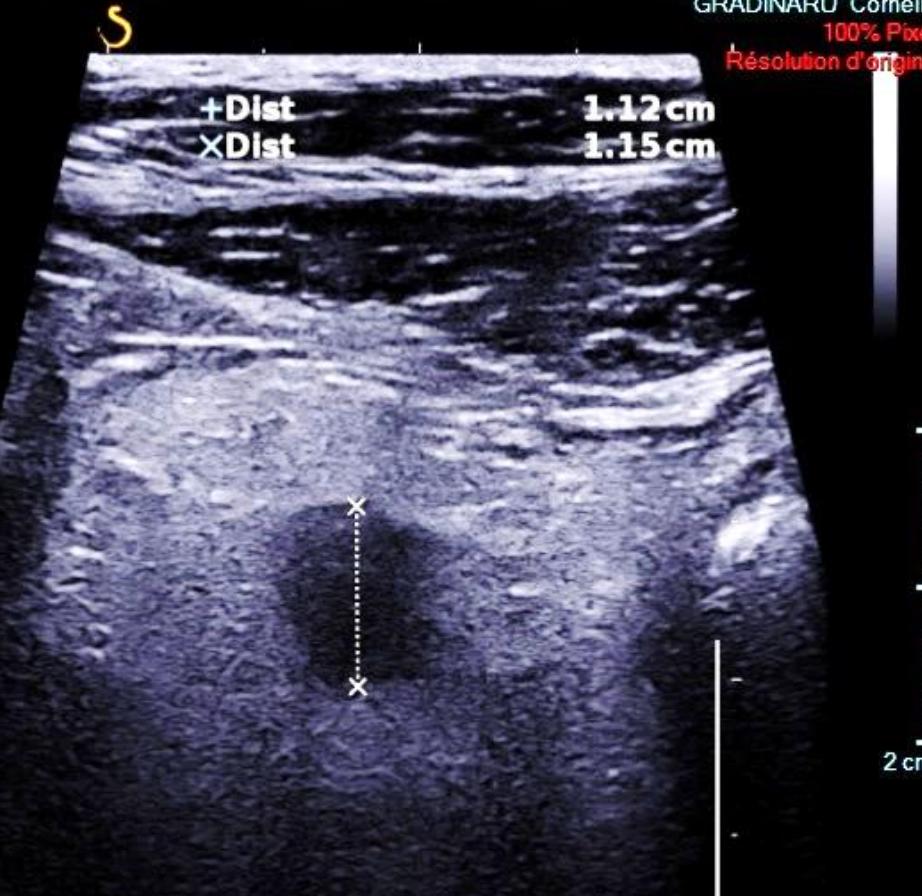
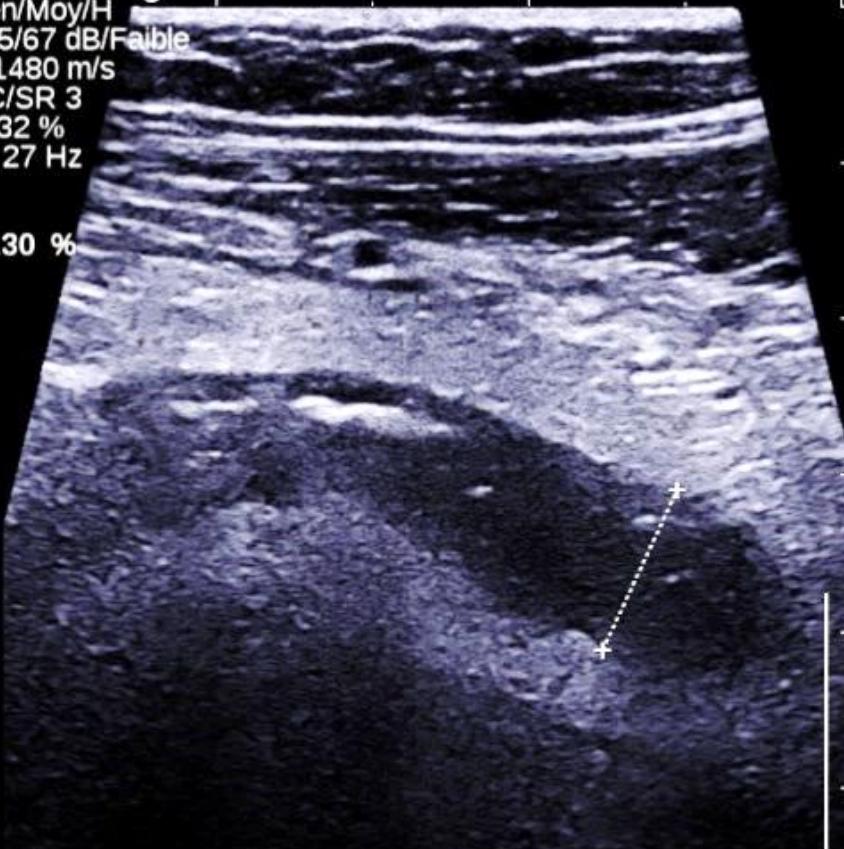
100% Pixel

Résolution d'origine

B

Pén/Moy/H  
M 5/67 dB/Faible  
T 1480 m/s  
SC/SR 3  
G 32 %  
CI 27 Hz

Z 130 %



APPENDICE

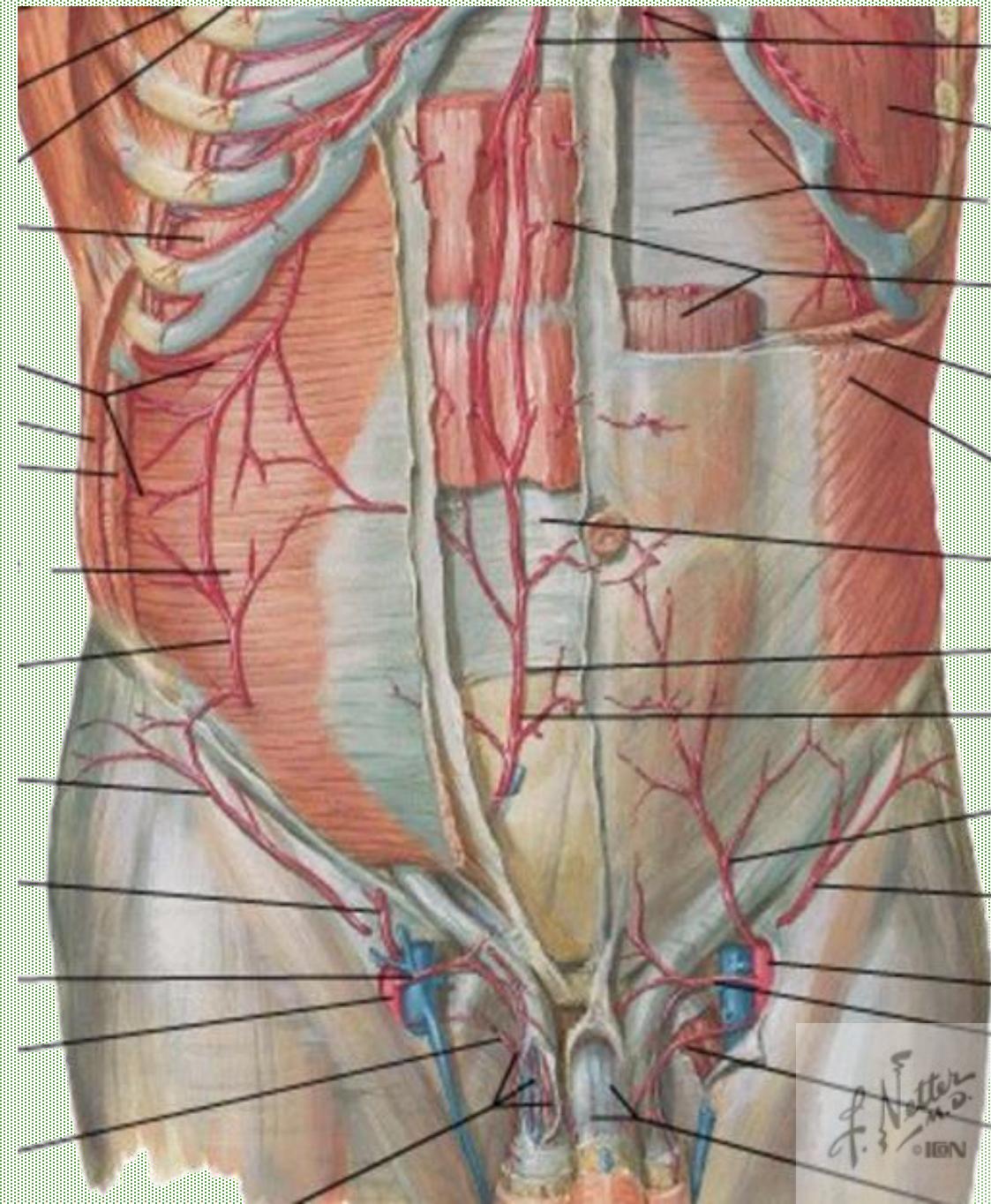
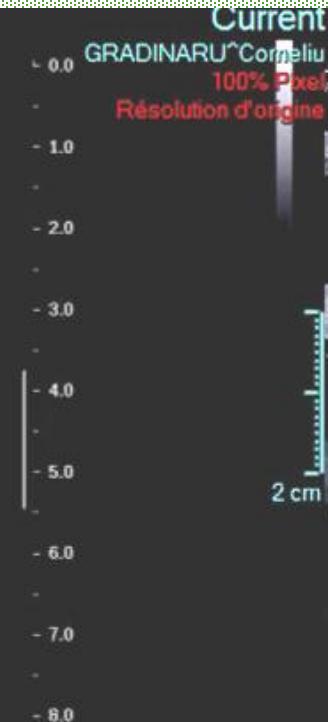
CI: 165/170

7.1



E 1 - 1 @>  
Pén/Moy/H  
M 5/67 dB/Faible  
T 1480 m/s  
SC/SR 3  
G 42 %  
CI 31 Hz

Z 100 %



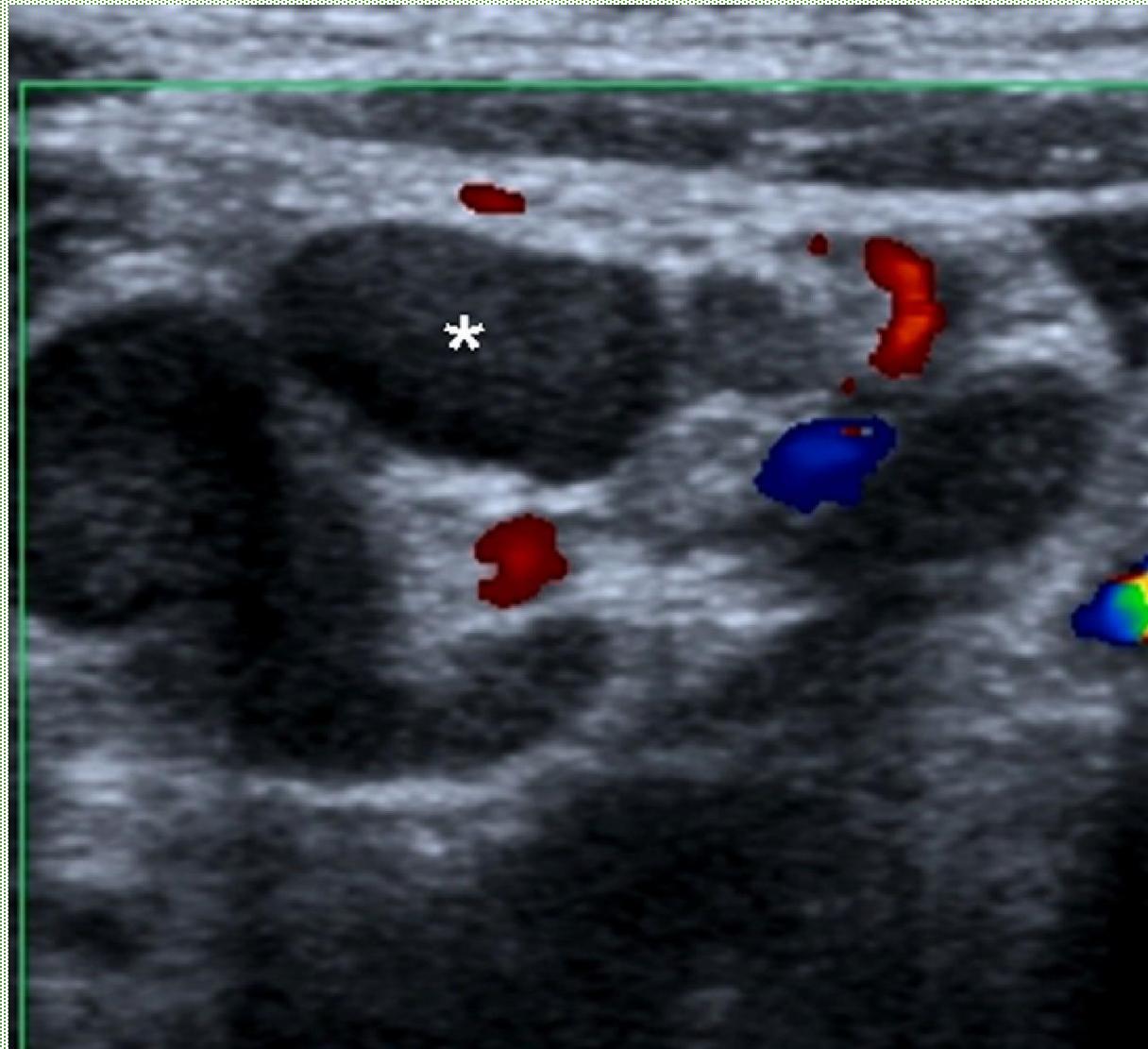
# CAS CLINIQUE 1

- Femme âgée de 32 ans, enceinte à 6 SA
- Douleur abdominale d'installation rapidement progressive en FID, évoluant depuis 24 h
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Discrète défense abdominale
  - Absence de SFU
- Bilan biologique:
  - Hyperleucocytose à  $11000 / \text{mm}^3$
  - CRP  $15 \text{ mg/l}$
  - ECBU négatif
- Diagnostic échographique:

**Appendicite aiguë**

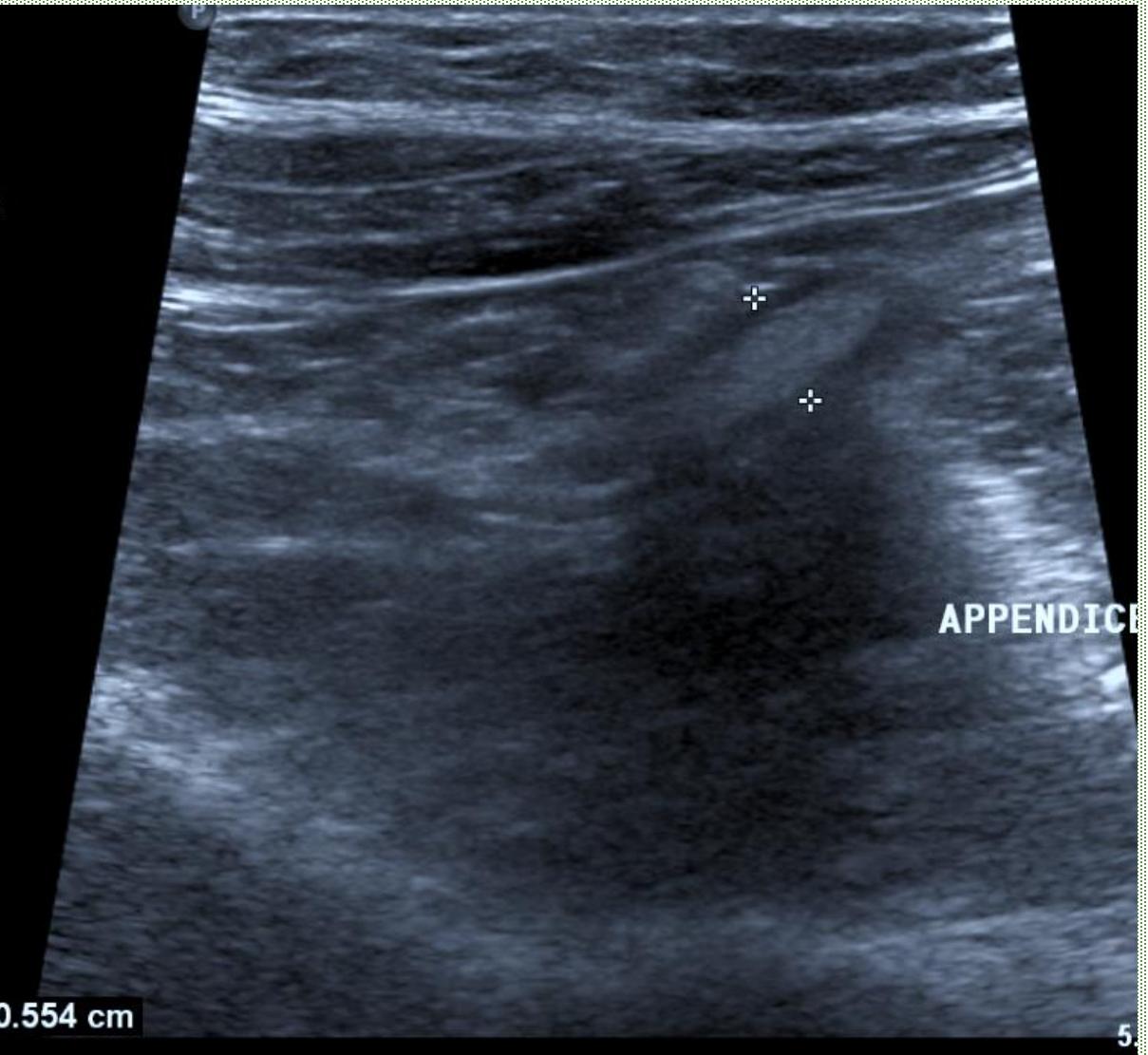
## CAS CLINIQUE 2

- Jeune homme âgé de 20 ans
- Douleur abdominale diffuse évoluant depuis plusieurs jours, d'installation progressive, prédominante en FID
- Infection ORL banale il y a moins d'une semaine
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Absence de défense abdominale
  - Palpation bilatérale de ganglions inguinaux
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à 12000 /mm<sup>3</sup>
  - CRP 20 mg/l
  - ECBU négatif



L12-3  
59Hz  
RV  
2D  
48%  
R Dyn 52  
P Bas  
Rés

> Dist 0.554 cm



## CAS CLINIQUE 2

- Jeune homme âgé de 20 ans
- Douleur abdominale diffuse évoluant depuis plusieurs jours, d'installation progressive, prédominante en FID
- Infection ORL banale il y a moins d'une semaine
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Absence de défense abdominale
  - Palpation bilatérale de ganglions inguinaux
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à  $12000 /mm^3$
  - CRP 20 mg/l
  - ECBU négatif
- Diagnostic échographique:  
**Adénolymphite mésentérique (10% sd. append.)**

## CAS CLINIQUE 3

- Jeune homme âgé de 18 ans
- Douleur abdominale d'installation rapidement progressive en FID, évoluant depuis 48h
- Ex. clinique:
  - Fièvre
  - Défense abdominale
  - Absence de SFU
- Bilan biologique:
  - Hyperleucocytose à  $11000 /mm^3$
  - CRP 50 mg/l
  - ECBU négatif

Né

/1998

ECHO DOPPLER ...

ECHO DOPPLER EG1 CHU TROUSSEAU

[ 20/05/2017 11:28:26 ]

Current

GRADINARU, Cornelius ^~~~

M3

100% Pixel

Résolution d'origine

DFOV 15.4 x 11.5 cm

100% M3 M3 (cstrs.3 / 000)  
Desc. série: Abdo Pelvienne (Ec.)  
<100% OUT>

Abdo gen

C5-1

53Hz

RS

P

2D

62%

R Dyn 55

P Bas

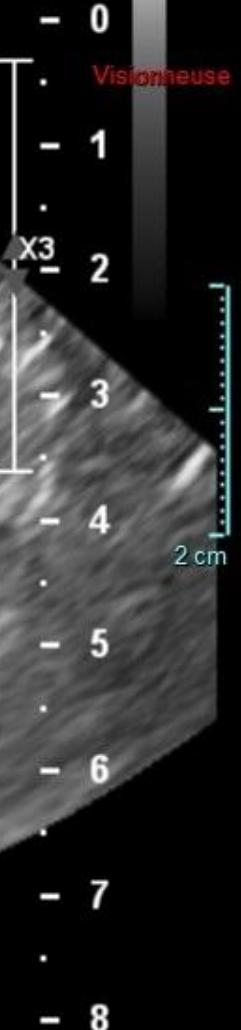
HRés

P G R

1.8 3.6

+ Dist 0.602 cm  
× Dist 1.23 cm

FID



C 127

L 254



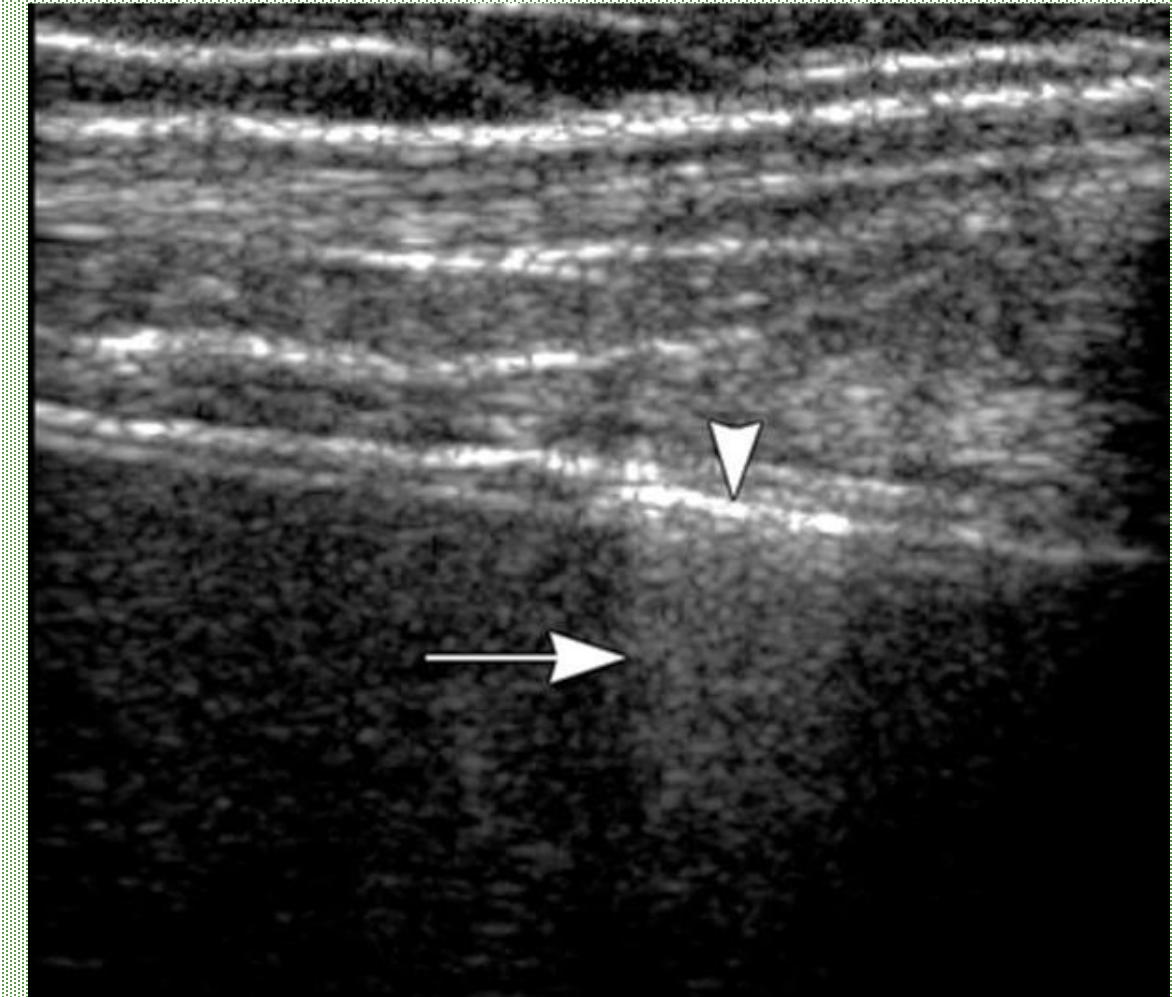
P

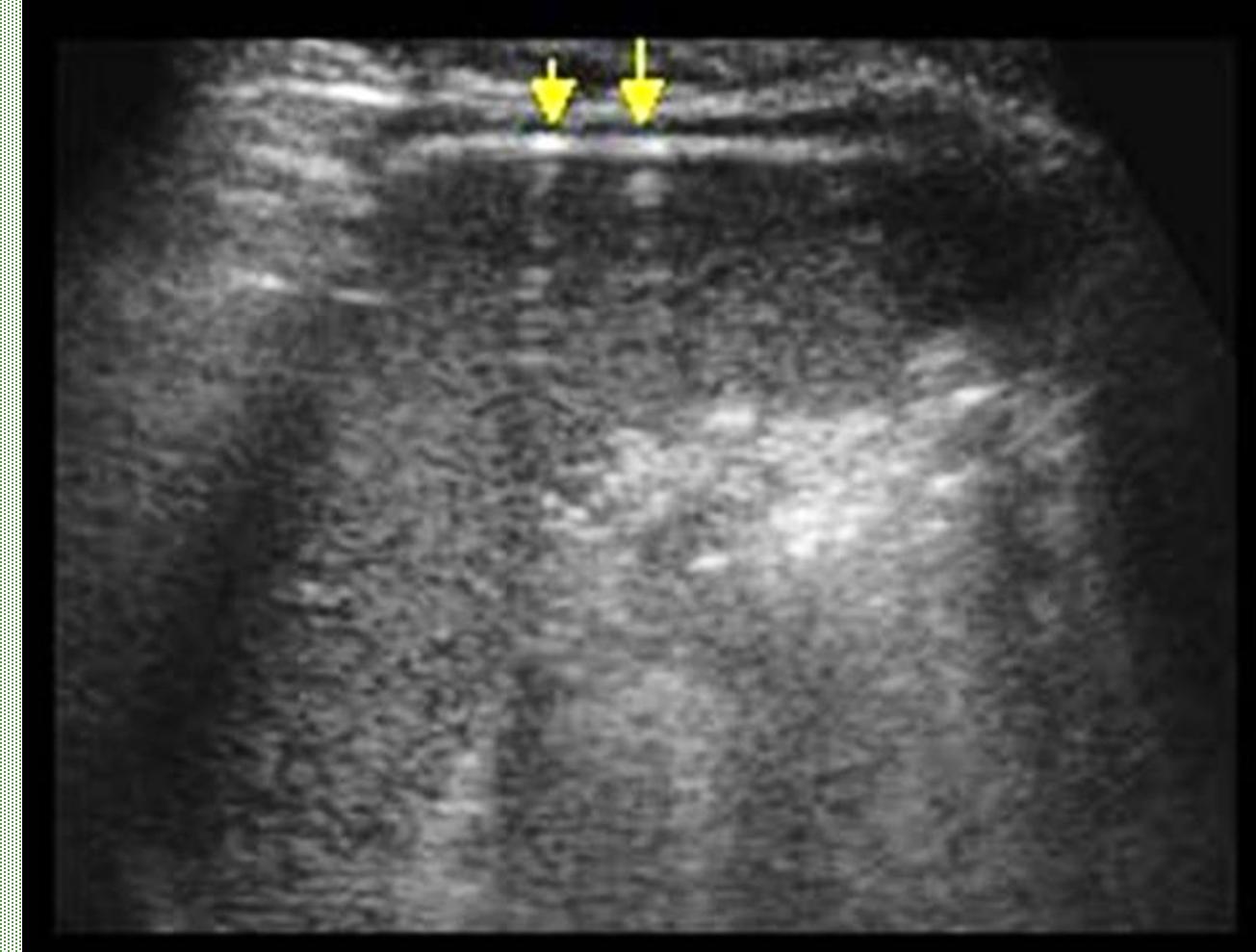
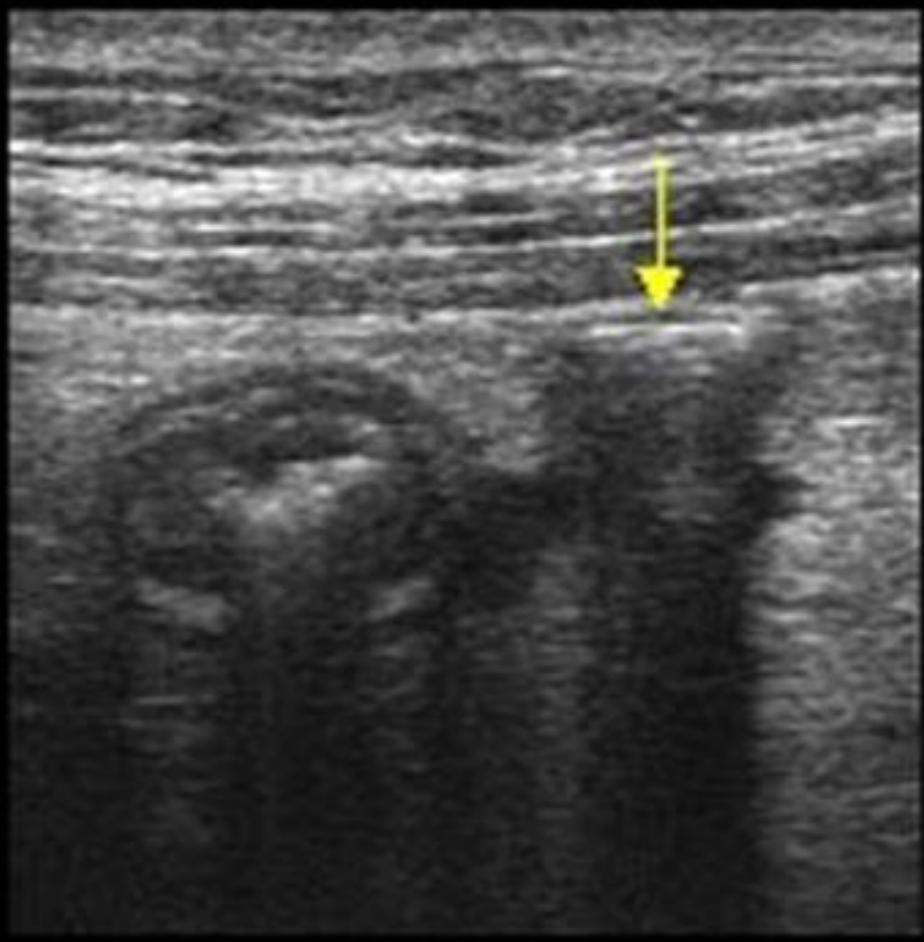
## CAS CLINIQUE 3

- Jeune homme âgé de 18 ans
- Douleur abdominale d'installation rapidement progressive en FID, évoluant depuis 48h
- Ex. clinique:
  - Fièvre
  - Défense abdominale
  - Absence de SFU
- Bilan biologique:
  - Hyperleucocytose à 11000 /mm<sup>3</sup>
  - CRP 50 mg/l
  - ECBU négatif
- Diagnostic échographique:  
**Infiltration de la graisse du carrefour iléo-colique, appendicite aiguë probable**
- Diagnostic scanographique:  
**Appendicite aiguë et pelvipéritonite**

## CAS CLINIQUE 4

- Mme S. âgée de 65 ans, diabétique
- Hospitalisée en réanimation pour une PNA, sous ATB depuis 48 h
- Douleur abdominale épigastrique en coup de poignard évoluant crescendo depuis 2 h
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Défense abdominale
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à 10000 /mm<sup>3</sup>
  - CRP 25 mg/l





## CAS CLINIQUE 4

- Mme S. âgée de 65 ans, diabétique
- Hospitalisée en réanimation pour une PNA, sous ATB depuis 48 h
- Douleur abdominale épigastrique en coup de poignard évoluant crescendo depuis 2 h
- Ex. clinique:
  - Apyrétique
  - Défense abdominale
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à 10000 /mm<sup>3</sup>, CRP 25 mg/l
- Diagnostic échographique:  
**Pneumopéritoine (ulcère perforé)**

## CAS CLINIQUE 5

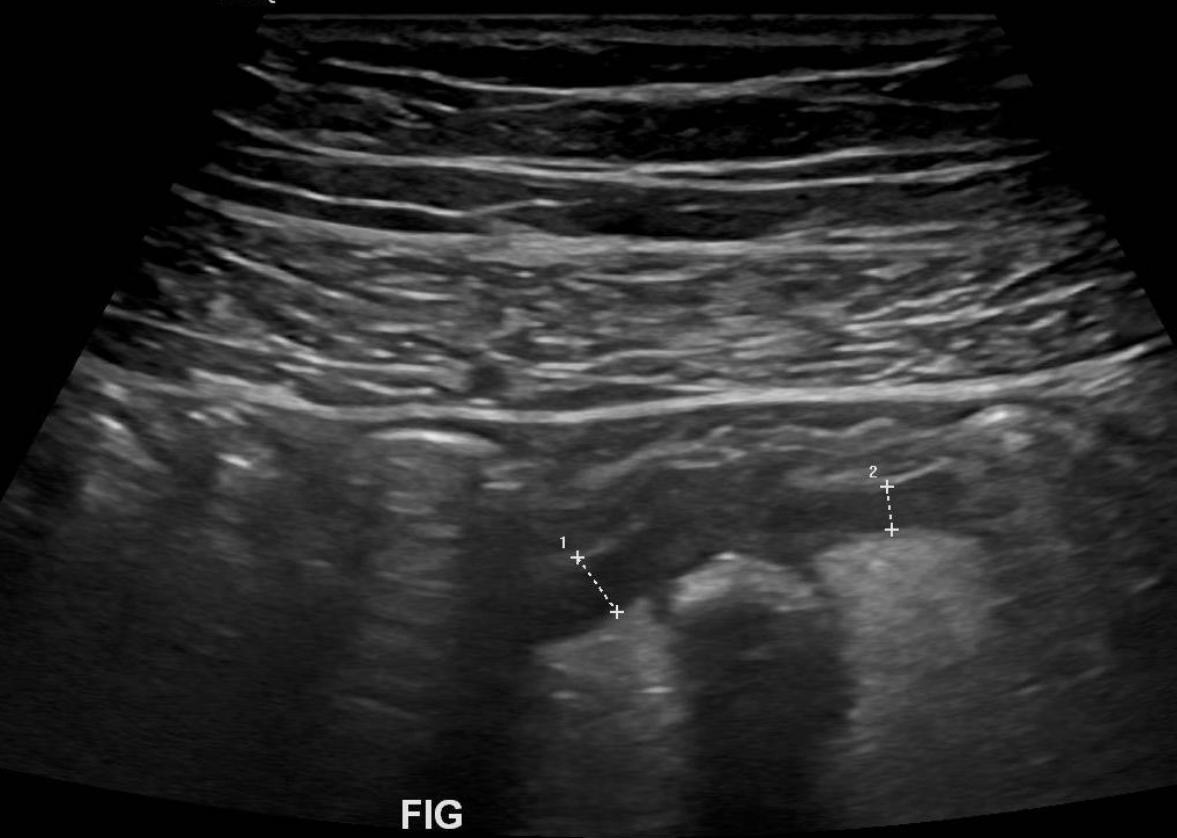
- M. D âgé de 56 ans
- Douleur abdominale d'évolution insidieuse depuis 5 jours, d'aggravation rapide depuis 24 h en FIG
- Ex. clinique:
  - Subfébrile
  - Douleur abdominale sans défense
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à 15000 /mm<sup>3</sup>
  - CRP 45 mg/l

12/03/21 18:19:03

ADM | 2577.1028.3128252, Age 56

Intestin\_

LOGIQ



1	L 1.05 cm
2	L 1.14 cm
~	d 4.42 cm
L	0.00 cm



12/03/21 18:21:19

ADM 2577.1028.3128252, Age 56

Intestin\_

FR 42

LOGIQ



Γ 0 CHI X  
Frq 9.0  
Gn 48  
S/A 4/3  
Cte C/0  
D 6.0  
Zm 0  
DR 72  
AO% 100

2

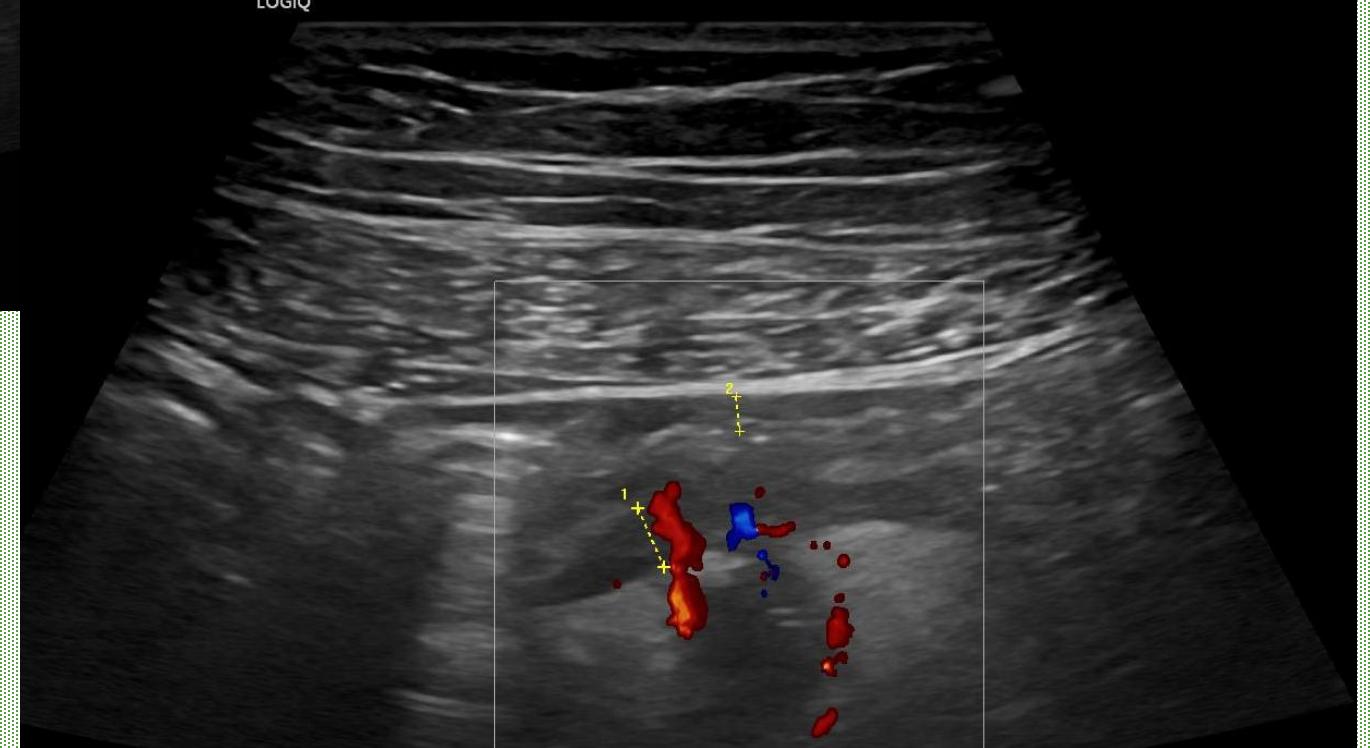
12/03/21 18:20:00

ADM

2577.1028.3128252, Age 56

Intestin\_

LOGIQ

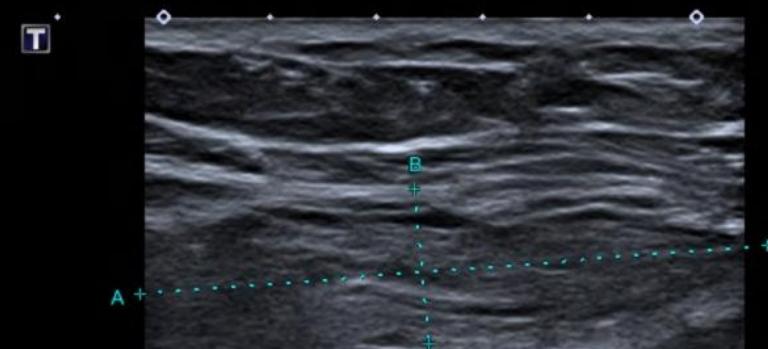


## CAS CLINIQUE 5

- M. D âgé de 56 ans
- Douleur abdominale d'évolution insidieuse depuis 5 jours, d'aggravation rapide depuis 24 h en FIG
- Ex. clinique:
  - Subfébrile
  - Douleur abdominale sans défense
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à 15000 /mm<sup>3</sup>
  - CRP 45 mg/l
- Diagnostic échographique:  
**Diverticulite sigmoïdienne aiguë**

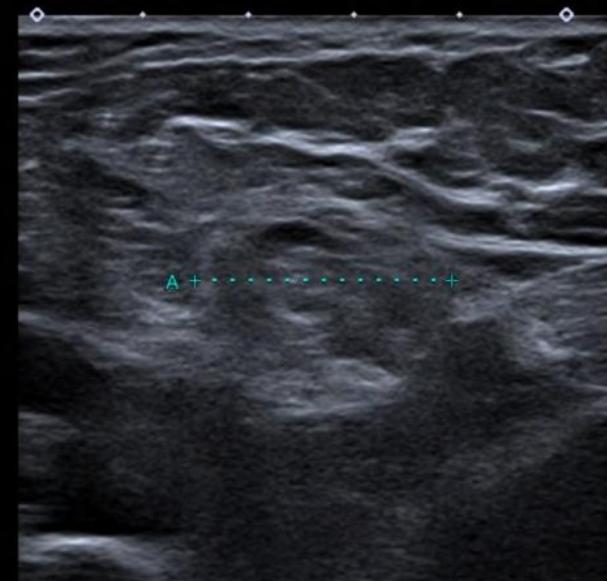
## CAS CLINIQUE 6

- M. H. âgé de 46 ans
- Pesanteur abdominale constante avec sensation de tuméfaction douloureuse en FID, d'évolution intermittente, déclenchée par l'effort physique
- Ex. clinique:
  - Absence de douleur ou de tuméfaction à la palpation abdominale, notamment en FID
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à  $6000 /mm^3$ , CRP 10 mg/l



Dist A **59.1mm**  
Dist B **14.6mm**

Dist A **24.3mm**





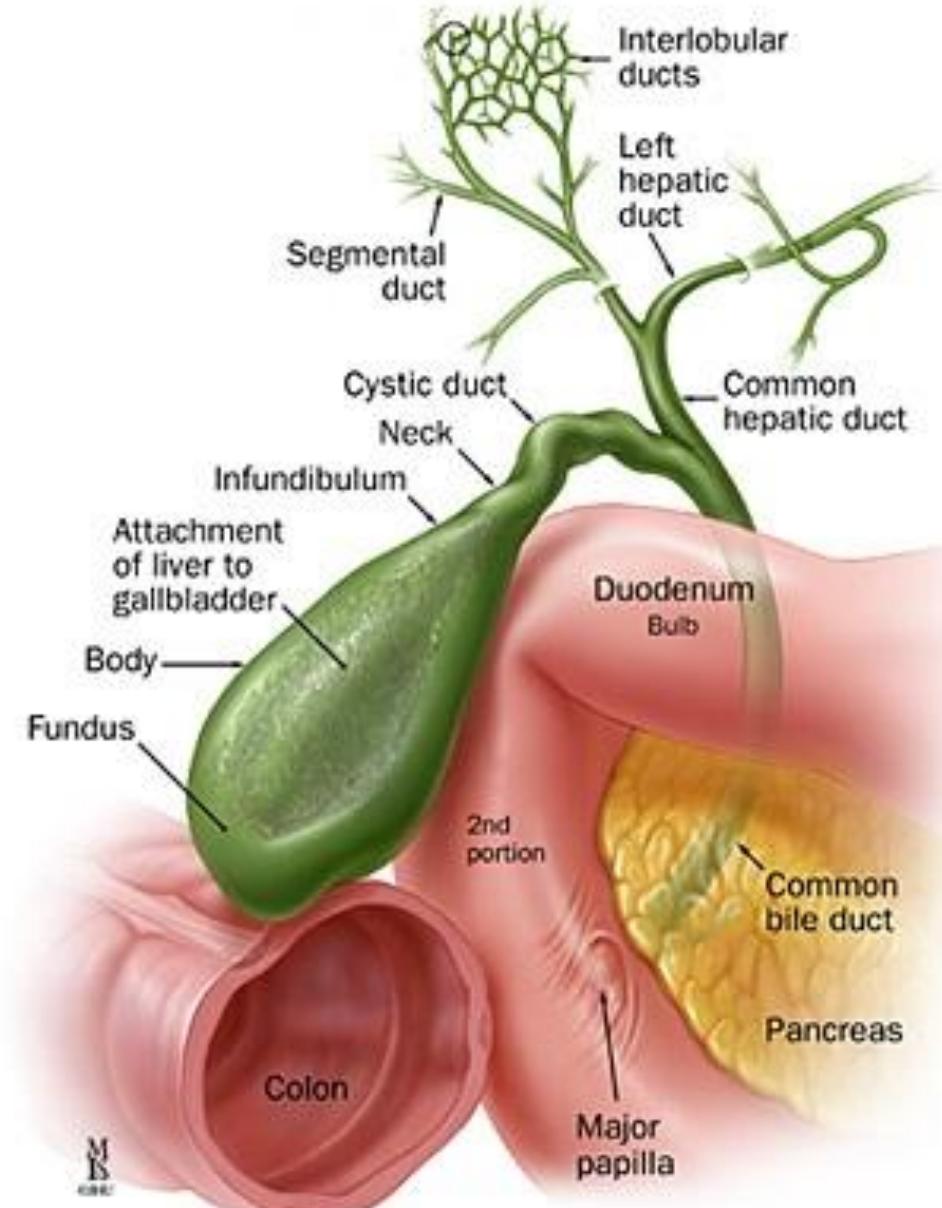
## CAS CLINIQUE 6

- M. H. âgé de 46 ans
- Pesanteur abdominale constante avec sensation de tuméfaction douloureuse en FID, d'évolution intermittente, déclenchée par l'effort physique
- Ex. clinique:
  - Absence de douleur ou de tuméfaction à la palpation abdominale, notamment en FID
- Bilan biologique:
  - Leucocytose à  $6000 /mm^3$ , CRP 10 mg/l
- Diagnostic échographique:

**Hernie inguinale indirecte réductible  
(à contenu intestinal)**

# PATHOLOGIE VESICULAIRE

---



# LITHIASE BILIAIRE

49Hz  
RS

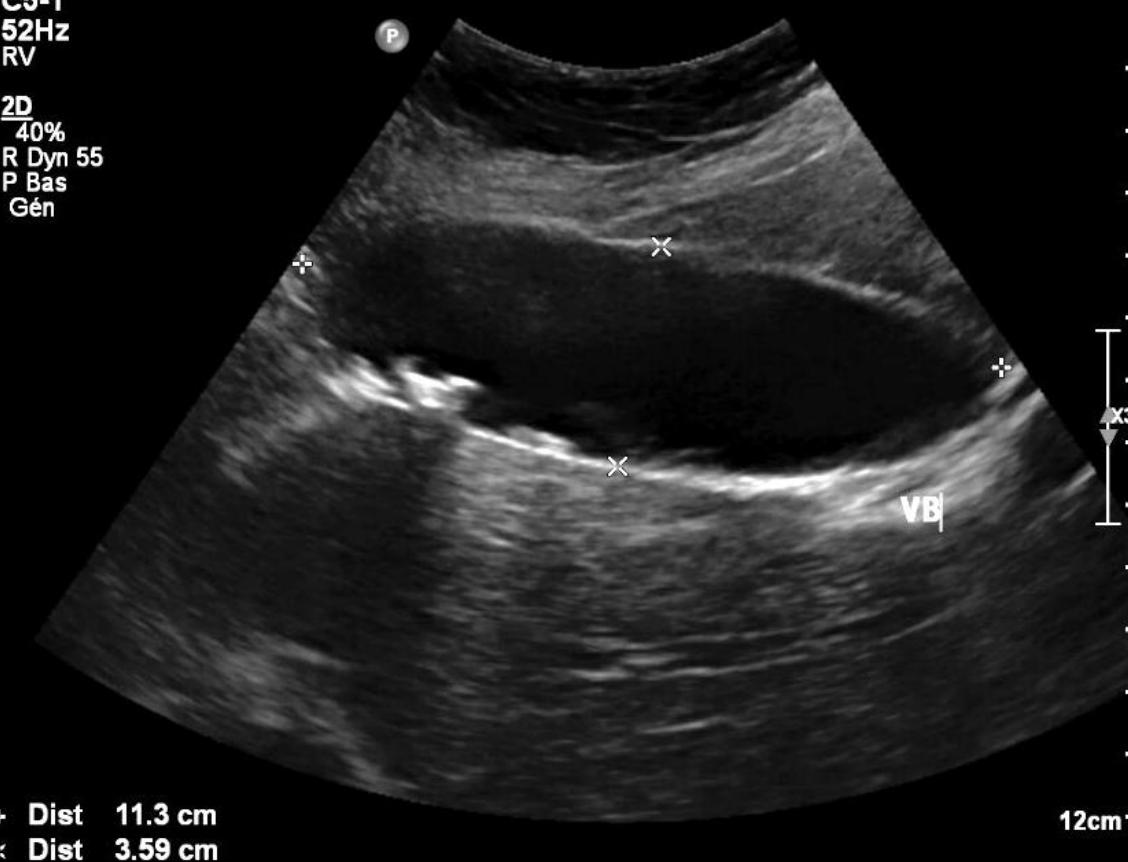
2D  
69%  
R Dyn 55  
P Bas  
HGén



Macrocalcul

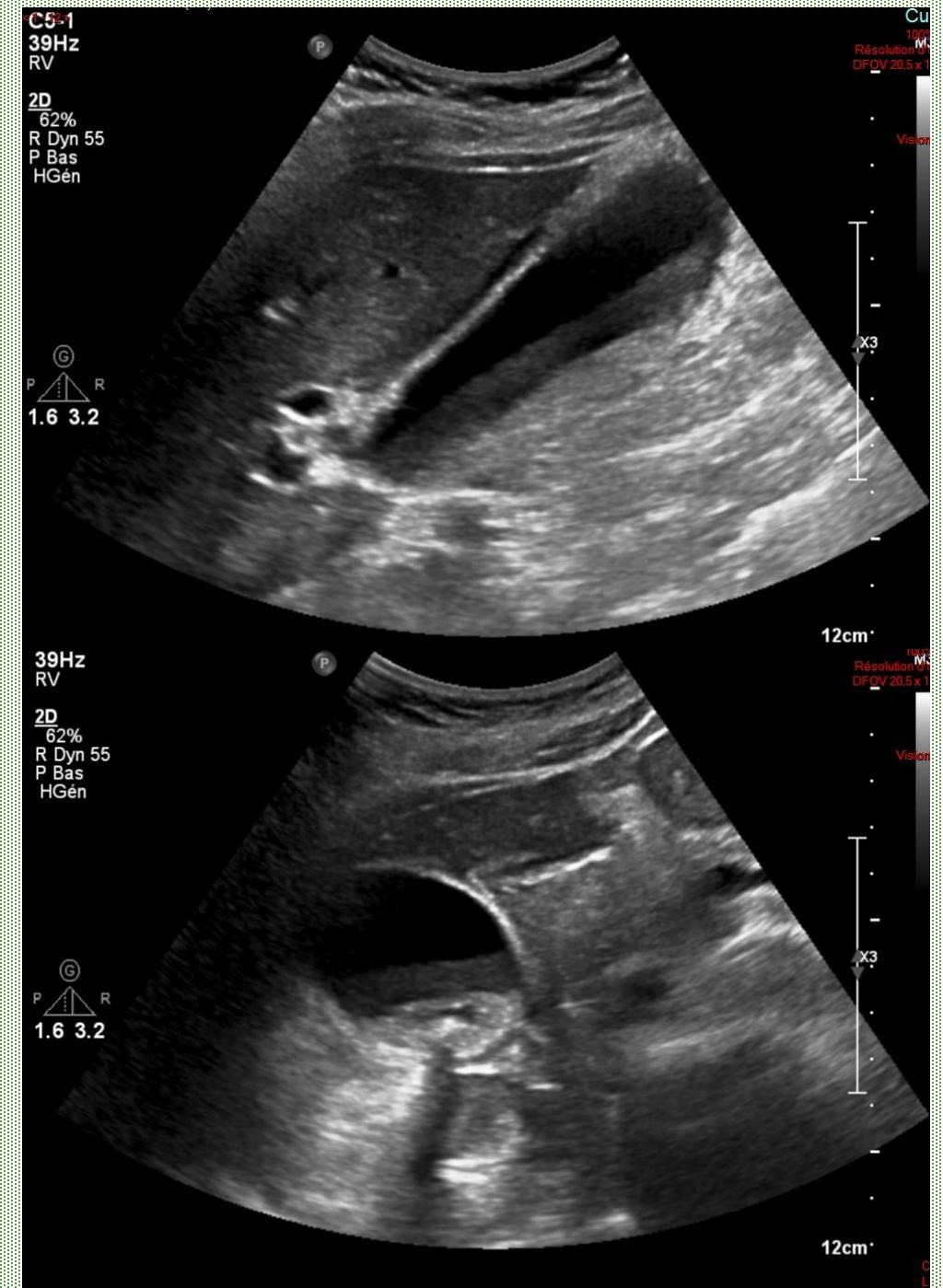
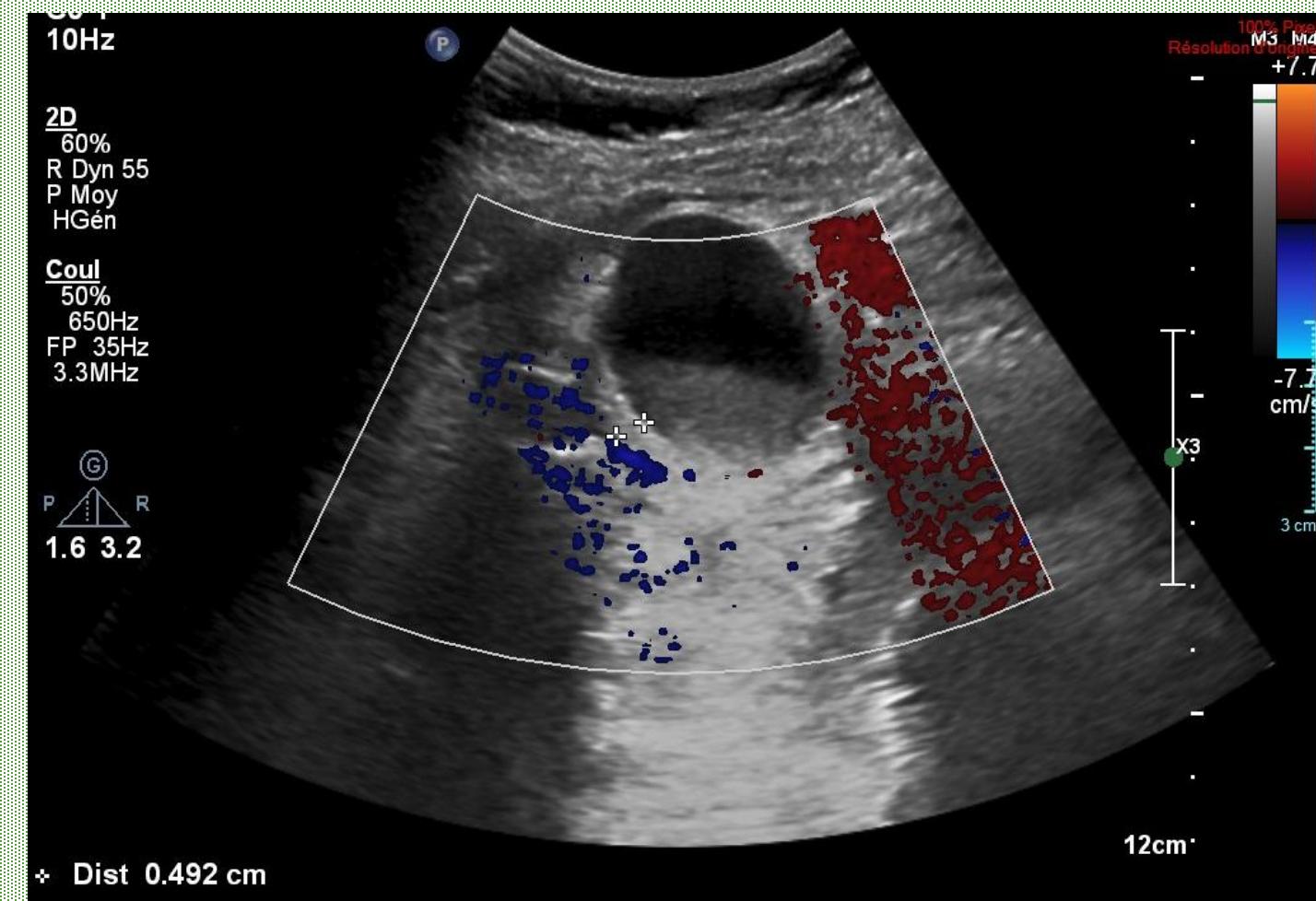
M3 C5-1  
52Hz  
RV  
2D  
40%  
R Dyn 55  
P Bas  
Gén

9.0cm-  
♦ Dist 11.3 cm  
‡ Dist 3.59 cm



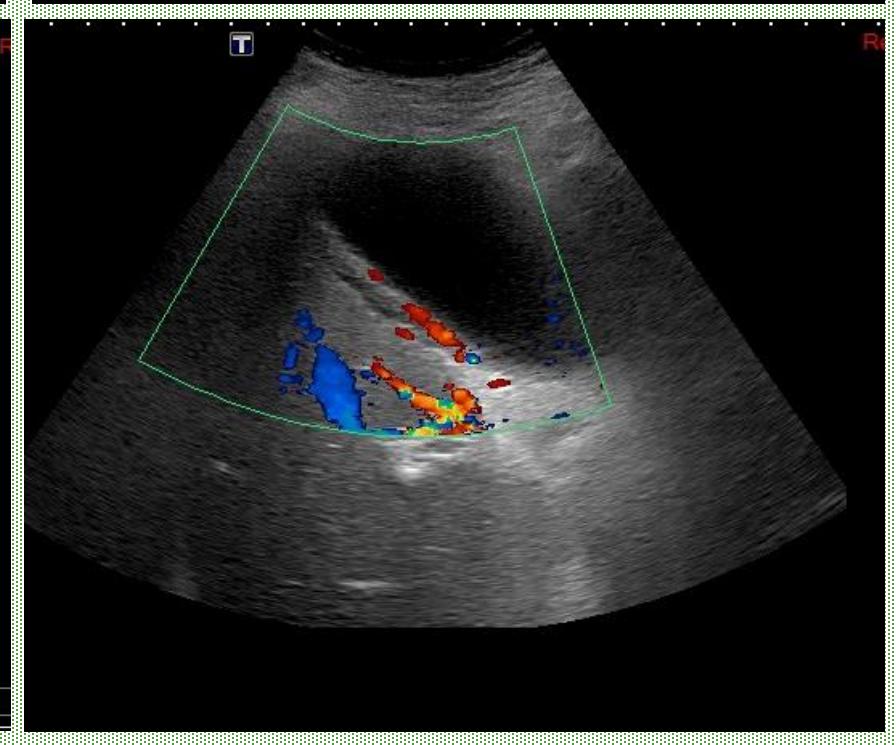
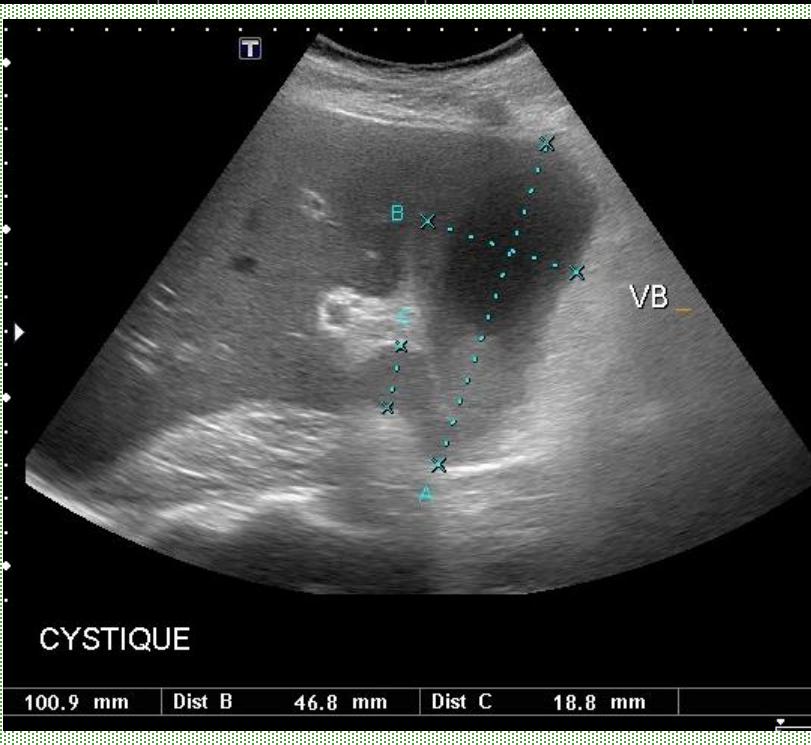
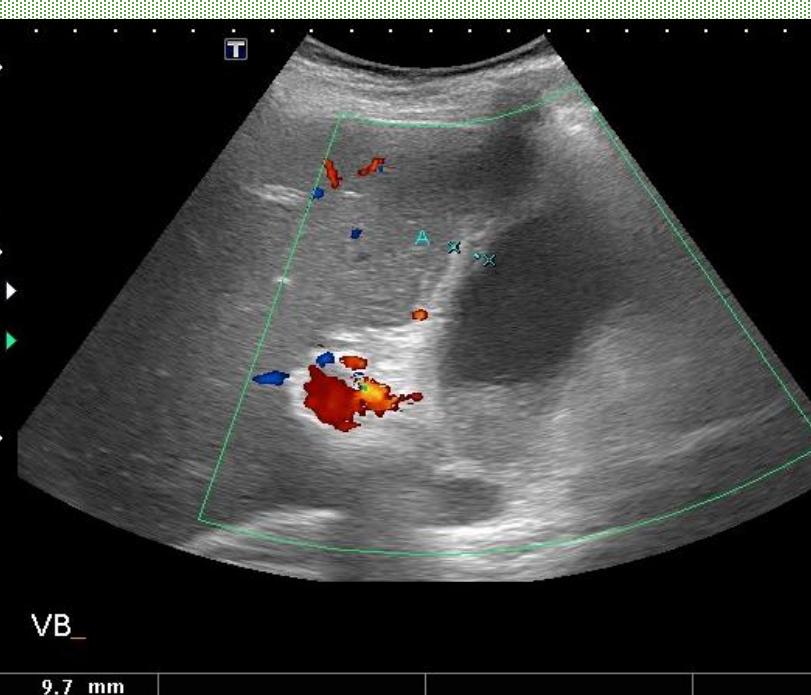
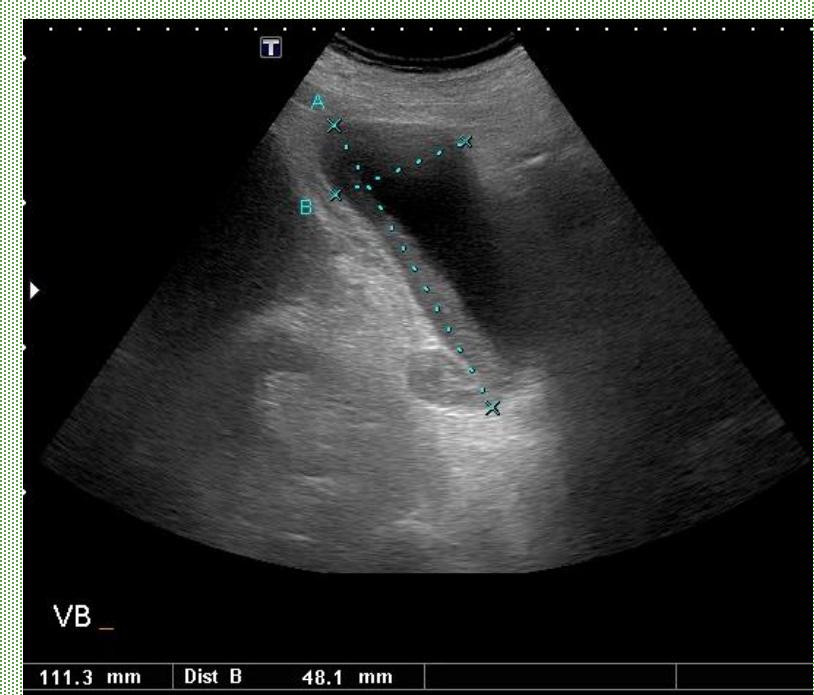
Microcalcul < 3 mm

# LITHIASÉ VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE



## CAS CLINIQUE 7

- Patient âgé de 80 ans hospitalisé pour prise en charge d'un bilan de chutes à répétition
- Présente une douleur de survenue brutale dans l'hypochondre droit depuis 3 heures associée à une fébricule à 37,5°C
- Syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 15000/mm<sup>3</sup> et une CRP à 30 mg/l
- Bilan hépatique normal



## CAS CLINIQUE 7

- Patient âgé de 80 ans hospitalisé pour prise en charge d'un bilan de chutes à répétition
- Présente une douleur de survenue brutale dans l'hypochondre droit depuis 3 heures associée à une fébricule à 37,5°C
- Syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 15000/mm<sup>3</sup> et une CRP à 30 mg/l
- Bilan hépatique normal

Diagnostic échographique :

- Murphy échographique
- distension vésiculaire
- épaissement et hypérémie de la paroi

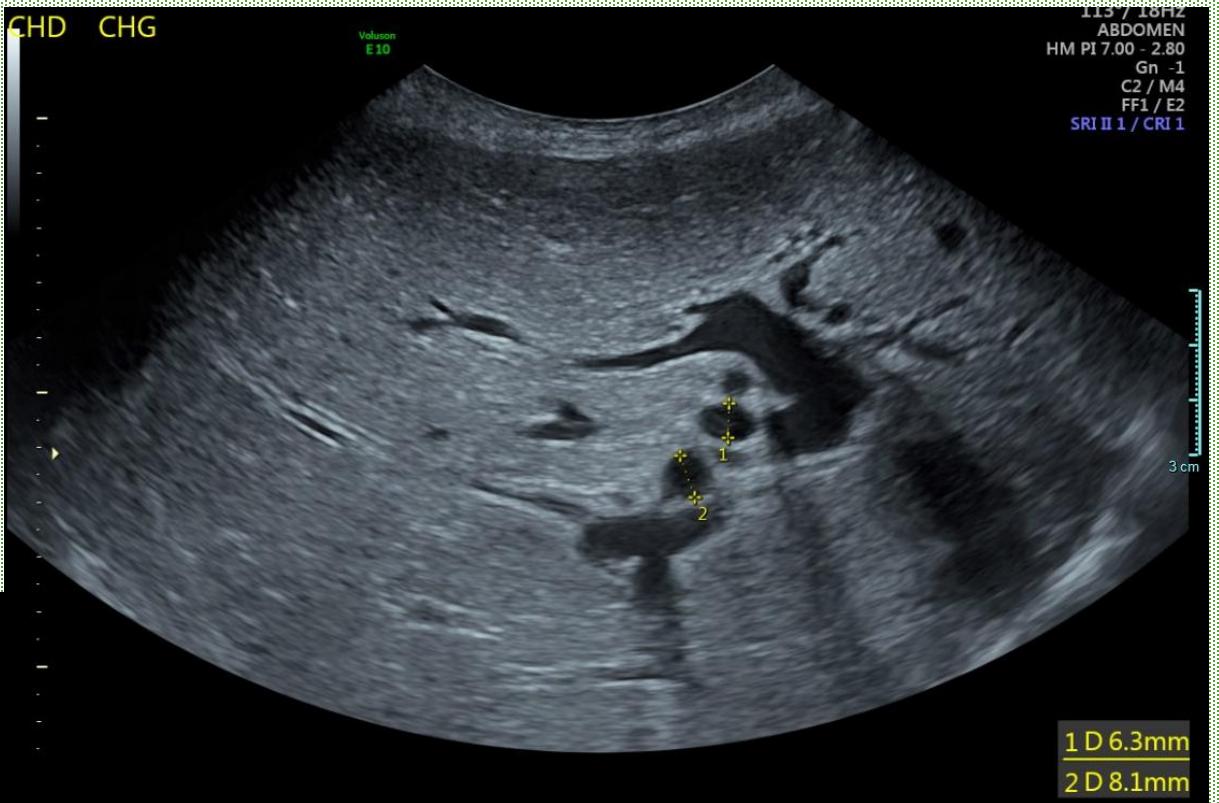
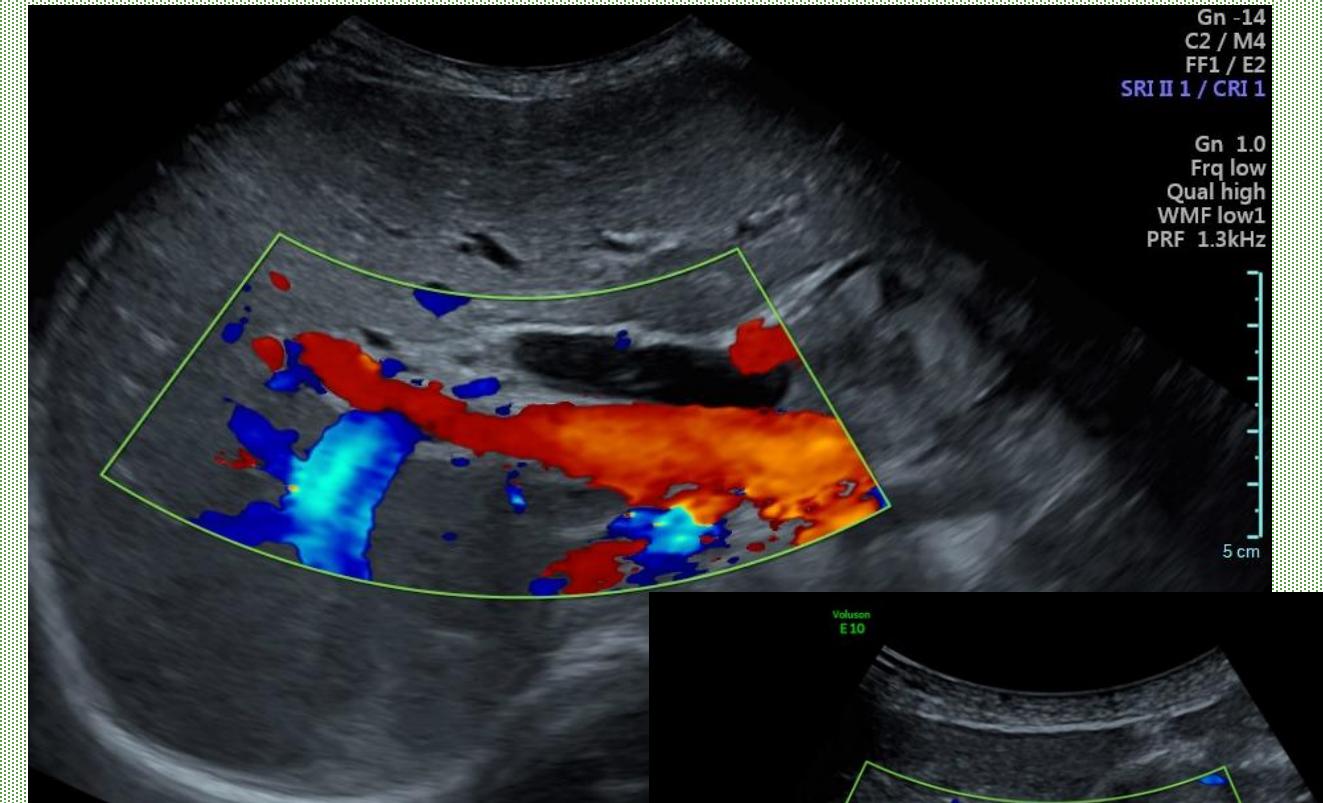
**Cholécystite aiguë**



**Tout épaisseissement pariétal vésiculaire n'est pas une cholécystite !**

## CAS CLINIQUE 8

- Patient âgé de 73 ans sous chimiothérapie suivi en oncologie pour un adénocarcinome pancréatique
- Hospitalisé pour prise en charge d'une AEG associée à une fièvre
- A l'examen clinique subictère
- Syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 11000/mm<sup>3</sup> et une CRP à 70 mg/l
- Bilan hépatique perturbé avec cytolysé hépatique 1,5 N et hyperbilirubinémie conjuguée



## CAS CLINIQUE 8

- Patient âgé de 73 ans sous chimiothérapie suivi en oncologie pour un adénocarcinome pancréatique
- Hospitalisé pour prise en charge d'une AEG avec apparition successive d'une douleur dans l'hypochondre droit et d'une fièvre en < 48 h
- A l'examen clinique subictère
- Syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 11000/mm<sup>3</sup> et une CRP à 70 mg/l
- Bilan hépatique perturbé avec cytolysé hépatique 1,5 N et hyperbilirubinémie conjuguée à 30 mg/l
- Diagnostic échographique:  
**Syndrome obstructif biliaire**

Desc. serie : MPR - TAP Portal  
SOMATOM Definition AS+  
OMNIPAQUE 350 1:15  
<4>

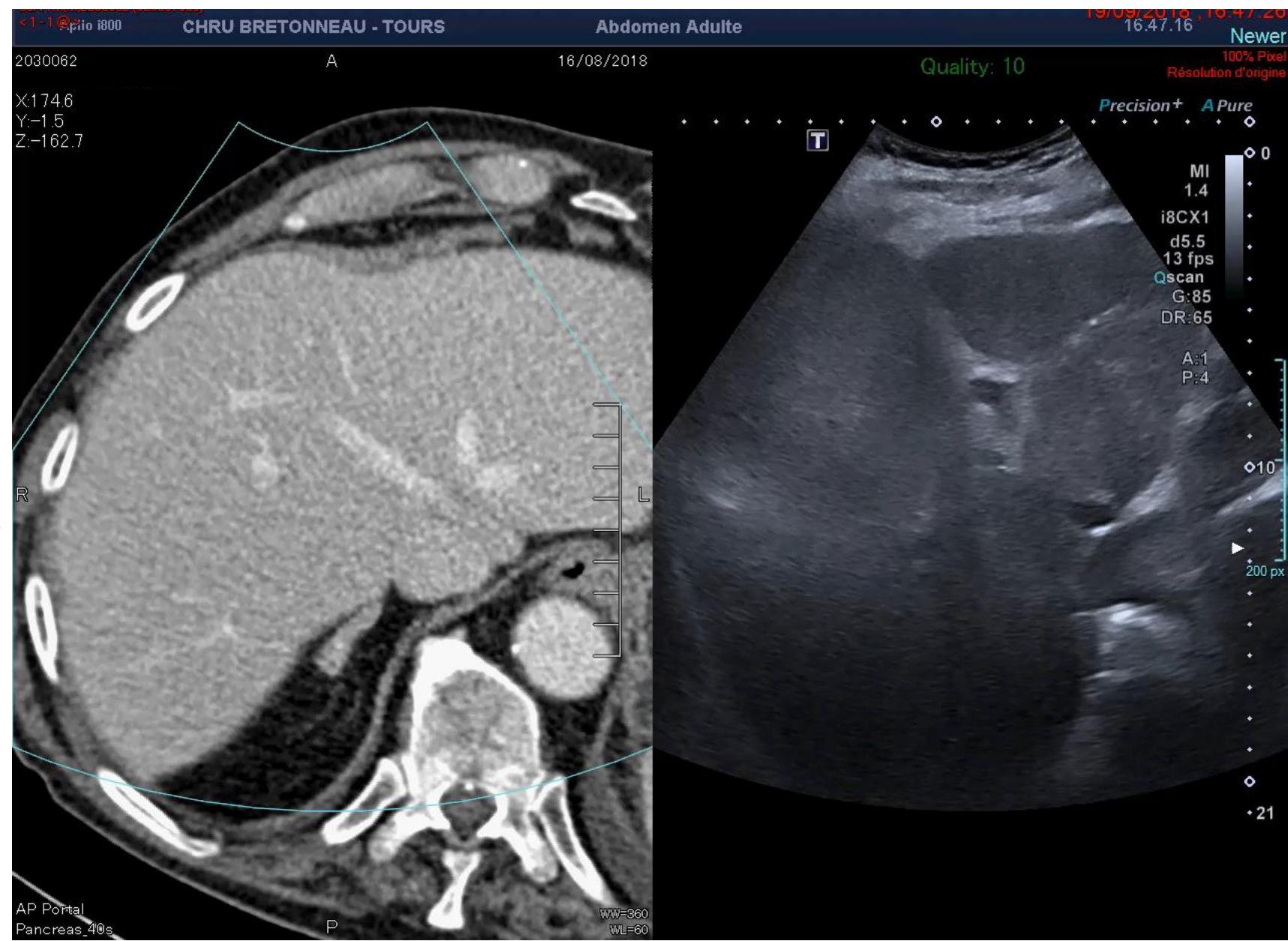
R



...compliqué d'une **angiocholite**

# PATHOLOGIE HEPATIQUE

---

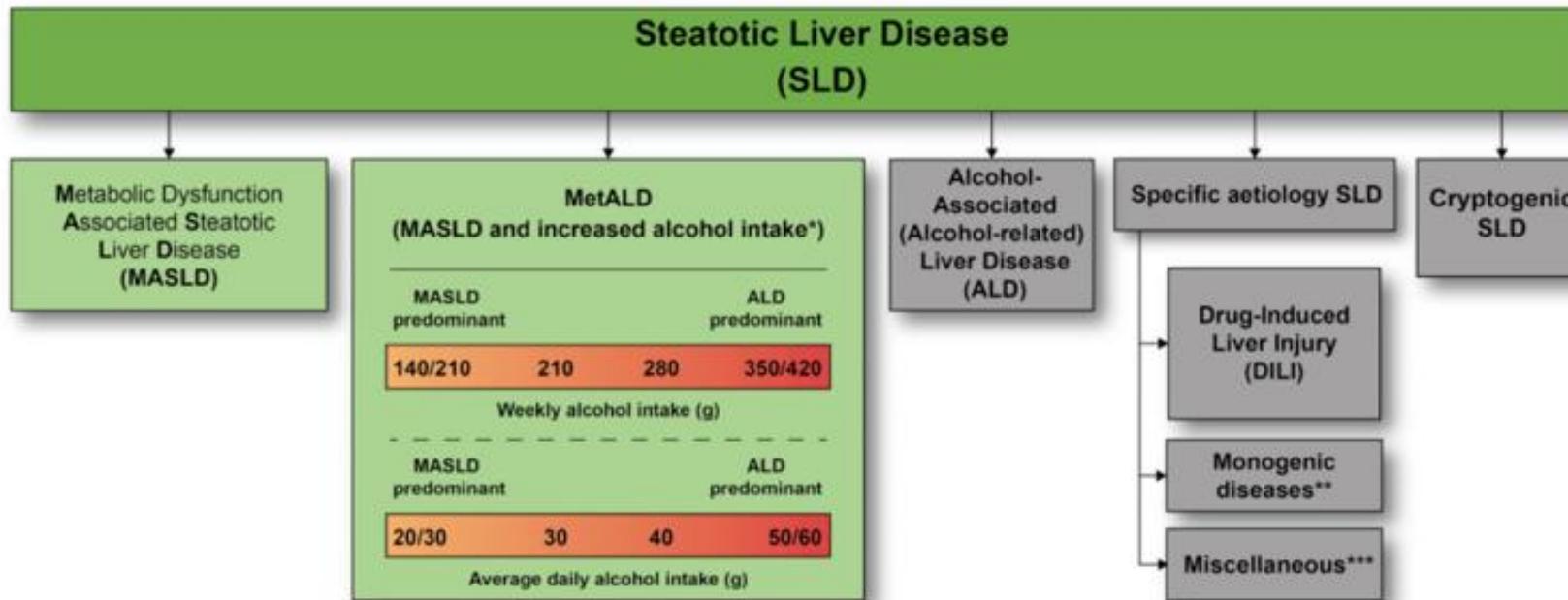


# STÉATOSE HÉPATIQUE



# Steatotic Liver Disease Classifications

## Steatotic Liver Disease Sub-classification



\*Weekly intake 140-350g female, 210-420g male (average daily 20-50g female, 30-60g male)

\*\*e.g. Lysosomal Acid Lipase Deficiency (LALD), Wilson disease, hypobetalipoproteinemia, inborn errors of metabolism

\*\*\*e.g. Hepatitis C virus (HCV), malnutrition, celiac disease

This depicts the schema for Steatotic Liver Disease (SLD) and its sub-categories. SLD, diagnosed histologically or by imaging, has many potential etiologies. MASLD, defined as the presence of hepatic steatosis in conjunction with one CMRF and no other discernible cause, ALD, and an overlap of the 2 (MetALD), comprise the most common causes of SLD. Within the MetALD group there exists a continuum across which the contribution of MASLD and ALD will vary. To align with current literature, limits have been set accordingly for weekly and daily consumption, understanding that the impact of varying levels of alcohol intake are evolving. Other causes of SLD need be considered separately, as is already done in clinical practice, given their distinct pathophysiology. Multiple etiologies of steatosis can coexist. If there is uncertainty and the clinician strongly suspects metabolic dysfunction despite the absence of CMRF then the term possible MASLD can be considered pending additional testing (e.g., HOMA-IR, OGTT). Those with no identifiable cause (cryptogenic SLD) may be recategorized in the future pending developments in our understanding of disease pathophysiology. Lastly, the ability to provide an affirmative diagnosis allows for the coexistence of other forms of liver disease with MASLD, e.g., MASLD + autoimmune hepatitis or viral hepatitis.

**Citation :** Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology*. Published online June 24, 2023. doi:10.1097/HEP.0000000000000520

© 2023 American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), European Association for the Study of the Liver (EASL), and Fundación Clínica Médica Sur, A.C. Published by Wolters Kluwer/Elsevier B.V/ Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

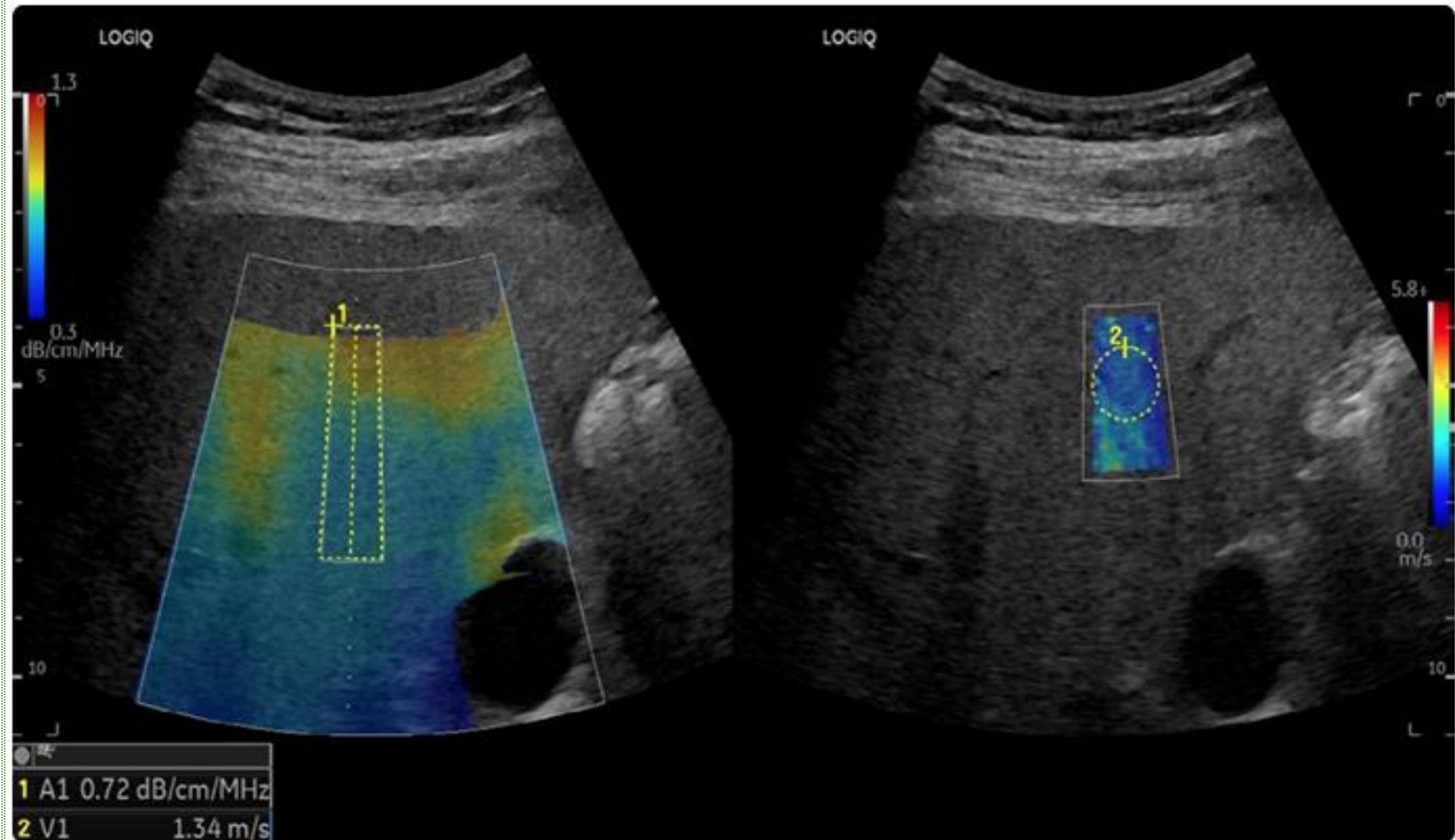
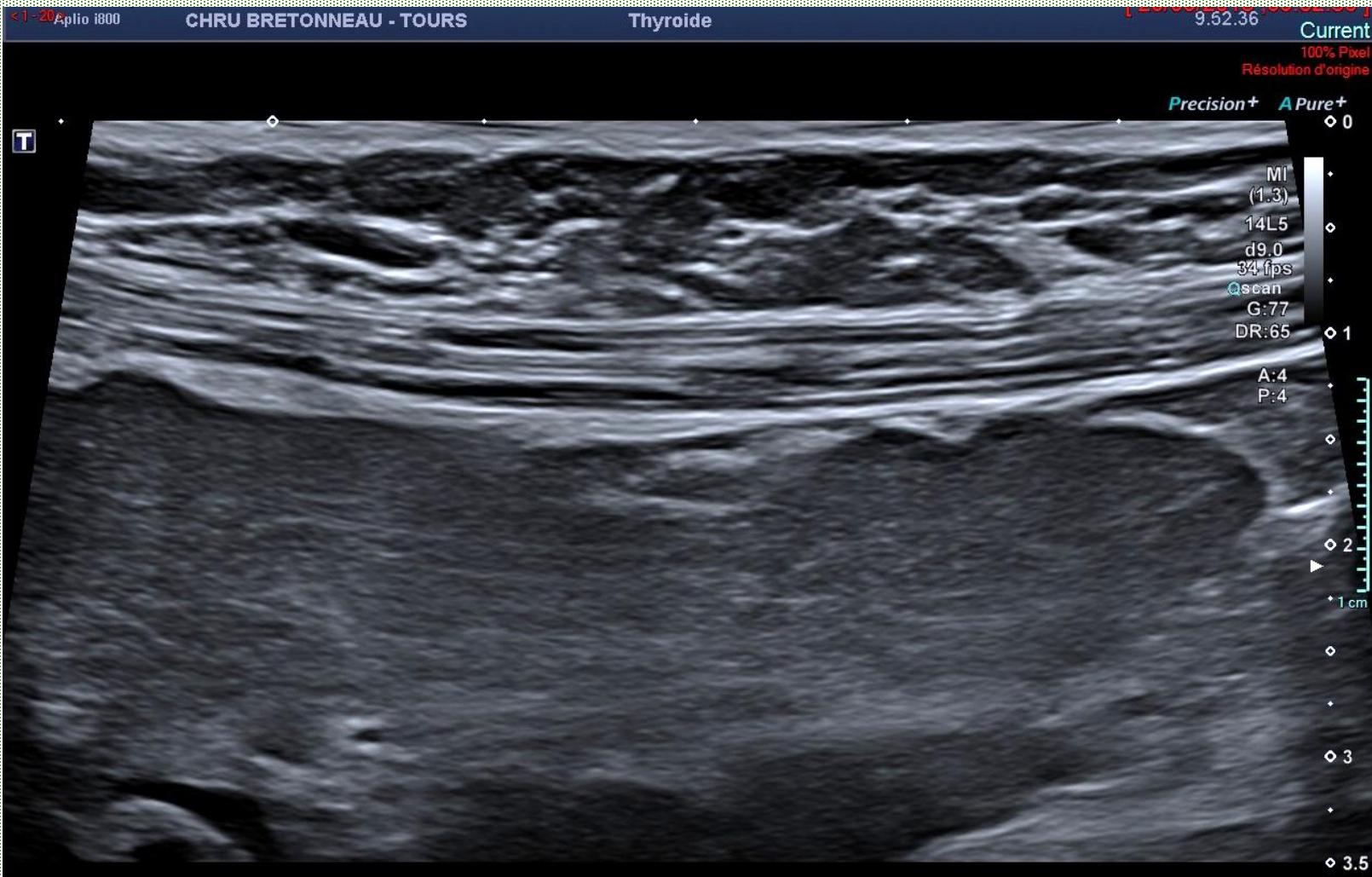


Figure 1. Assistant hépatique montrant l'enregistrement du SWE et l'UGAP sur une même coupe d'acquisition.

# CIRRHOSE

= dysmorphie hépatique

- Contours bosselés
- Hypertrophie du lobe caudé (segment I)
- Atrophie du lobe carré (segment IV)



# HYPERTENSION PORTALE



- **Dilatation du tronc porte (calibre > 12 mm)**
- **Splénomégalie (grand axe  $\geq 12$  cm)**
- **Voies de dérivation porto-systémique**
- **Vitesse portale (maximale < 17 cm/s à jeun)**

## CAS CLINIQUE 9

- Patient suivi pour une cirrhose d'origine éthylique, sevré, âgé de 59 ans s'adressant aux urgences pour AEG associée à une augmentation du périmètre abdominal
- A l'examen clinique subictère, signe du glaçon
- Perturbation du bilan hépatique avec apparition d'une cytolyse 3N et d'une hyperbilirubinémie totale à 30 mg/l



540 m/s  
SR 4  
2 %  
11 Hz

n/CI  
jet/FP Moy  
V/P. Moy  
Velle 18 cm/s

5 %

60 %

10.2

+Dist  
x Dist

2.24 cm  
0.95 cm

10.2

## Arrêt

10  
m/s

36 °

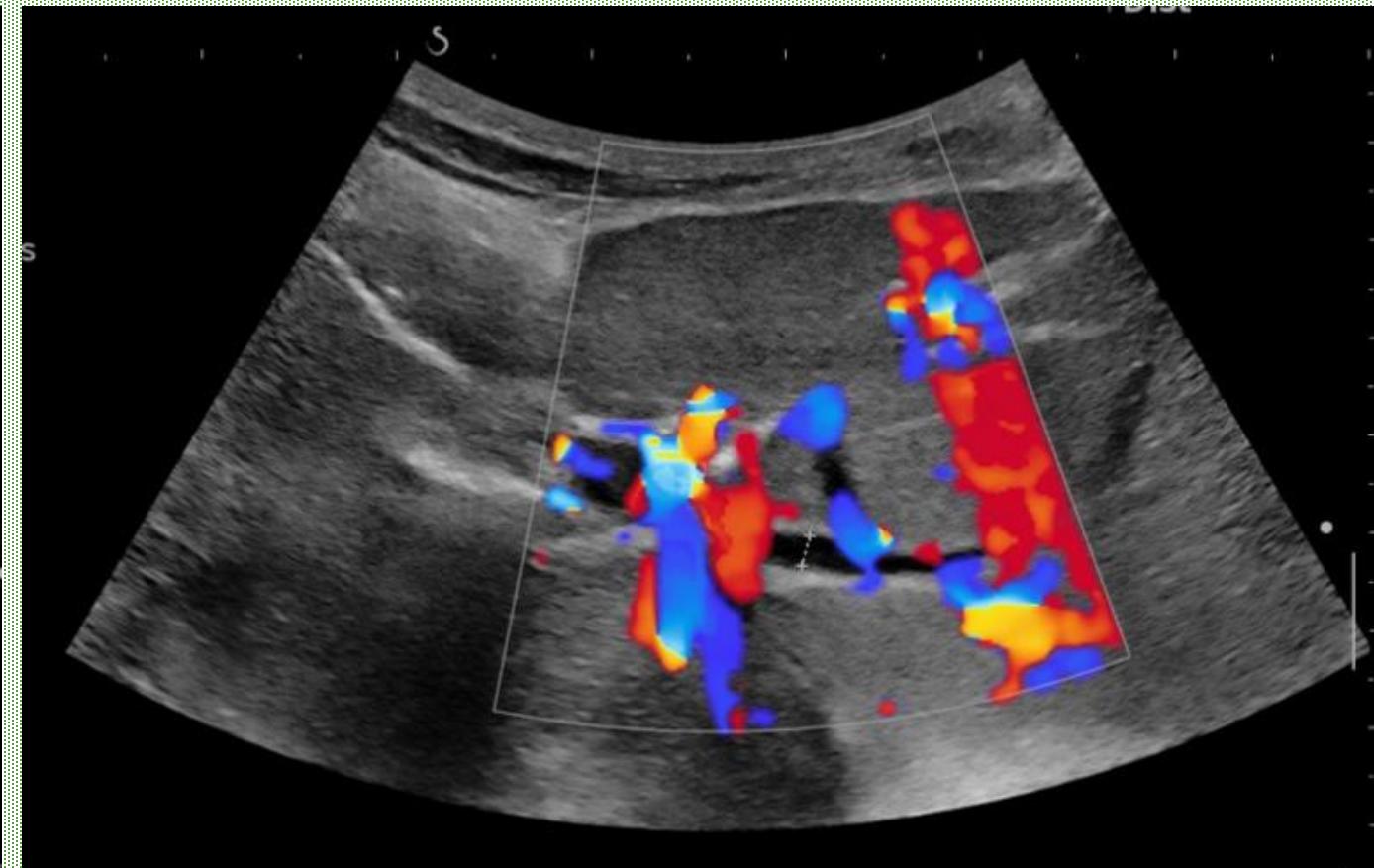
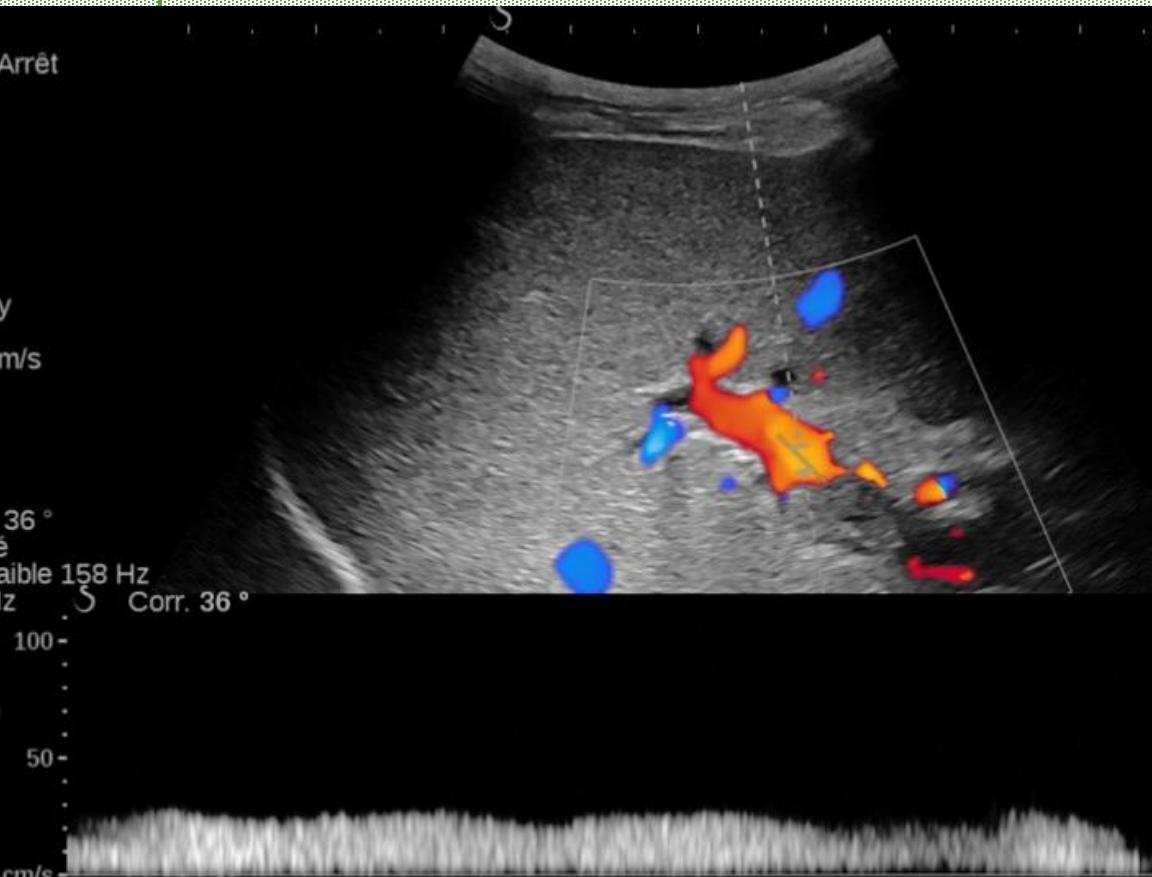
available 158 Hz

100 -

100

50

200/2 - 1

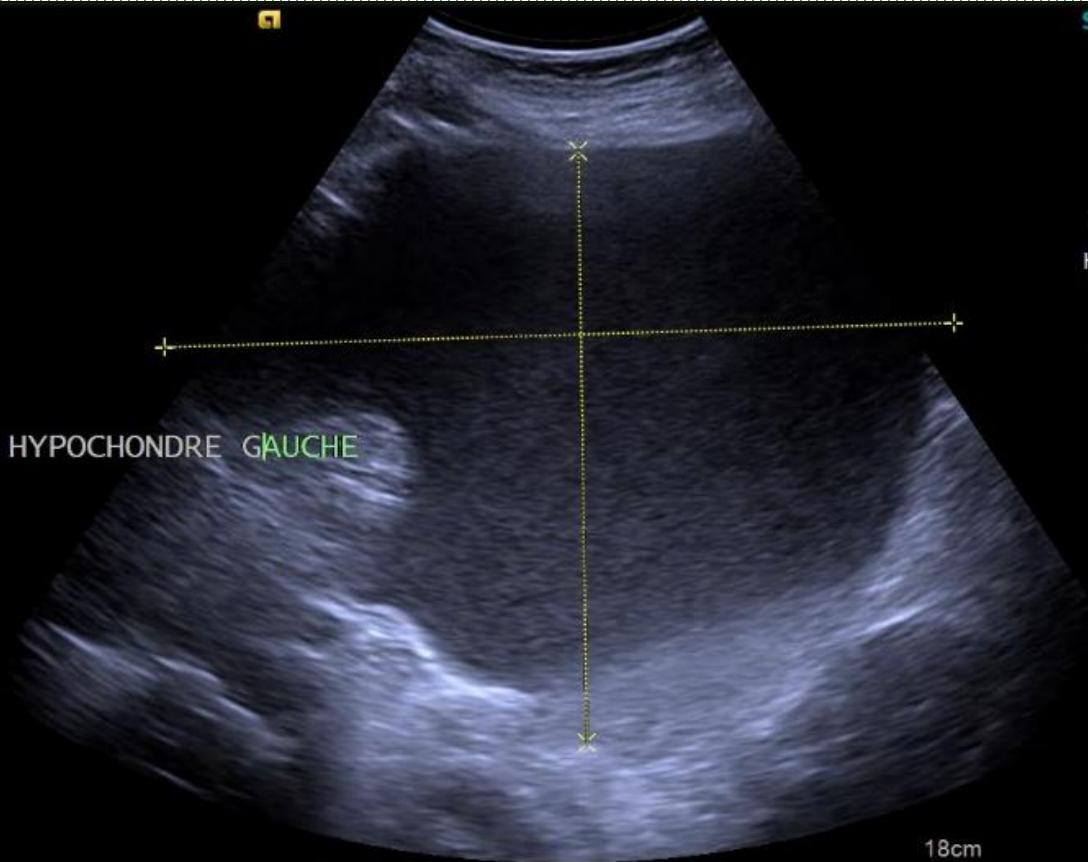


## CAS CLINIQUE 9

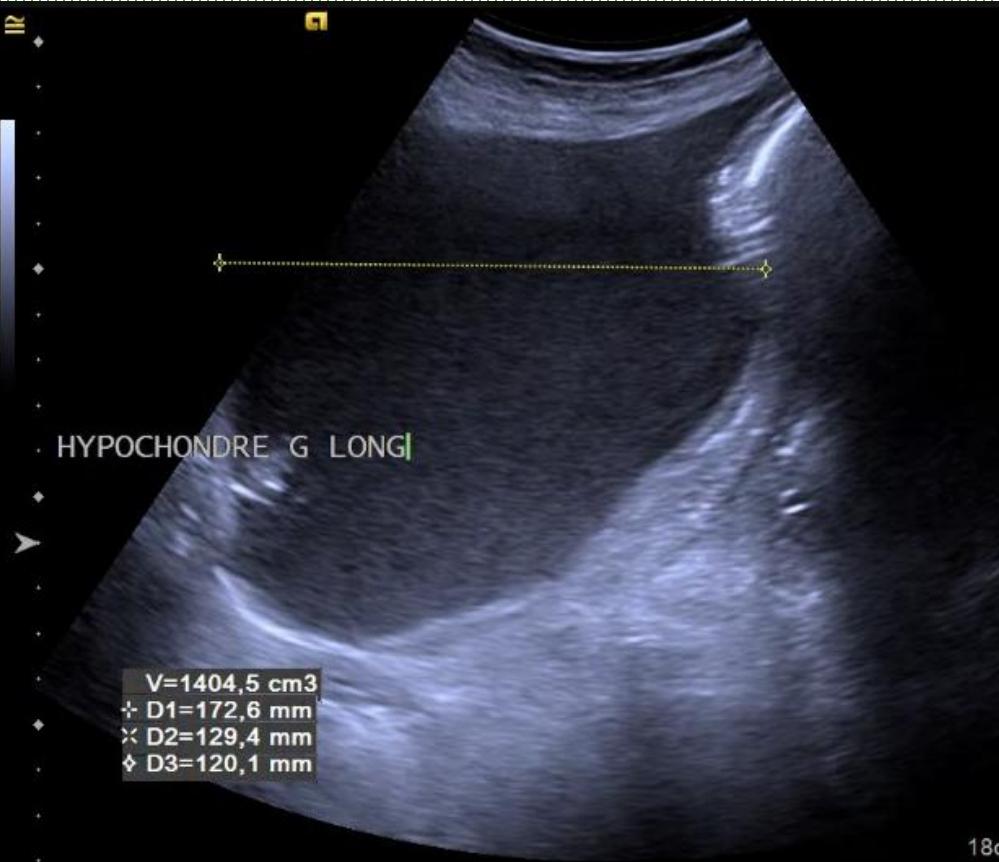
- Patient suivi pour une cirrhose d'origine éthylique sevré âgé de 59 ans s'adressant aux urgences pour AEG associée à une augmentation du périmètre abdominal
- A l'examen clinique subictère, signe du glaçon
- Perturbation du bilan hépatique avec apparition d'une cytolyse 3N et d'une hyperbilirubinémie totale à 30 mg/l
- Diagnostic échographique:  
**Thrombose porte**

## CAS CLINIQUE 10

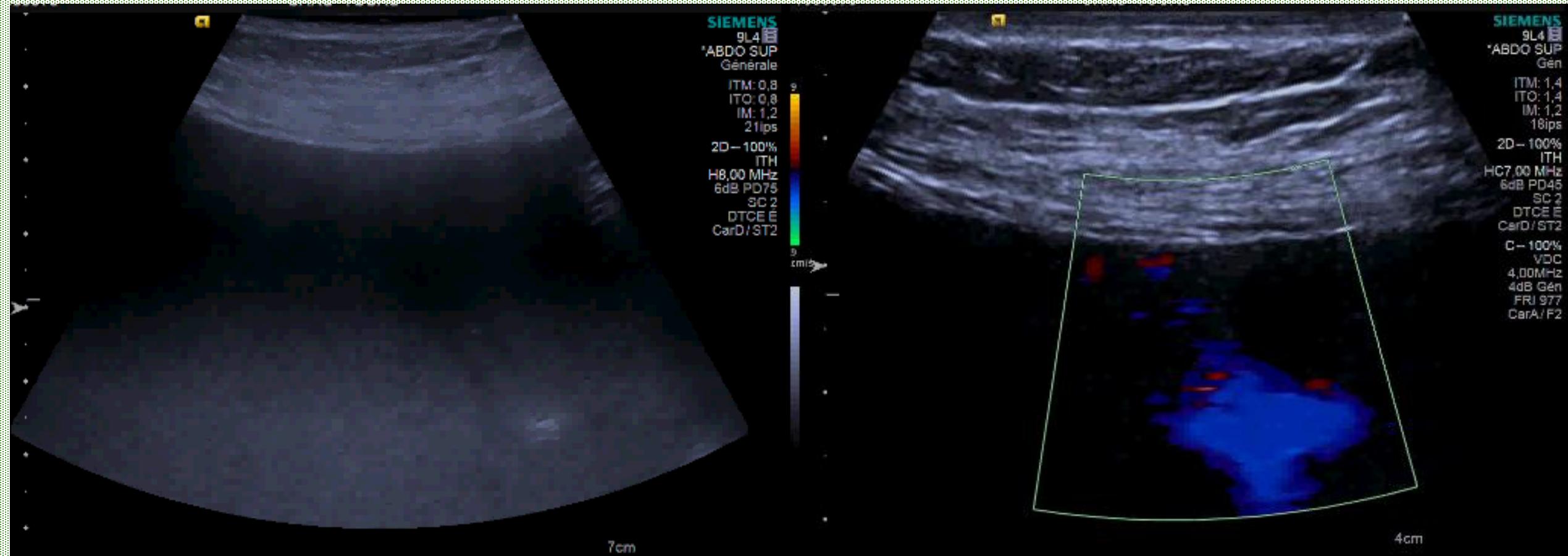
- Patient cirrhotique, 70 ans, aux antécédents d'occlusion intestinale, hospitalisé pour prise en charge d'une nouvelle décompensation œdémato-ascitique
- Douleur persistante dans l'hypochondre gauche suite à une ponction d'ascite multicloisonnée après repérage échographique préalable du compartiment le plus abondant



SIEMENS  
6C1 HD  
\*ABDO  
Générale  
ITM: 0,5  
ITO: 0,5  
IM: 1,4  
18ips  
2D -- 100%  
ITH  
H4,00 MHz  
0dB PD65  
ASC 3  
DTCE É  
CarE/ST2

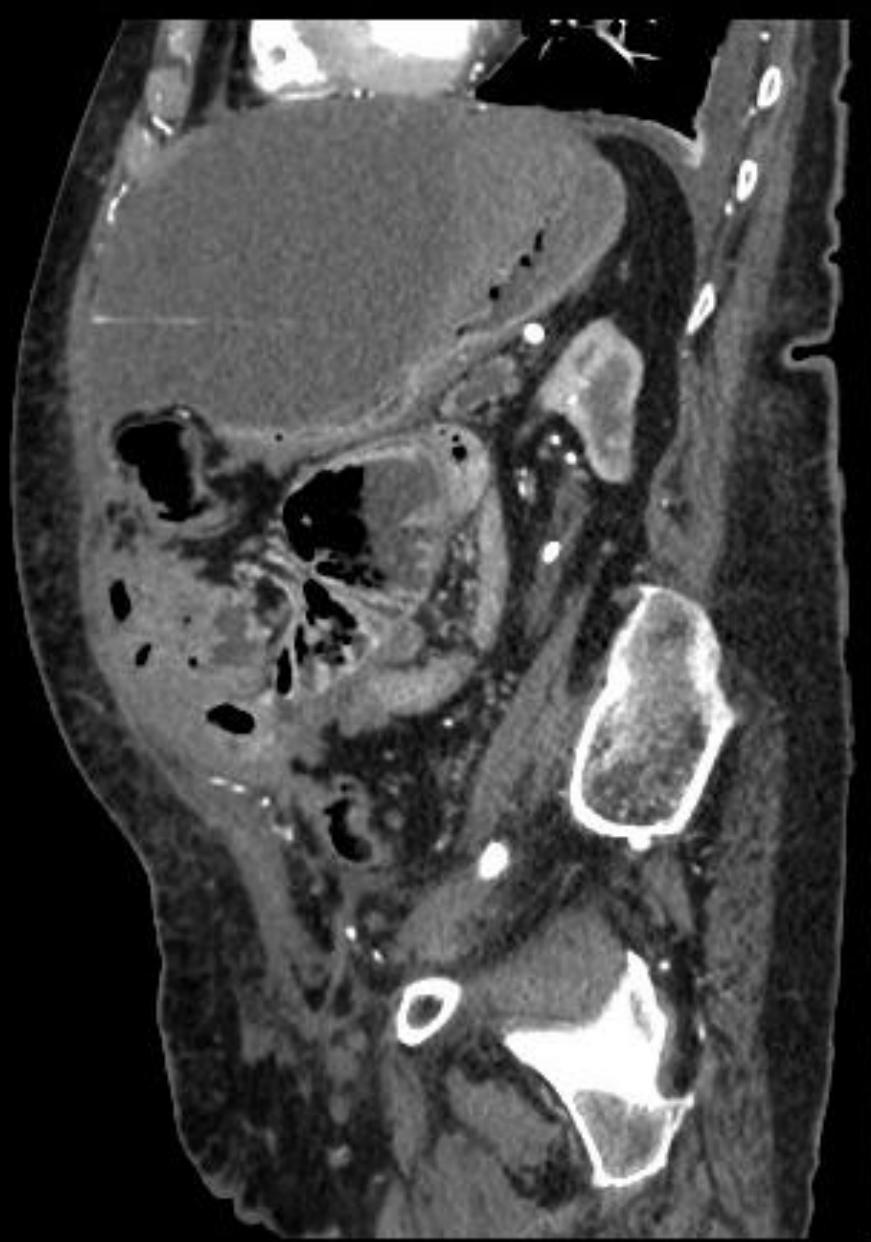


SIEMENS  
6C1 HD  
\*ABDO  
Générale  
ITM: 0,5  
ITO: 0,5  
IM: 1,4  
18ips  
2D -- 100%  
ITH  
H4,00 MHz  
0dB PD65  
ASC 3  
DTCE É  
CarE/ST2



# CAS CLINIQUE 10

- Patient cirrhotique, aux antécédents d'occlusion intestinale, hospitalisé pour prise en charge d'une nouvelle décompensation œdémato-ascitique
- Douleur persistante dans l'hypochondre gauche suite à une ponction d'ascite multicloisonnée après repérage échographique préalable du compartiment le plus abondant
- Diagnostic échographique:  
**Hémopéritoine avec saignement actif d'une branche de l'artère épigastrique supérieure**





AMamInt G



Ctrl final

# CAS CLINIQUE 11

- Homme âgé de 49 ans
- Hospitalisé pour AEG associée à une fièvre à 39,5°C depuis quelques jours dans un contexte de diarrhée chronique depuis 1 mois suite à son retour d'Afrique
- Douleur abdominale centrée sur l'hypochondre droit associée à une franche hépatomégalie à la palpation
- Perturbation du bilan hépatique (cytolyse 4N)

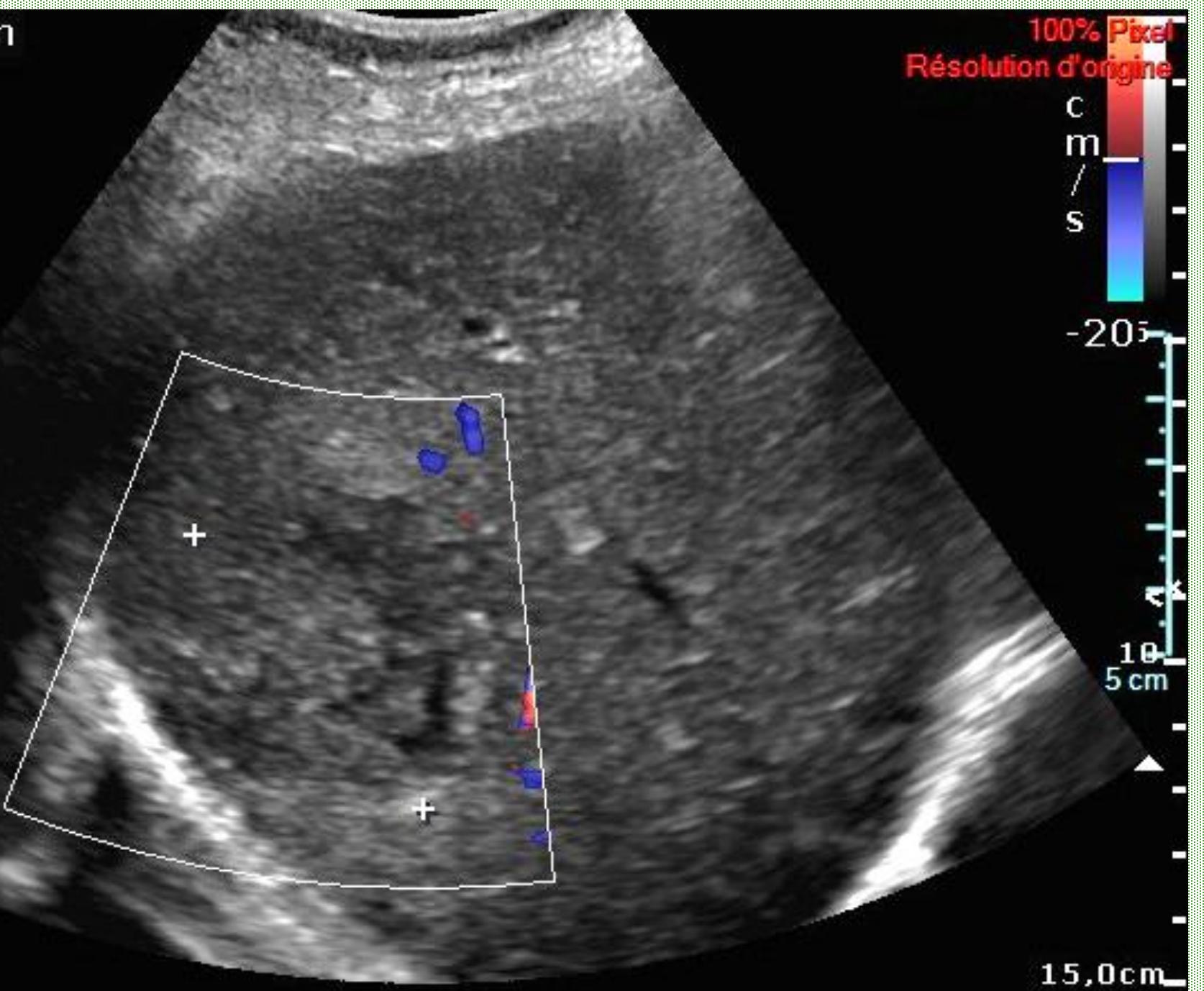
C5-1  
11Hz  
15,0cm

+ Long. 5,55 cm

2D  
HGén  
Gn 60  
C 52  
3 / 3 / 3

Couleur  
2,5 MHz  
Gn 50  
1 / 5 / 3  
Fltr Moy.

G  
P R  
1,8 3,6



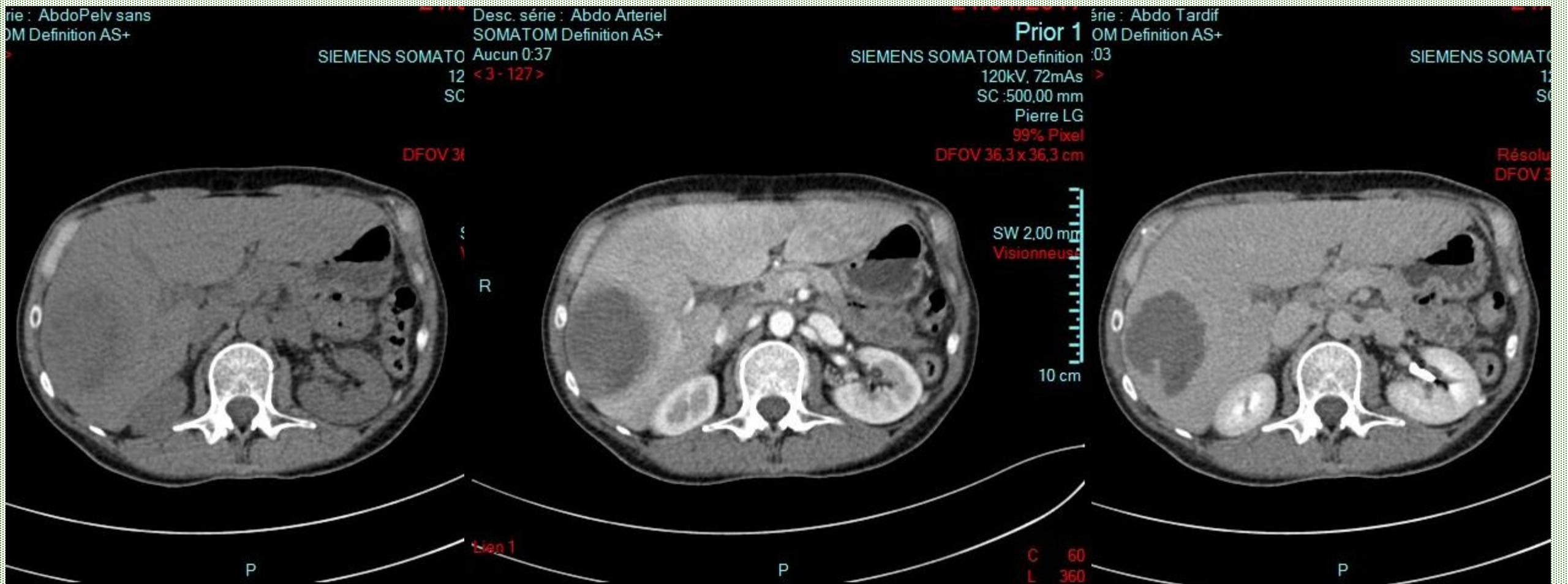
# CAS CLINIQUE 11

- Homme âgé de 49 ans
- Hospitalisée pour AEG associée à une fièvre à 39,5°C depuis quelques jours dans un contexte de diarrhée chronique depuis 1 mois suite à son retour d'Afrique
- Douleur abdominale centrée sur l'hypochondre droit associée à une franche hépatomégalie à la palpation
- Perturbation du bilan hépatique (cytolyse 4N)
- Diagnostic échographique

**Abcès hépatique**

(analyse parasitologique : *Entamoeba histolytica*)

# ABCÈS HÉPATIQUE AMIBIEN



# ABCÈS HÉPATIQUE AMIBIEN

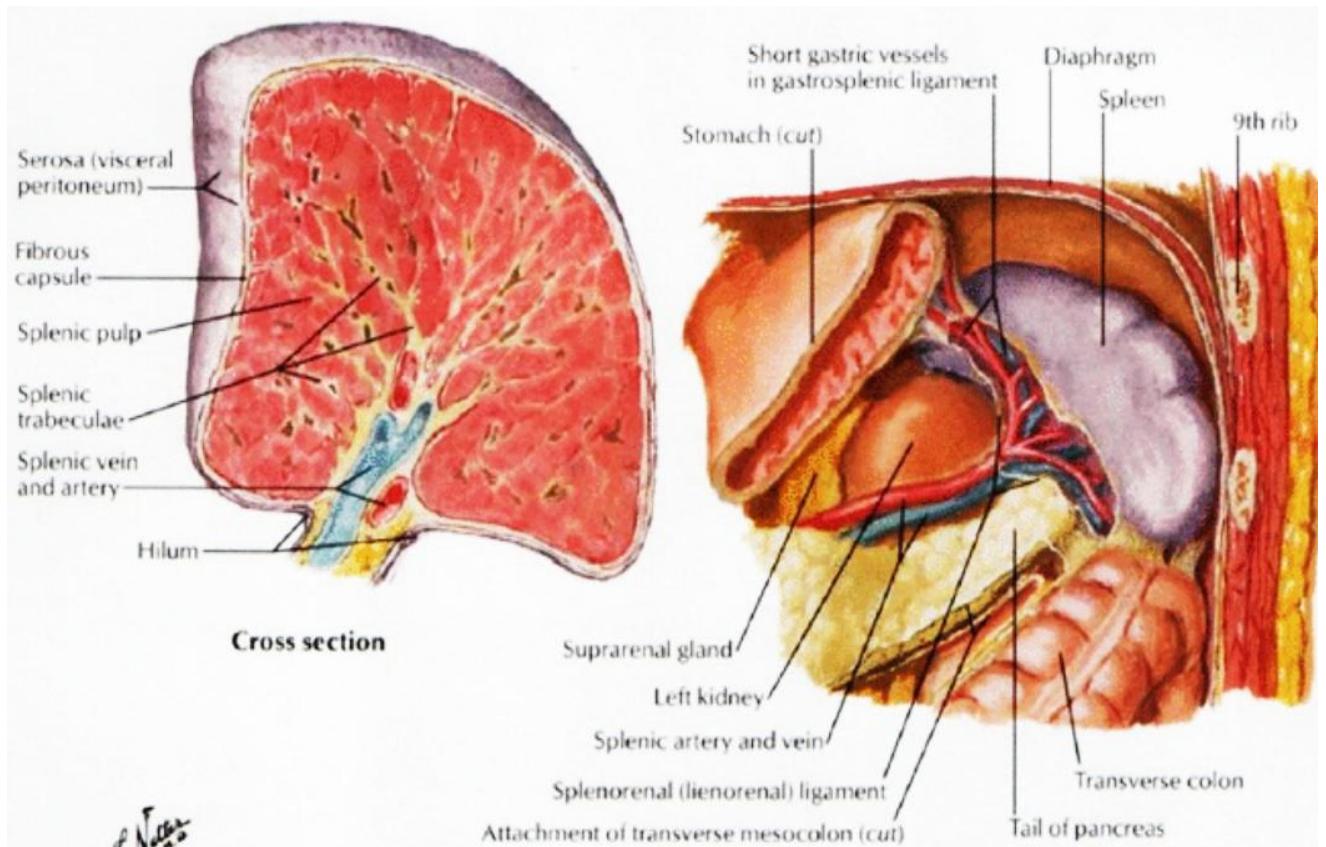


Suivi à 6 mois

Suivi à 12 mois

# PATHOLOGIE SPLÉNIQUE

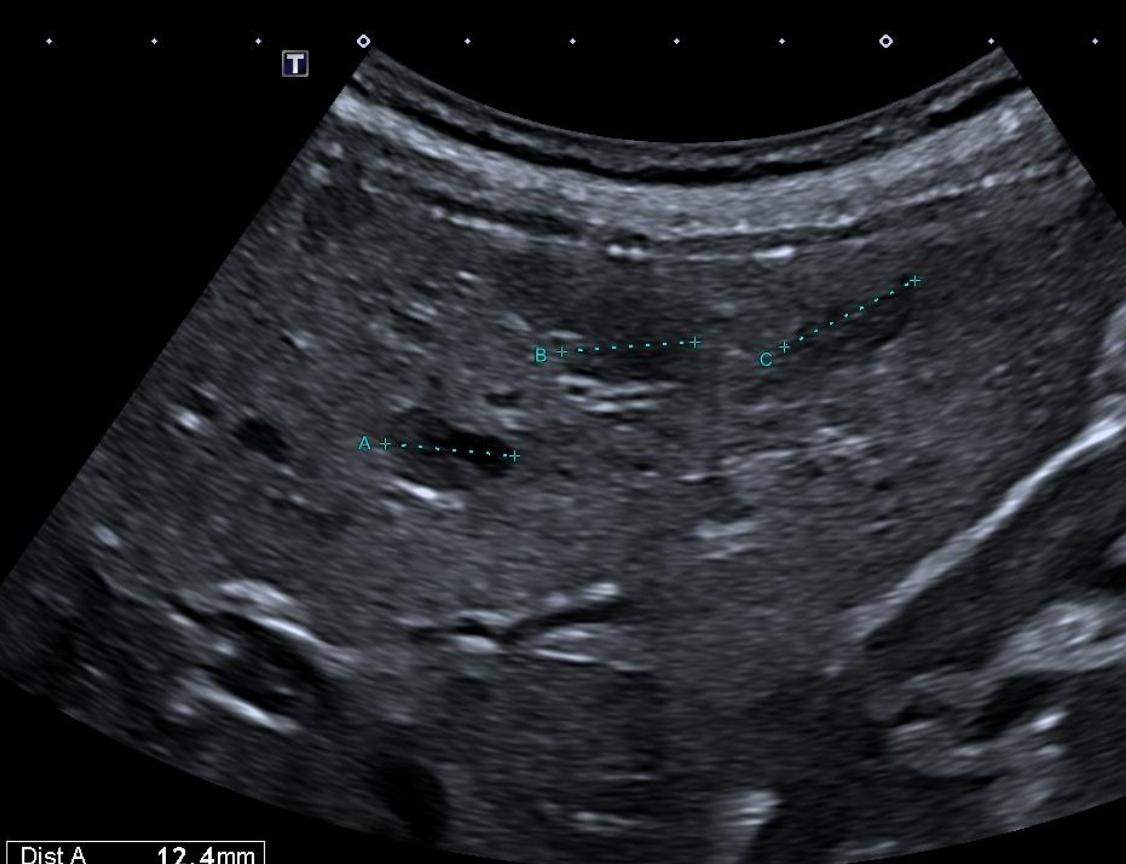
---



## CAS CLINIQUE 12

Jeune femme âgée de 19 ans

- Hospitalisée pour AEG associée à une fébricule à 38°C depuis quelques jours
- Sensibilité abdominale diffuse plutôt au niveau des quadrants supérieurs abdominaux avec une discrète hépatomégalie à la palpation
- Perturbation du bilan hépatique (cytolyse 2N)
- A l'interrogatoire notion de contage avec des chatons récupérés dans la rue il y a 2-3 mois



Dist A	12.4mm
Dist B	12.8mm
Dist C	14.0mm

IS6



Dist A	30.1mm
--------	--------

IS7

Precision™ APure

MI (1.6)  
i8CX1  
d5.5  
20 fps  
Qscan  
G:81  
DR:65

A:1  
P:4

0 5 10 13

# 145

< 1 - 10 Aplio i800

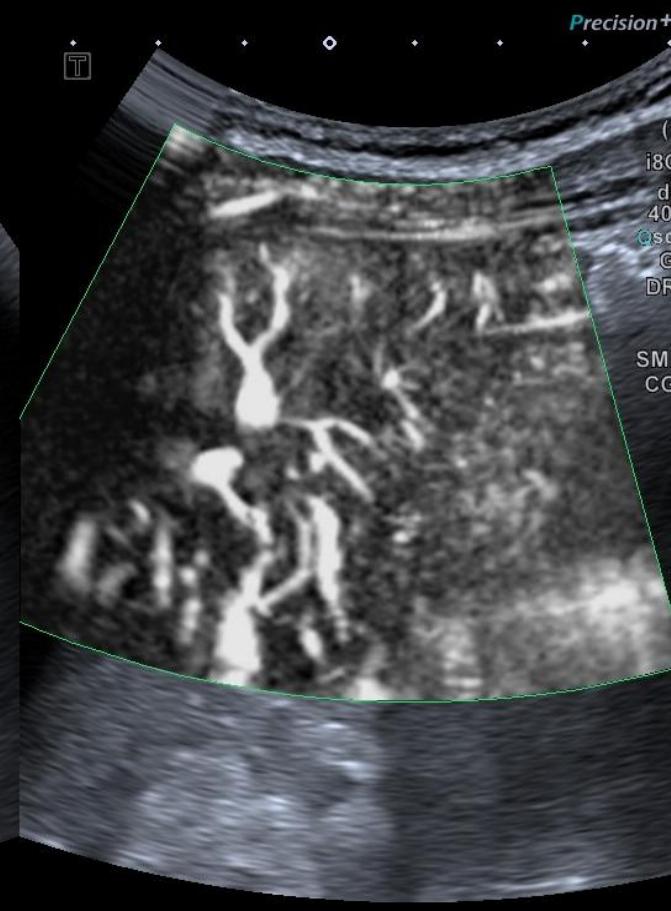
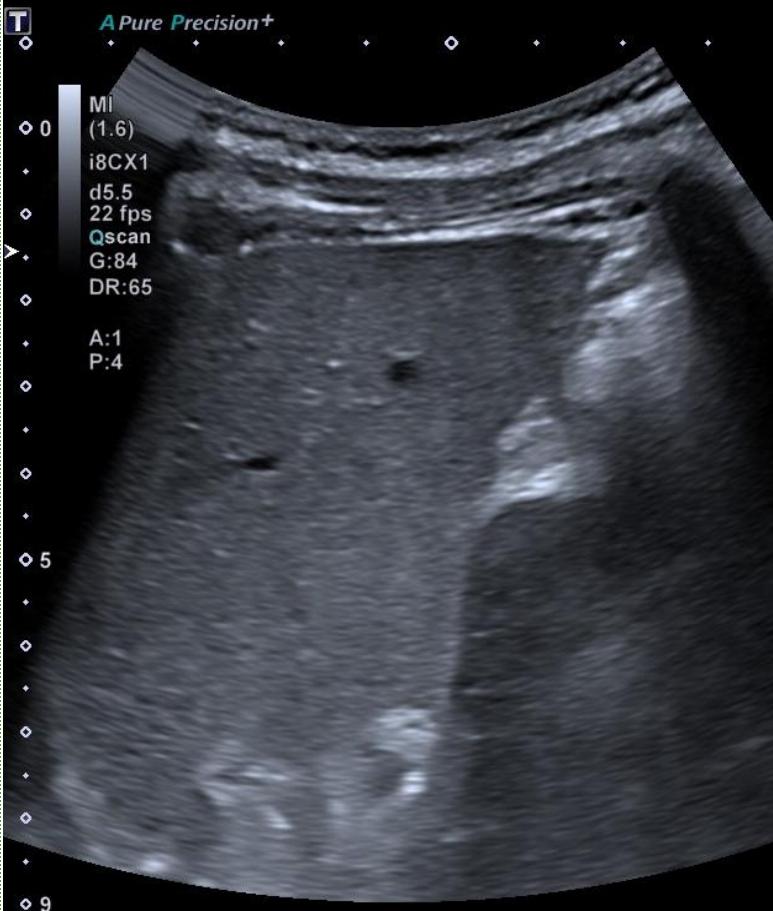
CHRU BRETONNEAU - TOURS

Abdomen Adul

14.20.14

Current

100% Pixel  
Résolution d'origine



<1-20 Aplio i800

CHRU BRETONNEAU - TOURS

Abdomen Adulte

10/07/2018 14:21:04

14.21.03

Curier

100% Ppx

Résolution d'origine



## CAS CLINIQUE 12

Jeune femme âgée de 19 ans

- Hospitalisée pour AEG associée à une fébricule à 38°C depuis quelques jours
- Sensibilité abdominale diffuse plutôt au niveau des quadrants supérieurs abdominaux avec une discrète hépatomégalie à la palpation
- Perturbation du bilan hépatique (cytolyse 2N)
- A l'interrogatoire notion de contage avec des chatons récupérés dans la rue il y a 2-3 mois

Diagnostic échographique :

**Abcès hépato-spléniques**

La PBH échoguidée confirme :

*ADN+ à B. henselae*

# ABCÈS HÉPATOSPLÉNIQUES - BARTONELLOSE



## CAS CLINIQUE 13

Femme âgée de 59 ans

- Patiente suivie pour une LAM sous chimiothérapie
- Hospitalisée pour prise en charge d'un choc septique
- Bilan échographique devant douleurs abdominales diffuses
- Bilan biologique : leucopénie et thrombocytopénie, CRP 280 mg/l

50HZ

RS

Z 1.1

2D

61%

R Dyn 61

P Bas

HPén

100% Pixel

Résolution d'origine

DFOV 21.4 x 16.0 cm

Visionneuse

X3

3 cm

Rate

14cm

C 127

L 254

## CAS CLINIQUE 13

Femme âgée de 59 ans

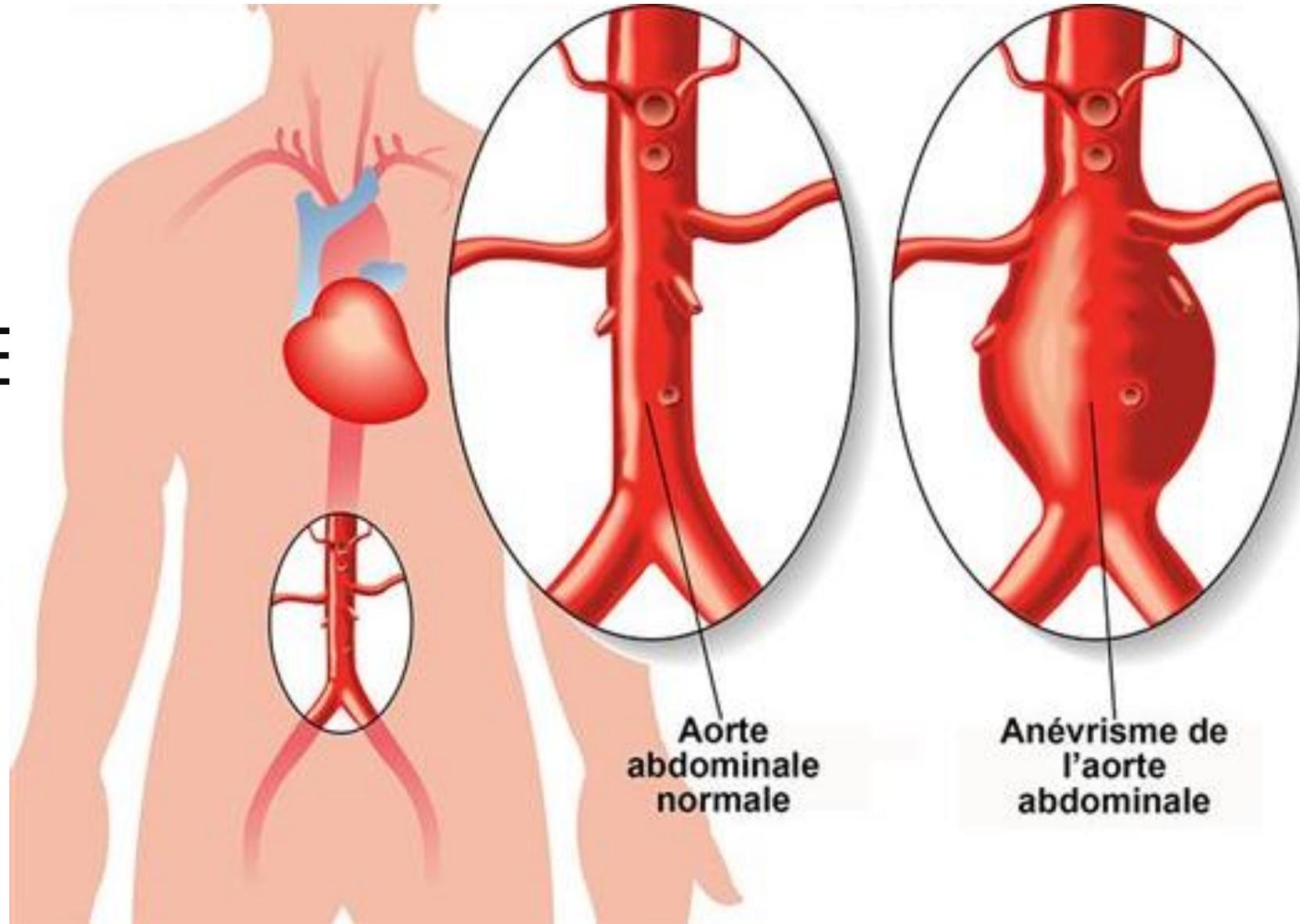
- Patiente suivie pour une LAM sous chimiothérapie
- Hospitalisée pour prise en charge d'un choc septique
- Bilan échographique devant douleurs abdominales diffuses
- Bilan biologique : leucopénie et thrombocytopénie, CRP 280 mg/l

Diagnostic échographique

**Infarctus splénique**

# ANEVRISME AORTIQUE ABDOMINAL

---



# EPIDÉMIOLOGIE DES AAA

- Dans la population > 60 ans
  - > 30mm (H=5,3%, F=1,3%)
  - > 40mm (H=2%, F=0,3%)
  - > 50mm (H=0,6%, F=0,2%)
- 6000-7000 AAA sont traités en France / an
- Morbi-mortalité péri-opératoire des AAA non rompus : 3-5 %
- Pronostic si rupture : Mortalité > 90 % (60 % décès avant d'arriver à l'hôpital)

# DÉPISTAGE DES AAA

**HAS 2012** : que chez les patients aux FdR suivants

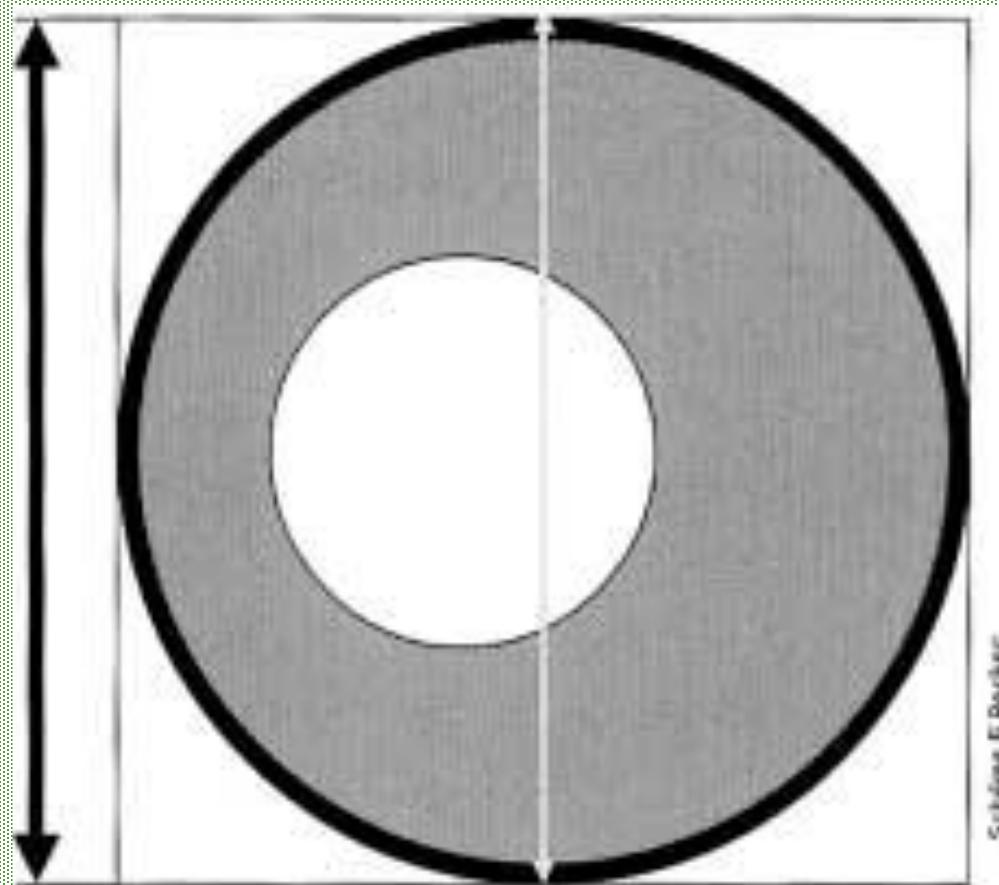
- 50-75 ans avec ATCD familiaux d'AAA
- 65-75 ans tabagiques ou ex-tabagiques

**SFMV 2006** :

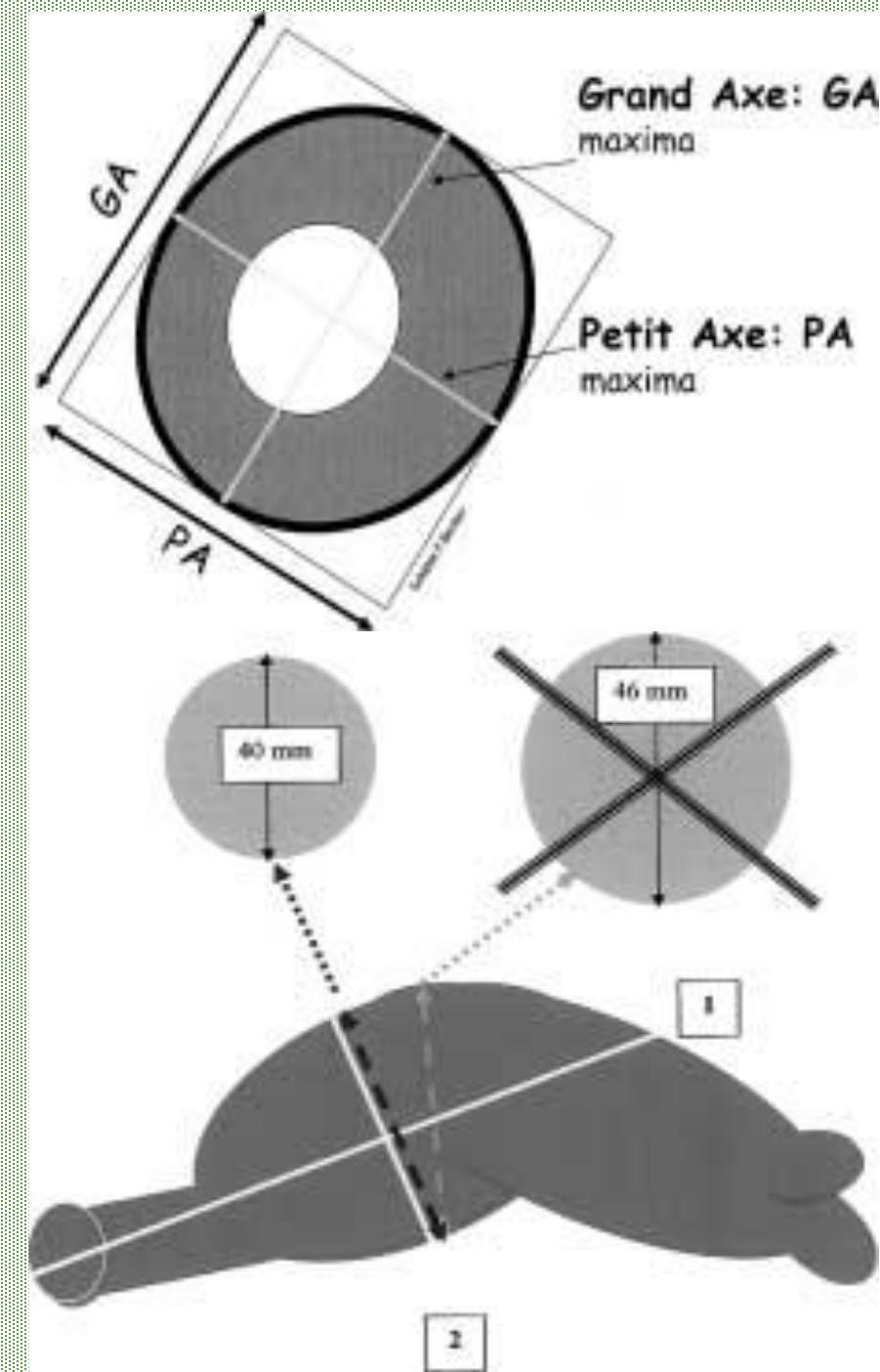
- $\geq 50$  ans - Recommandé pour les H et les F avec ATCD familiaux d'AAA
- 60-75 ans
  - Recommandé pour les H tabagiques ou ex-tabagiques
  - Conseillé pour les F tabagiques ou hypertendues
  - Conseillé pour les H non fumeurs
- $\geq 75$  ans - Conseillé pour tous les H et les F tabagiques sans comorbidité lourde et espérance de vie N

**Signaler la douleur pendant l'examen, échographie proscrite en cas de suspicion de rupture !**

# TECHNIQUES DE MESURE DES AAA



- Coupe axiale circulaire parfaite
- Diamètre AP externe
- 3 mesures (moyenne)
- Sinon :
  - Modèle élliptique



## CAS CLINIQUE 11

- M. P âgé de 75 ans, ancien fumeur consulte pour bilan de douleurs abdominales d'installation rapide

## CAS CLINIQUE 14

- M. P âgé de 75 ans, ancien fumeur consulte pour bilan de douleurs abdominales d'installation rapide



74A 3M,M,2146482 (cstrs37000)  
Desc. série : Tronc Supra Aortique (Doppler)

C58.1

24Hz

-RV

Z 1.0

P

Aorte

X

♦ Dist 1 6.97 cm  
× Dist 2 6.35 cm  
◊ Dist 3 6.53 cm  
Volume 151 ml

17/04/2015 M 16:53:4 74A 3M,M,2146482 (cstrs37000) A pertes: Rapport = 7.00.

Prior Desc. série : AORTE IV+ ABDO

100% Pix  
SOMATOM Definition AS+

DFOV 23.5 x 17.7 cm  
< 5-397 >

Visionneus

R

3 cm

14cm

C 1

L 2

20/04/2015

Prior 2

SIEMENS SOMATOM Definition

100kV, 168mAs

SC :500.00 mm

Charlie

100% Pixel

Résolution d'origine

DFOV 39.5 x 39.5 cm

SW 1.00 ms

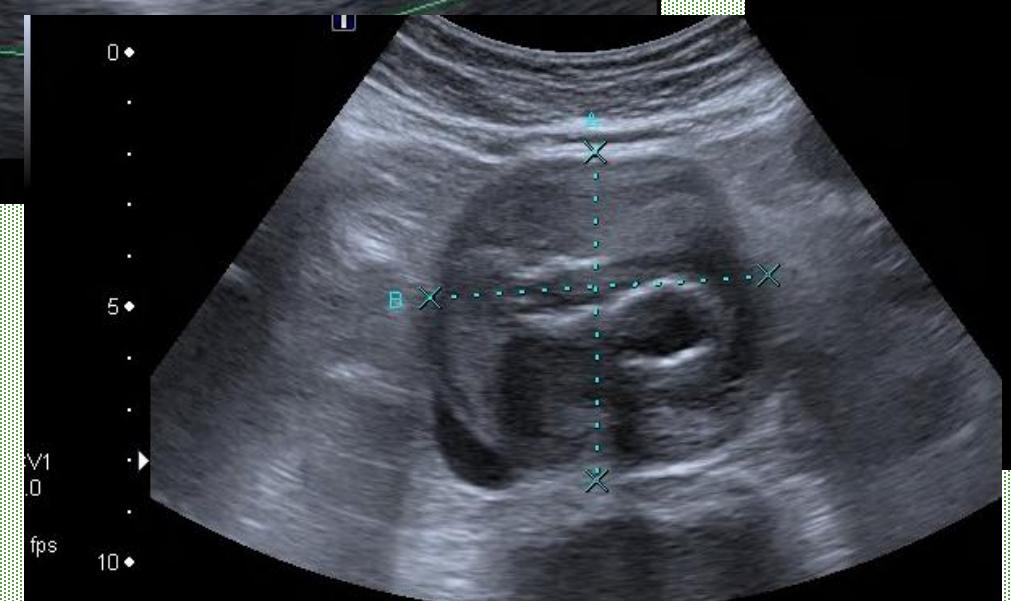
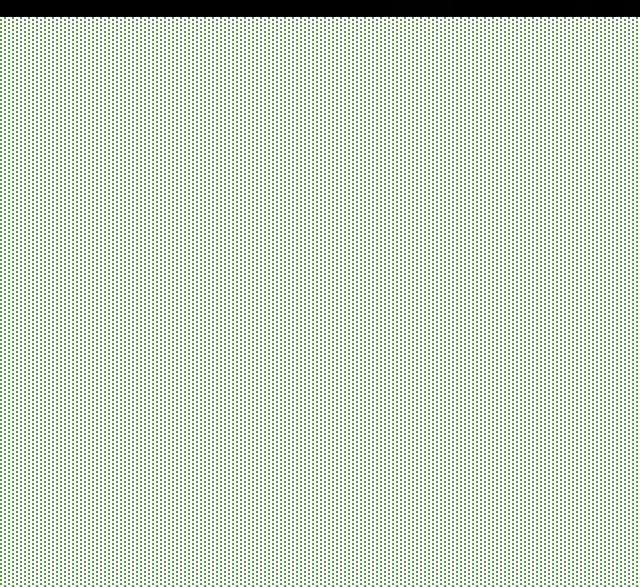
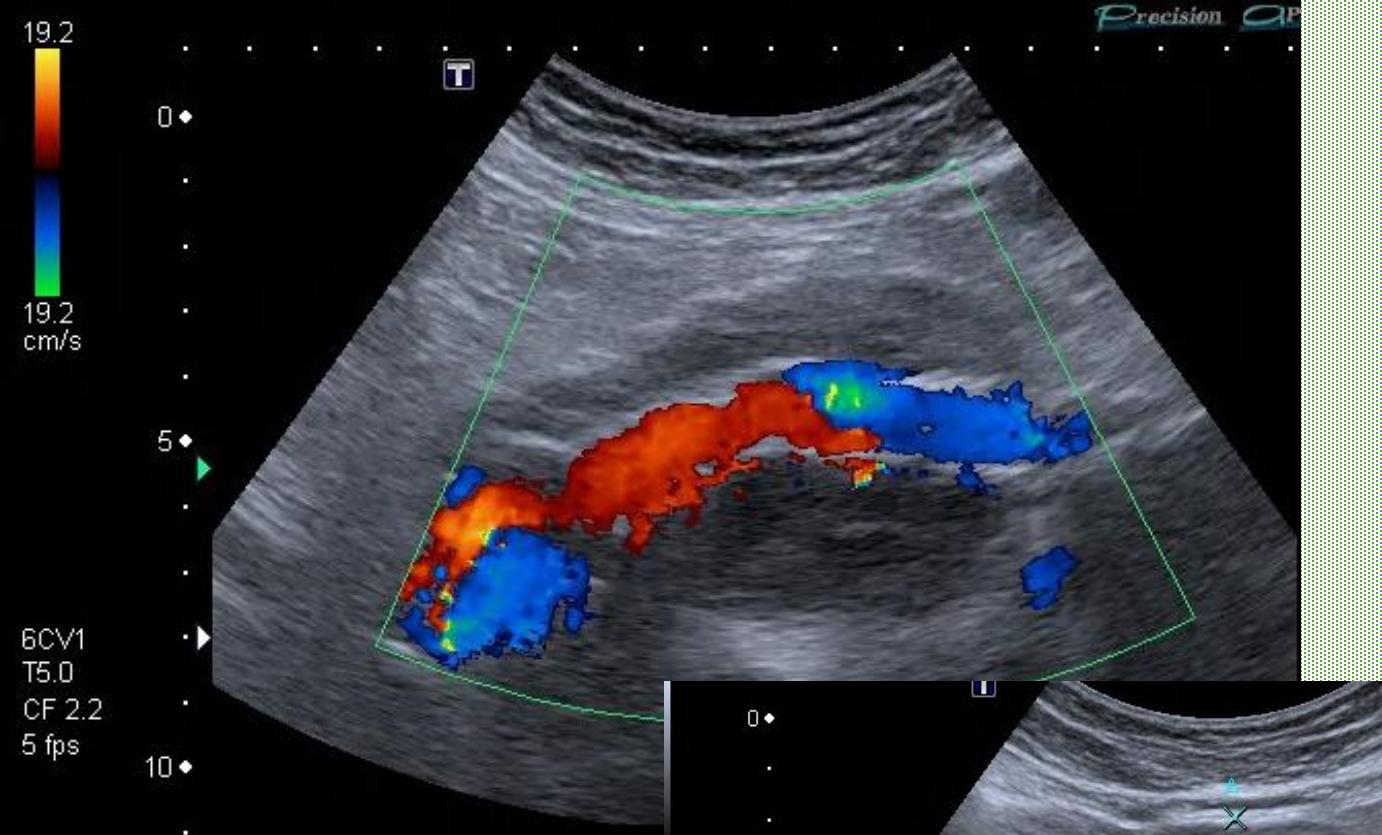
Visionneus

10 cm

C 80

L 700





74A 8M.M.2146482 (ca. 37000) A parties: Rapport = 7.00

Desc. série : RESUME  
SOMATOM Definition AS+  
XENETIX 0:24  
< 701 - 5 RESUME >

26/09/2013

## Prior 1

PHILIPS

FREN 3

100% Pixel

## Resolution d'origine

SON 50 8 x 52 8 cm

3, 32,0 x 32,0 cm

SW 0.77 m<sup>2</sup>

Visinneus

10 cm

## Aorte et Illaque droite

C 193

74A9MM,2146482 (C811:PA0)

<1-3>

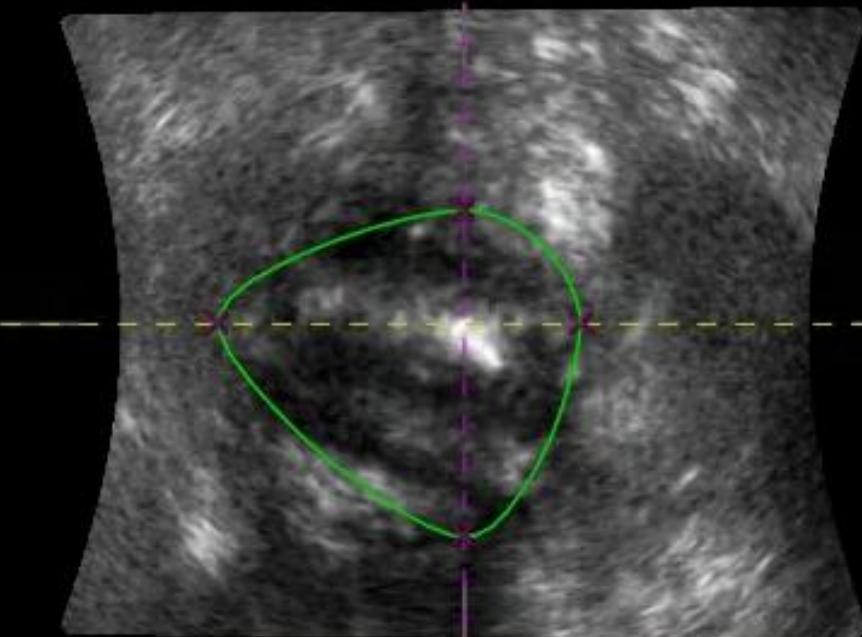
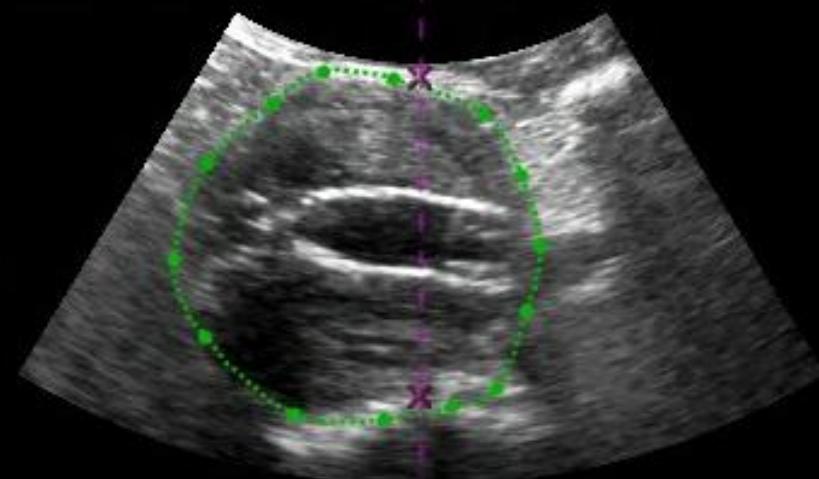
Anevrisme 3D

[ 15/10/2015, 13:38:52 ]

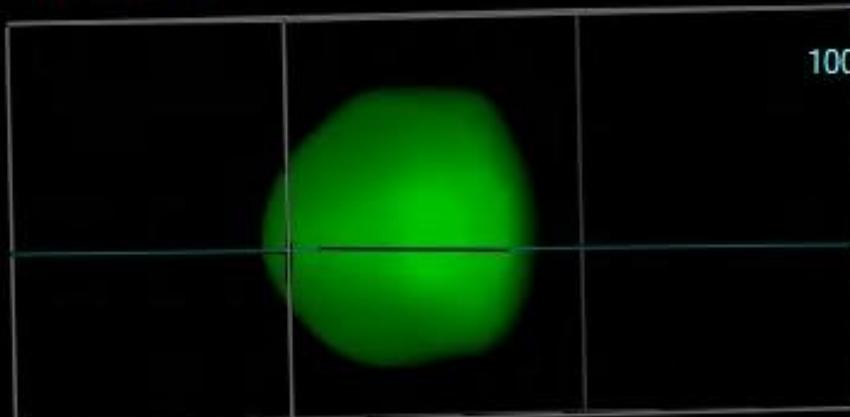
Current

100% Pixel

Résolution d'origine



Volume 146.37 ml



Storing

HDD:54% Free

Raw Memory:#0(0%)



# SURVEILLANCE DES AAA

$\varnothing$  30-39 mm : tous les 24 mois

$\varnothing$  40-45 mm : tous les 12 mois

$\varnothing$  45-50 mm : tous les 6 mois

$\varnothing$  >50 mm : tous les 3 mois

*selon les recommandations de l'ESVS (European Society for Vascular Surgery, 2011)*

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**