

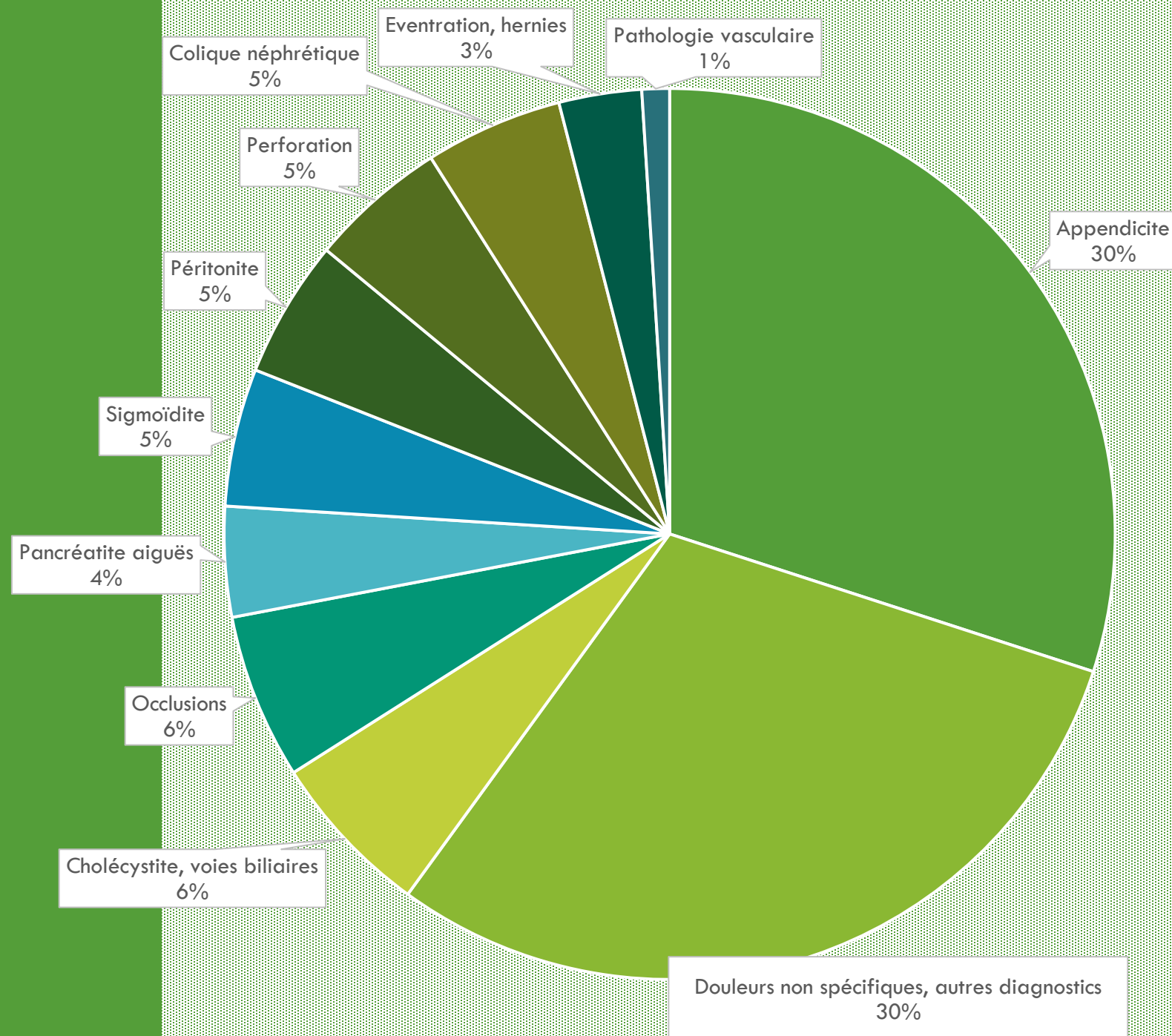
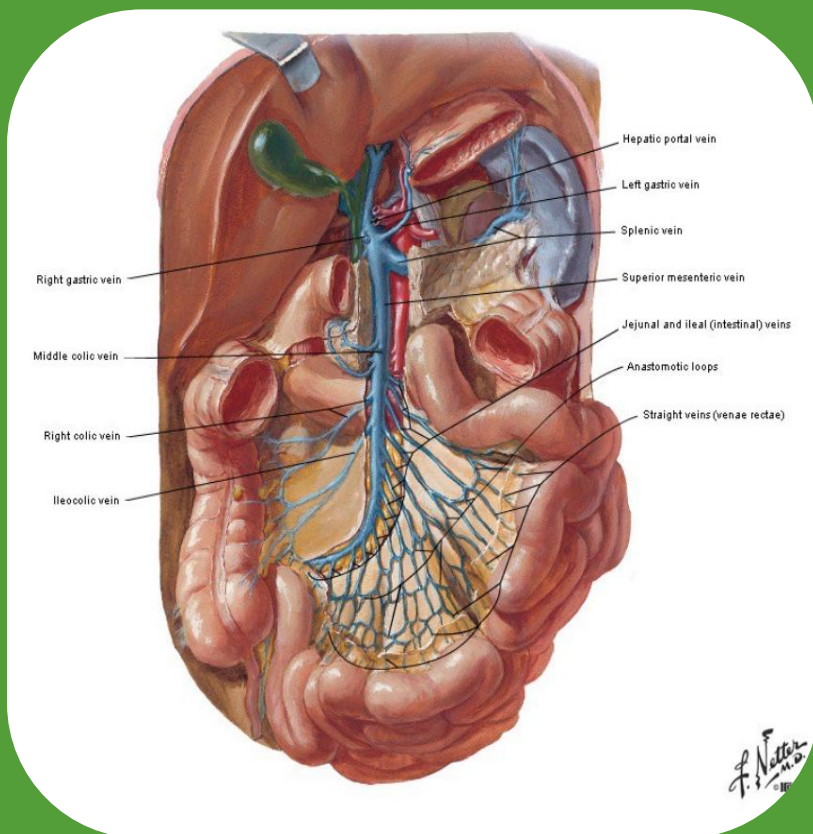
ABDOMEN NON TRAUMATIQUE

D.I.U. TUSAR – Région Ouest

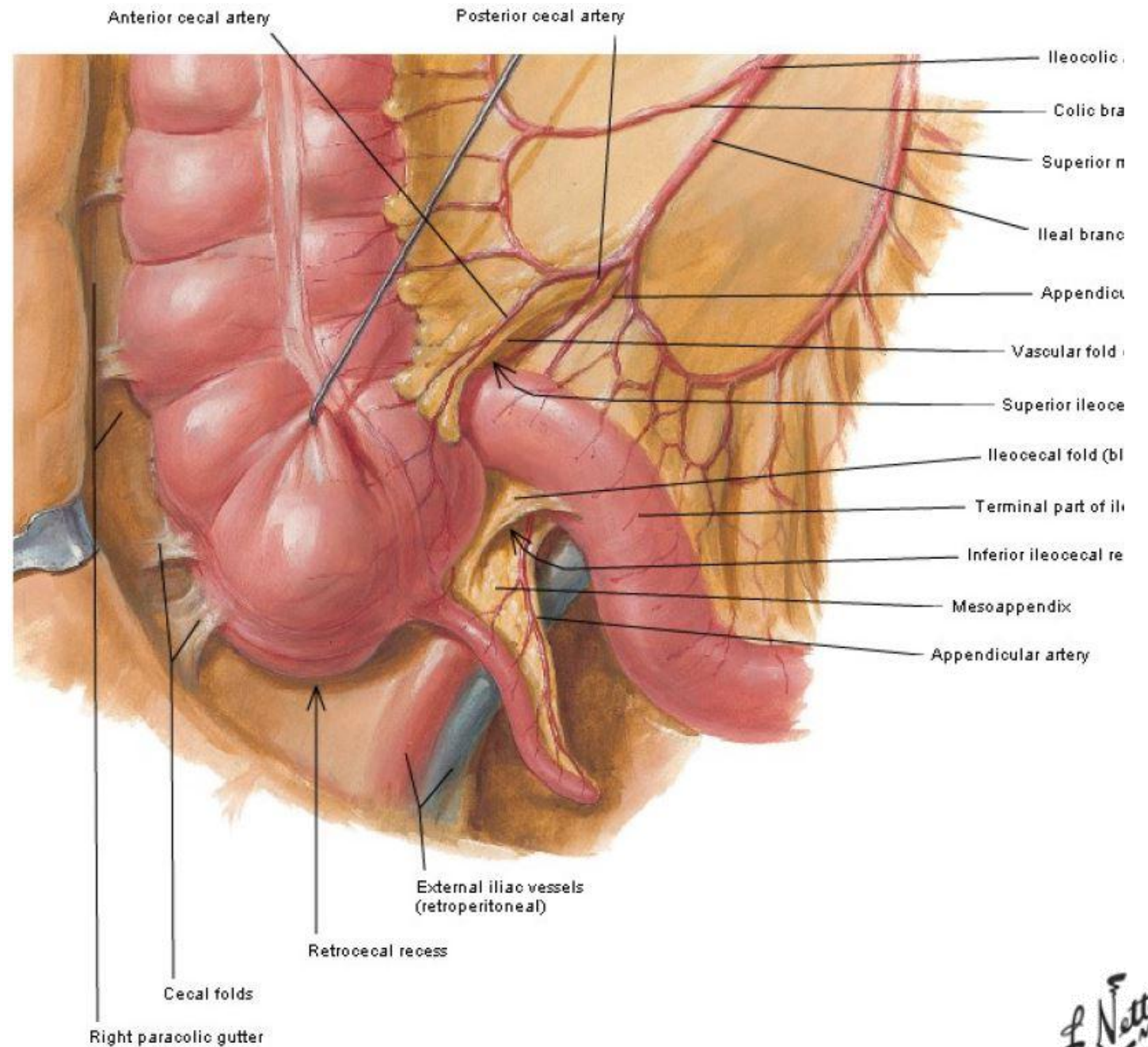
Dr Corneliu Gradinaru

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

SYNDROMES DOULOUREUX ABDOMINAUX



APPENDICITE



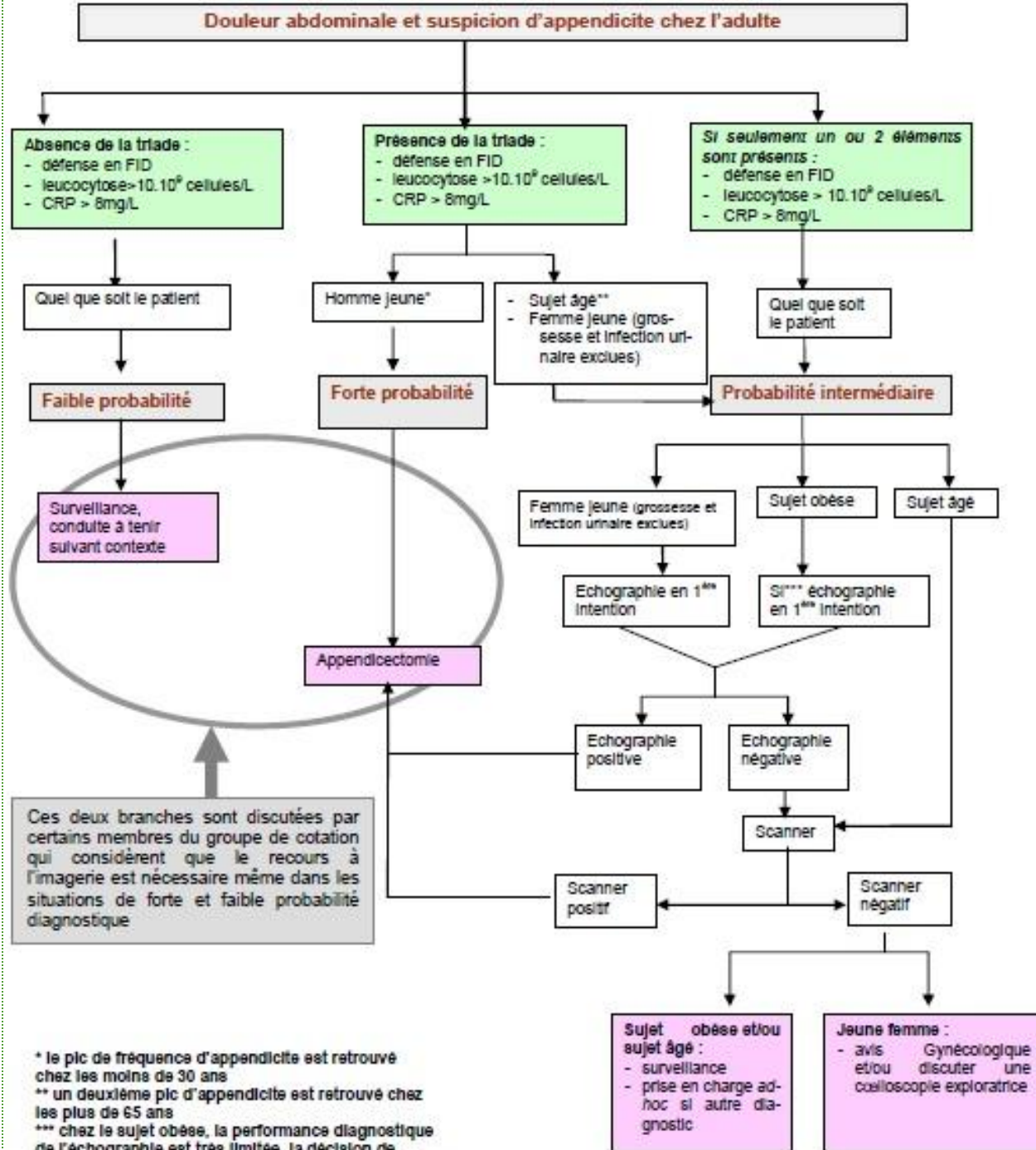
EPIDEMIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE

- **Incidence:** 1,4 / 1 000 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

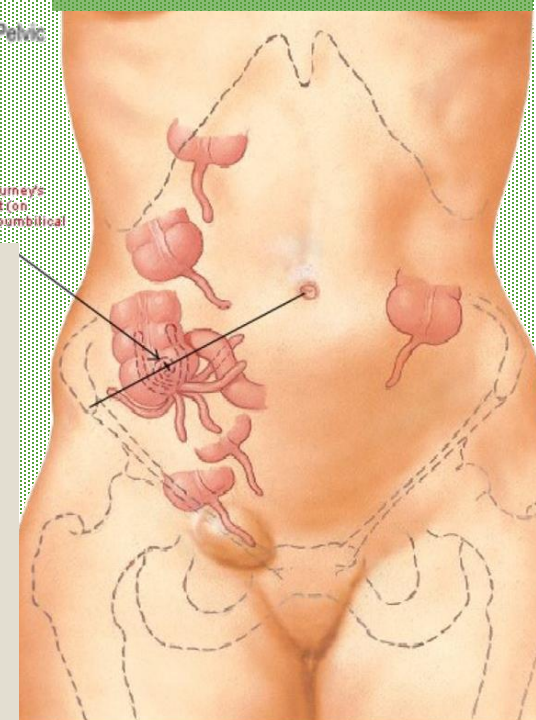
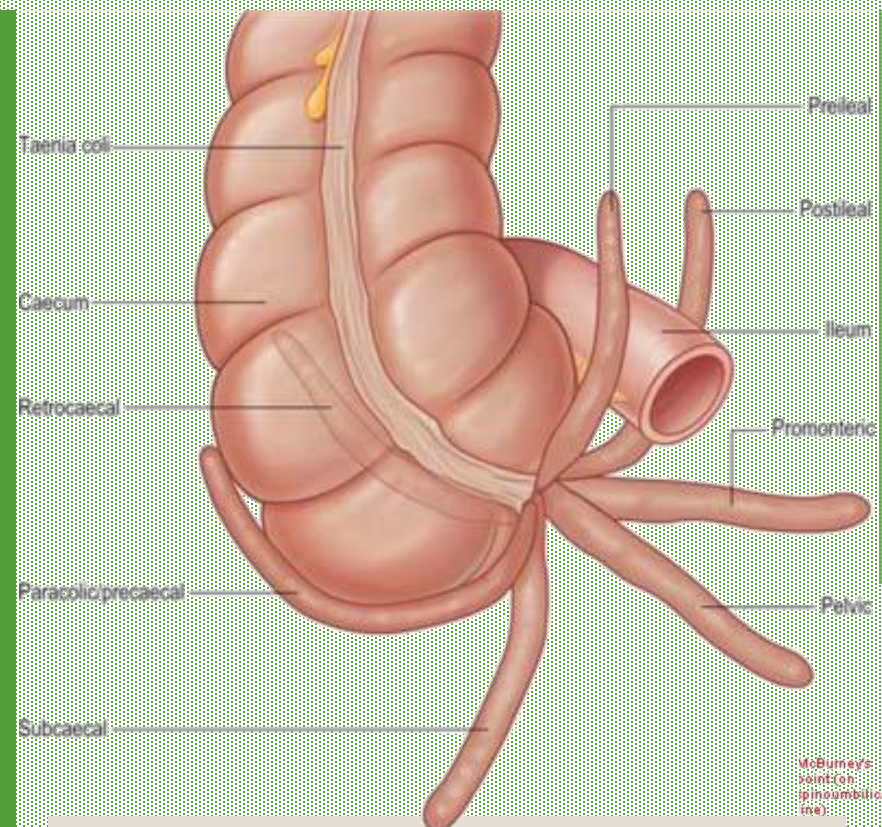
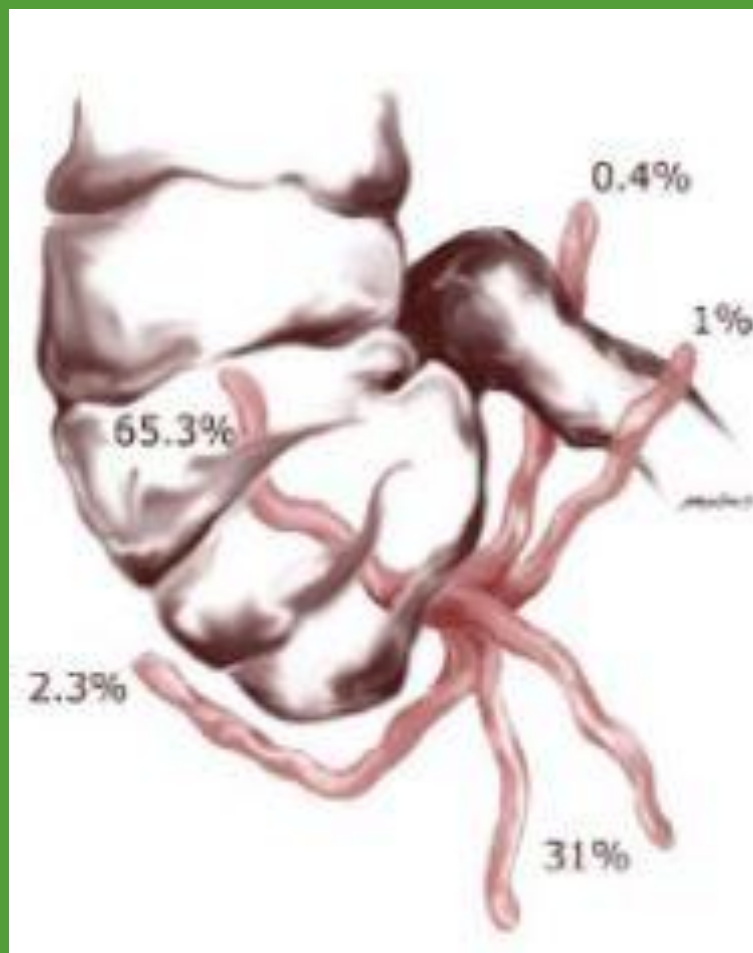
Scanner: sensibilité entre 0,91 et 0,94 et pour la spécificité entre 0,90 et 0,96

EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE

TECHNIQUE

- **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

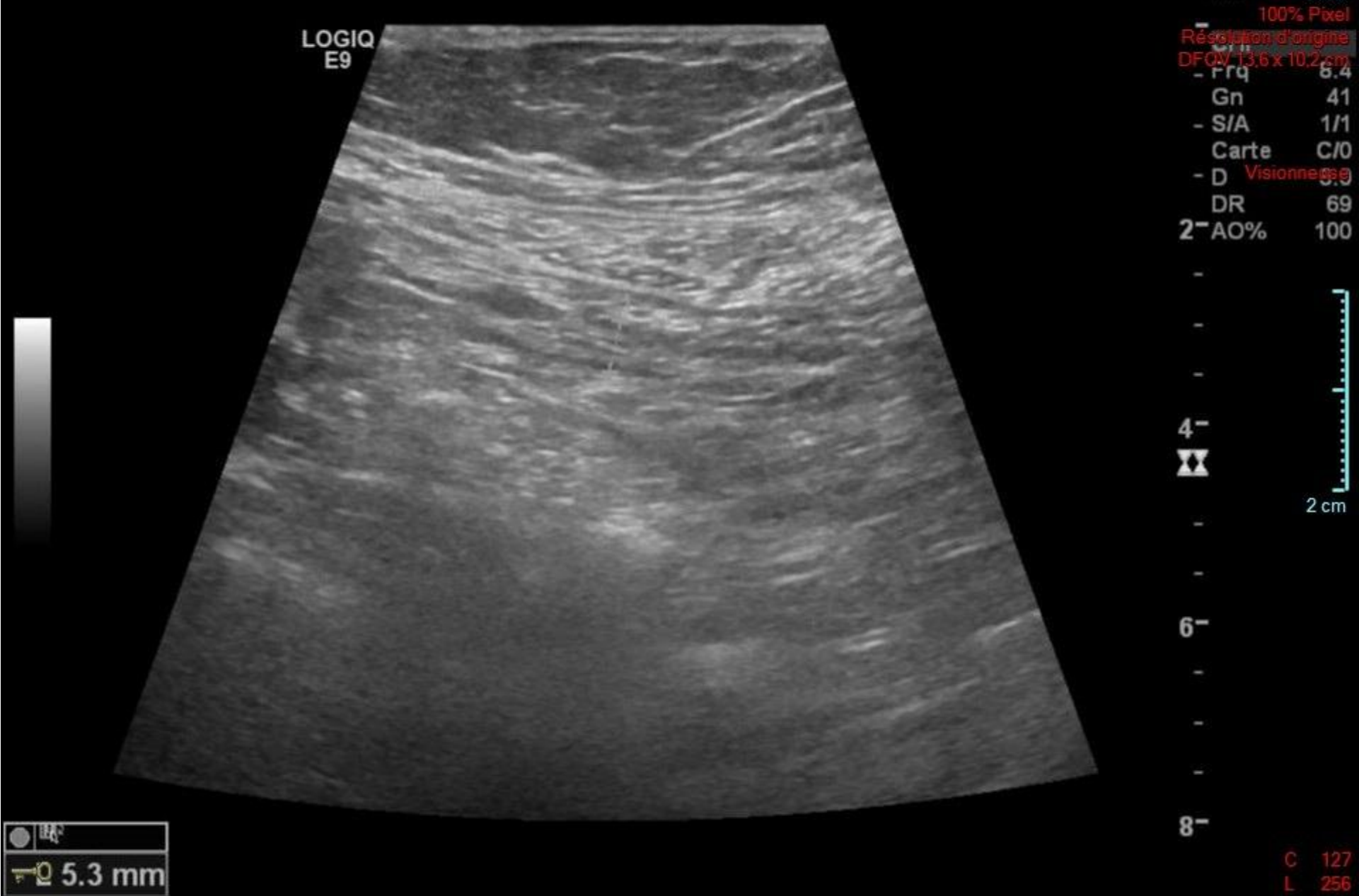
Structures péri-appendiculaires

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**



B
Gén/CI/H
M 2/65 dB/Moy
T 1480 m/s
SC/SR 3
G 31 %
CI 40 Hz

Z 110 %

+Dist

1.09 cm

CI: 683/683

PATAT*FrÃ©dÃ©ric
100% Pixel
Résolution d'origine

B
Gén/CI/H
M 2/65 dB/Faible
T 1480 m/s
SC/SR 3
G 39 %
CI 15 Hz

CFI
Gén/Moy
Arrêt/FP Faible
M 5/P Moy
Echelle 4 cm/s
S 2
G 82 %

Z 110 %

CI: 28/30

PATAT*FrÃ©dÃ©ric
100% Pixel
Résolution d'origine

-4.0
cm/s

1 cm

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 11 000 /mm³*
 - *CRP 15 mg/l*
 - ECBU négatif



Tours

32A 2M F 778259 (csus37000)

Desc. Série : Abdomen/GYN/Abdominal Vascular

<1-36>

GRADINARU Corneliu

Né(e) le : 1985 Age : 32ans

ID :

20/05/2017 09:12:12

20/05/2017 19:21:12

MI 1.6

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 %

+Dist
XDist

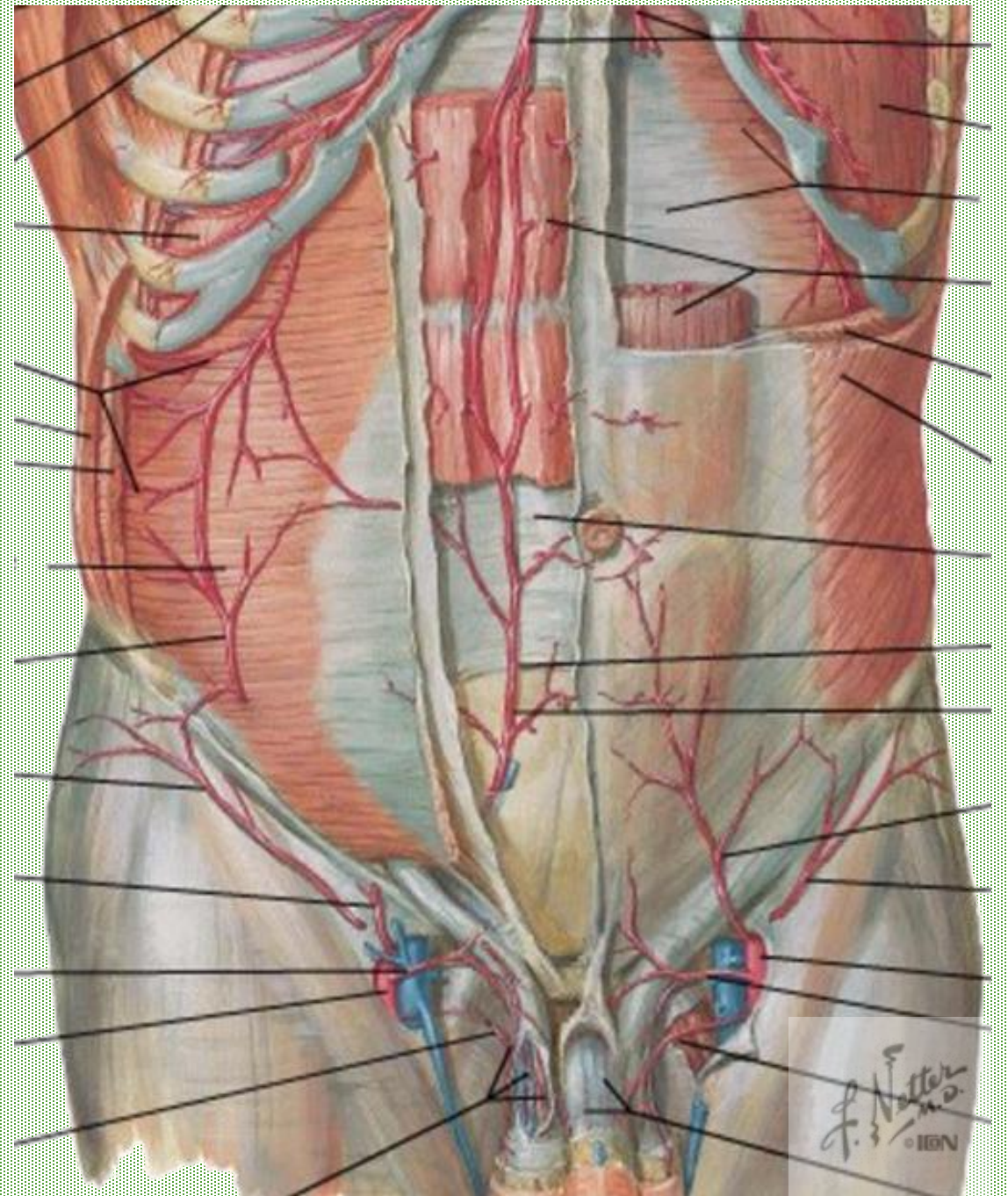
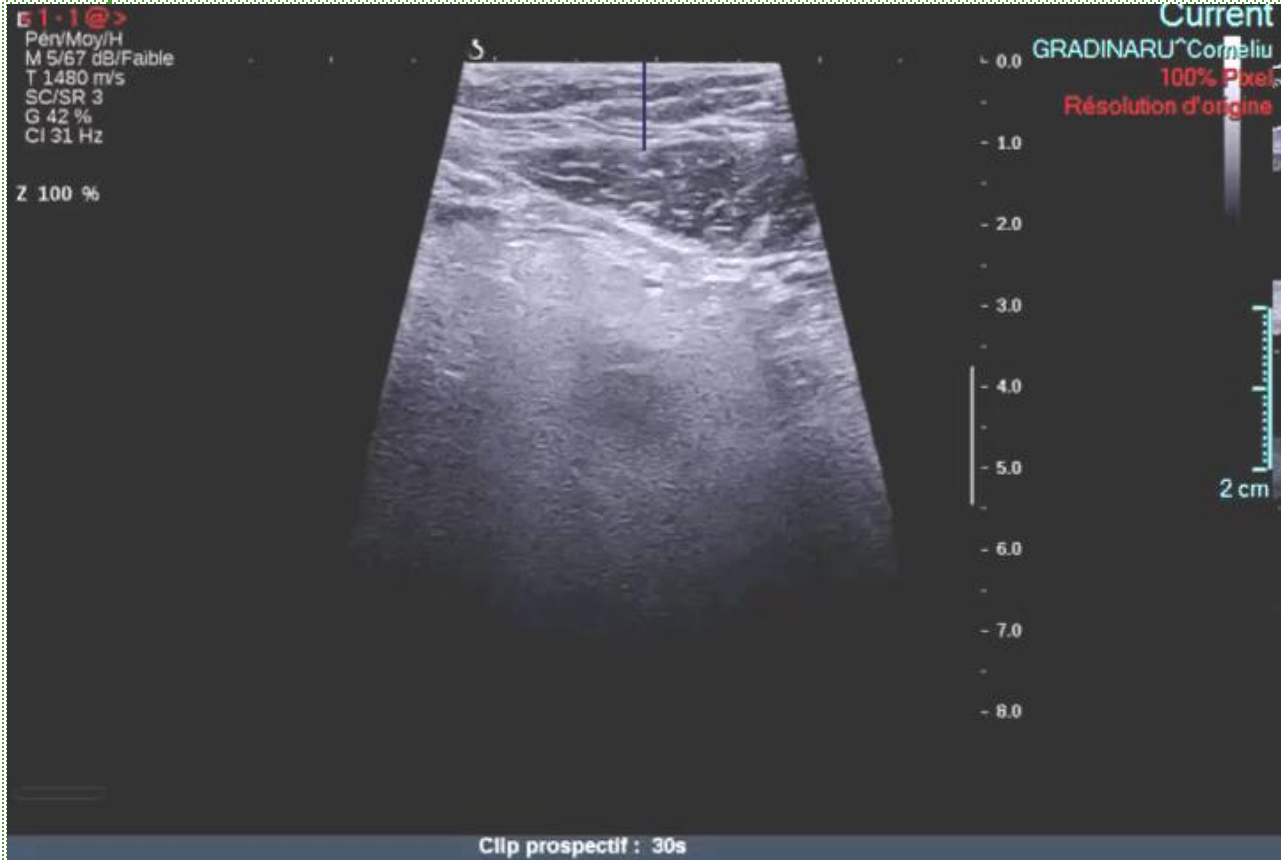
1.12 cm
1.15 cm

2 cm

APPENDICE

7.1

CI: 165/170



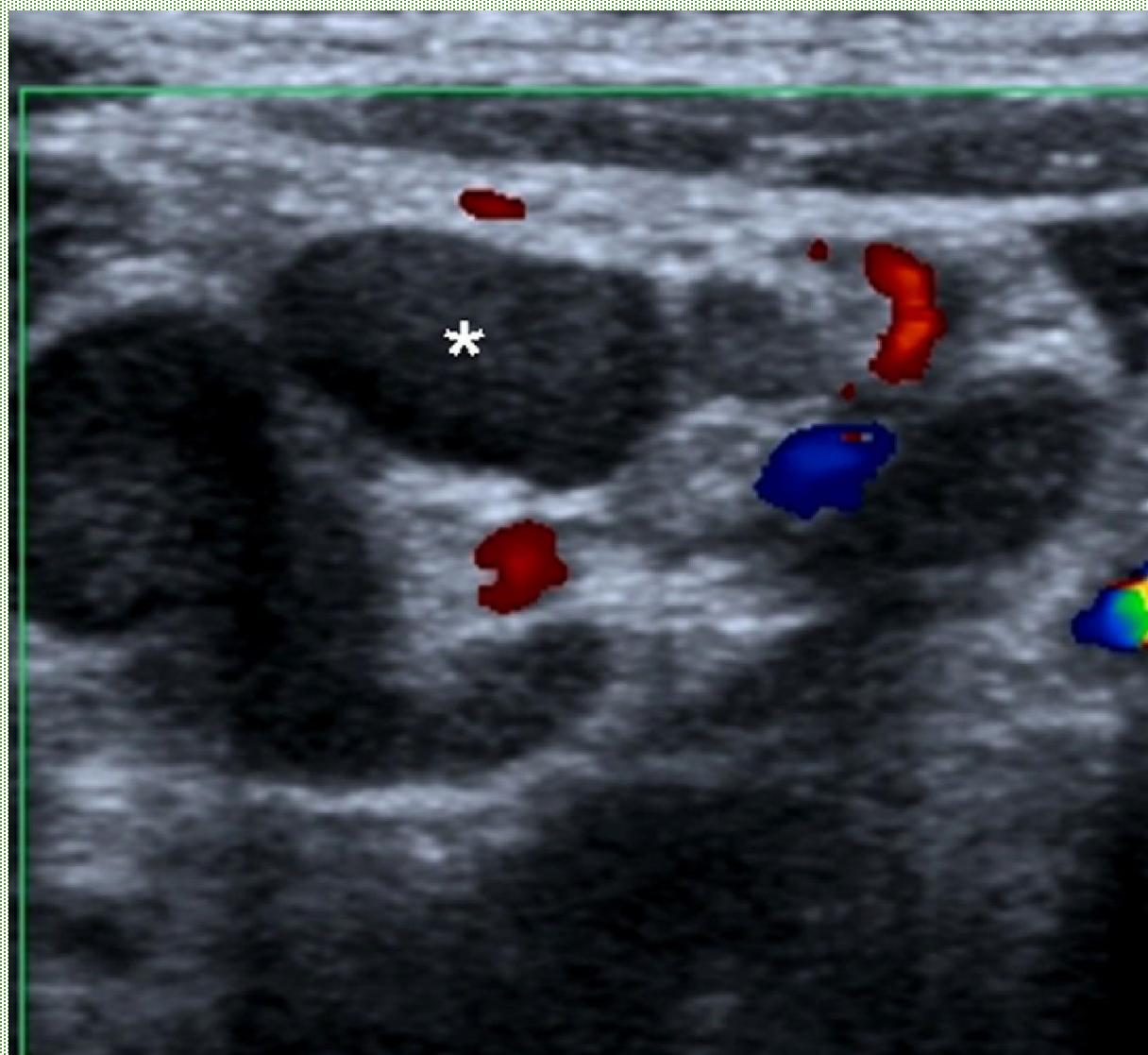
CAS CLINIQUE 1

- 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 11 000 /mm³*
 - *CRP 15 mg/l*
 - ECBU négatif
- Diagnostic échographique:

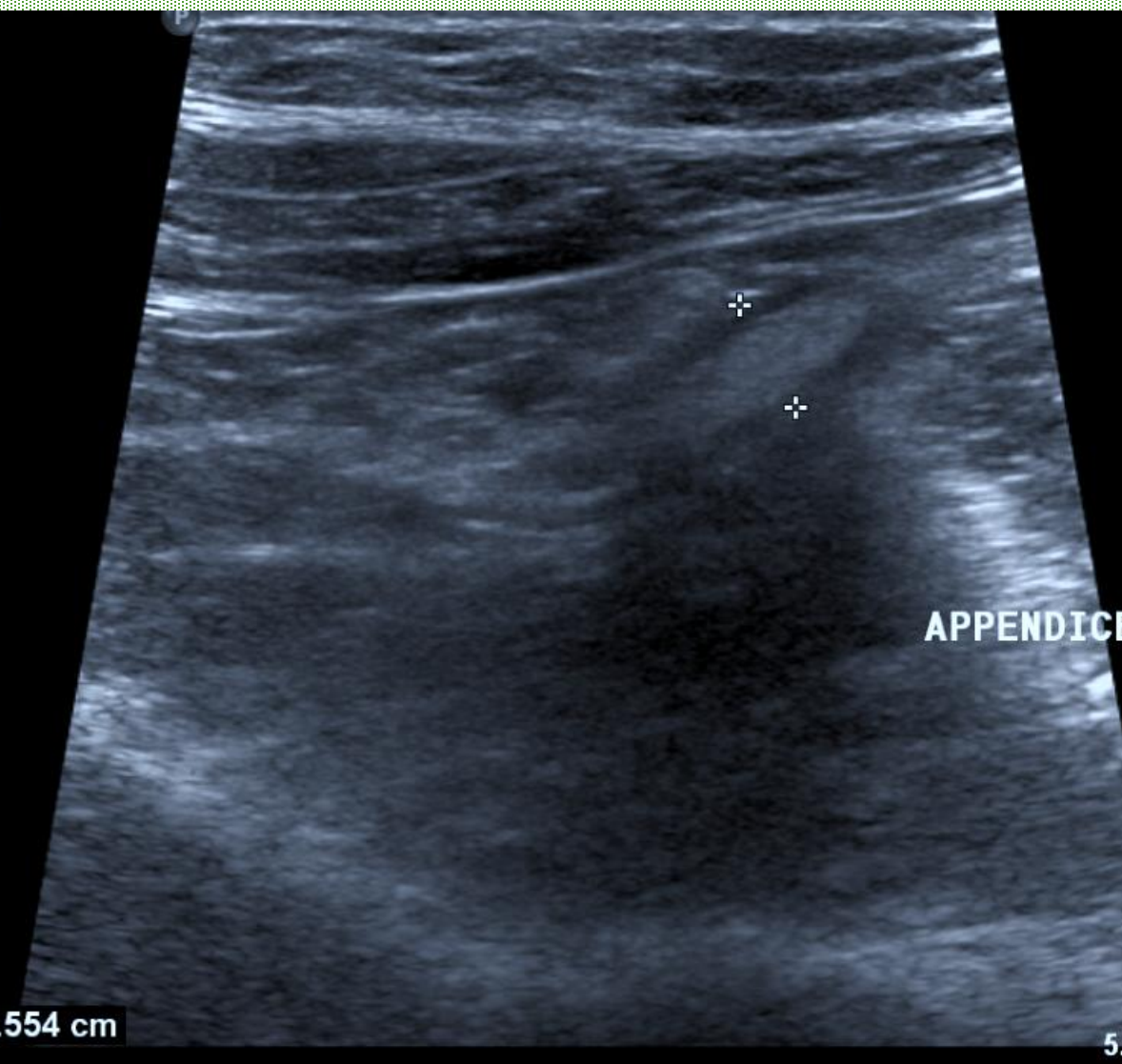
Appendicite aiguë

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 $12000 /mm^3$
 - 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 11 000 /mm³*
 - *CRP 50 mg/l*
 - ECBU négatif

Né

/1998

ECHO DOPPLER ...

ECHO DOPPLER TEG1 CHU TROUSSEAU

App gen
Desc: série: Abdo Pelvienne (Ec.)
<1.59 (TOUT)>

C5-1
53Hz
RS

2D
62%
R Dyn 55
P Bas
HRés

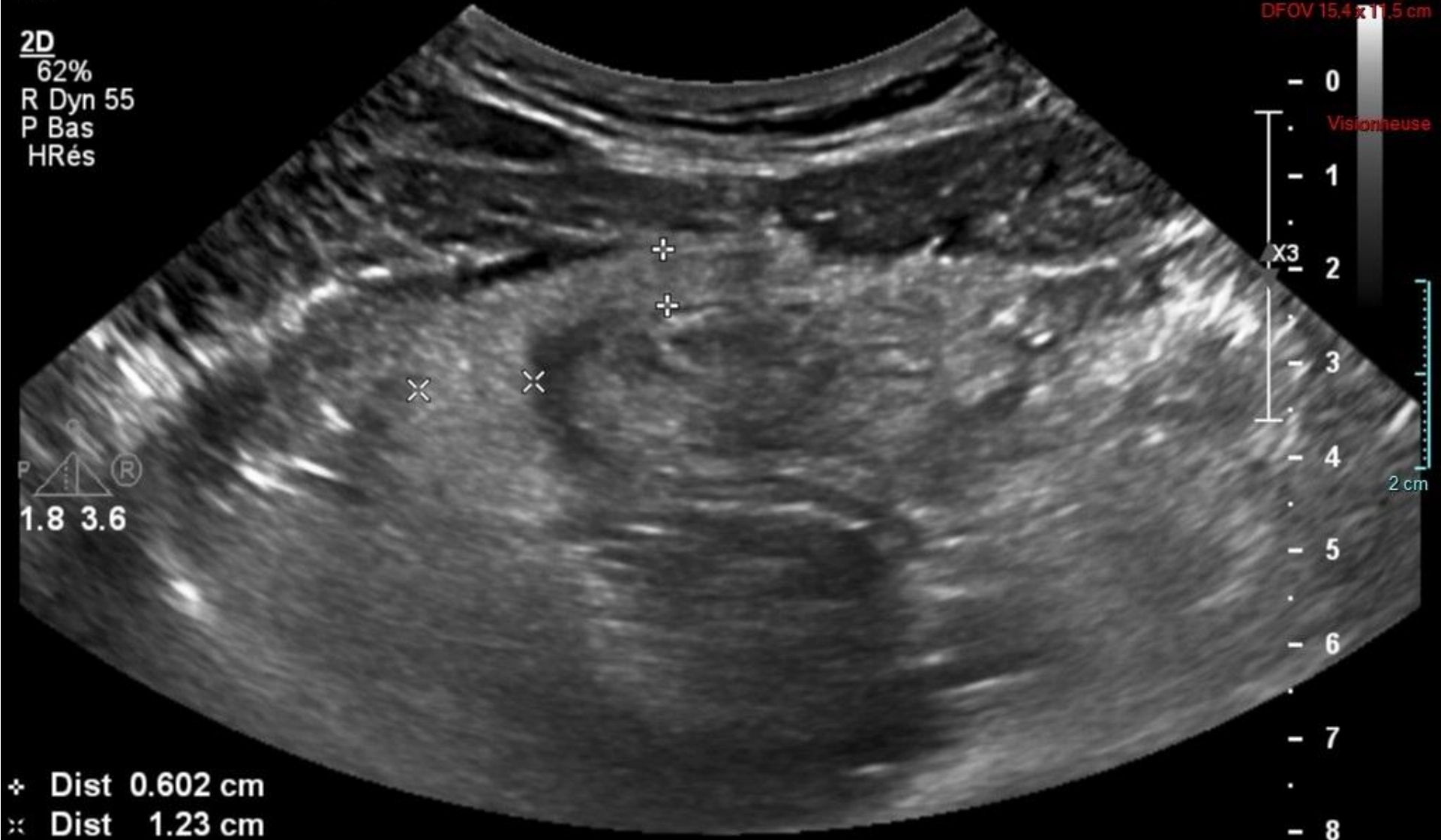
[20/05/2017 11:28:26]

Current

GRADINARU, Corneliu

100% Pixel

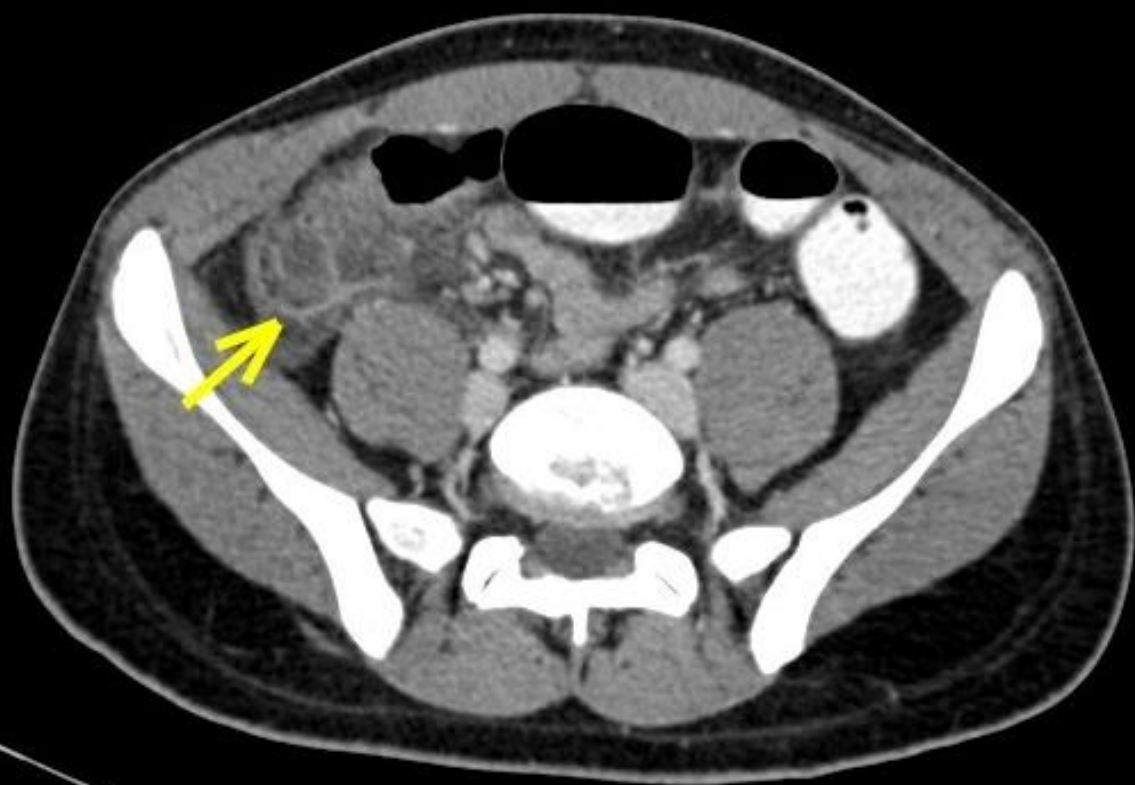
Résolution d'origine
DFOV 15,4 x 11,5 cm



✦ Dist 0.602 cm
✕ Dist 1.23 cm

FID

C 127
L 254

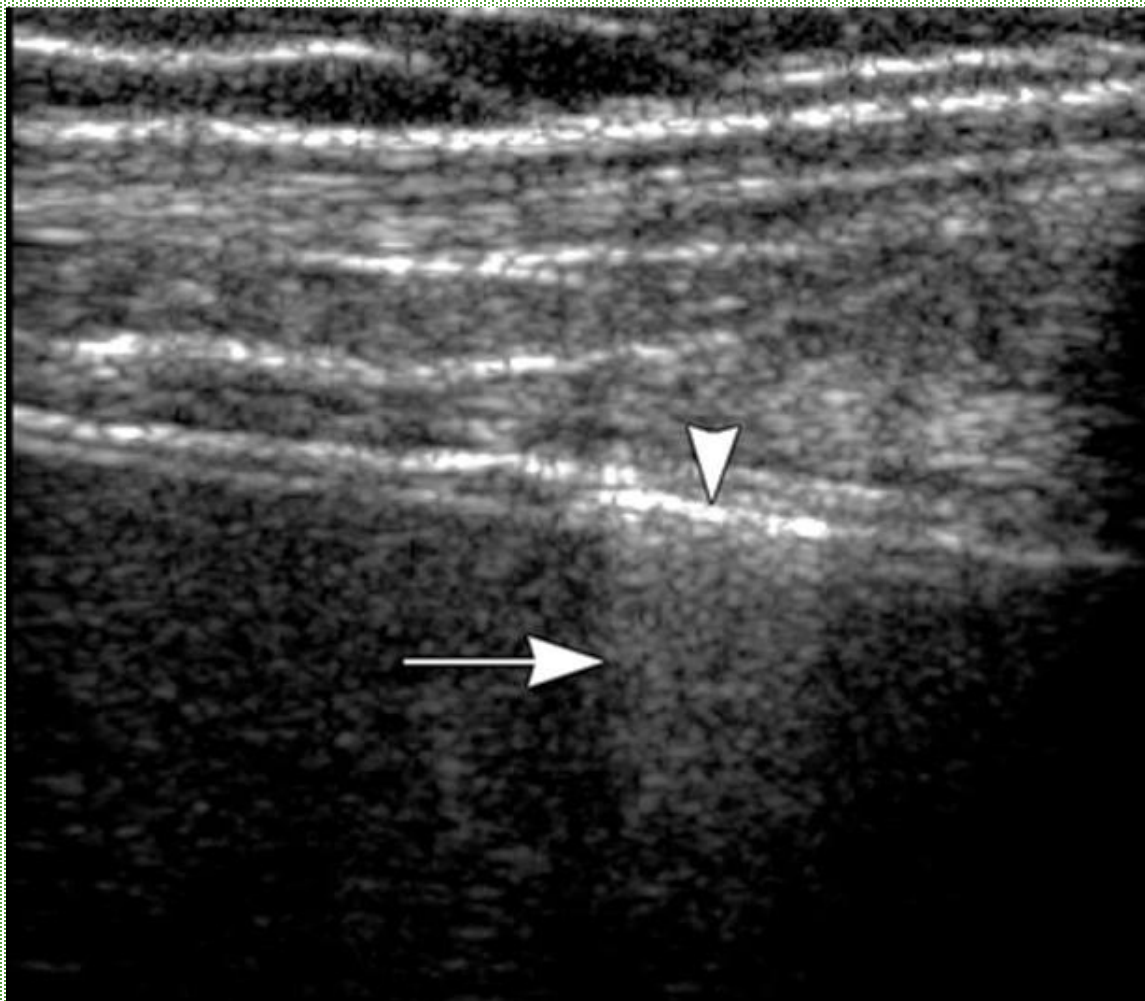


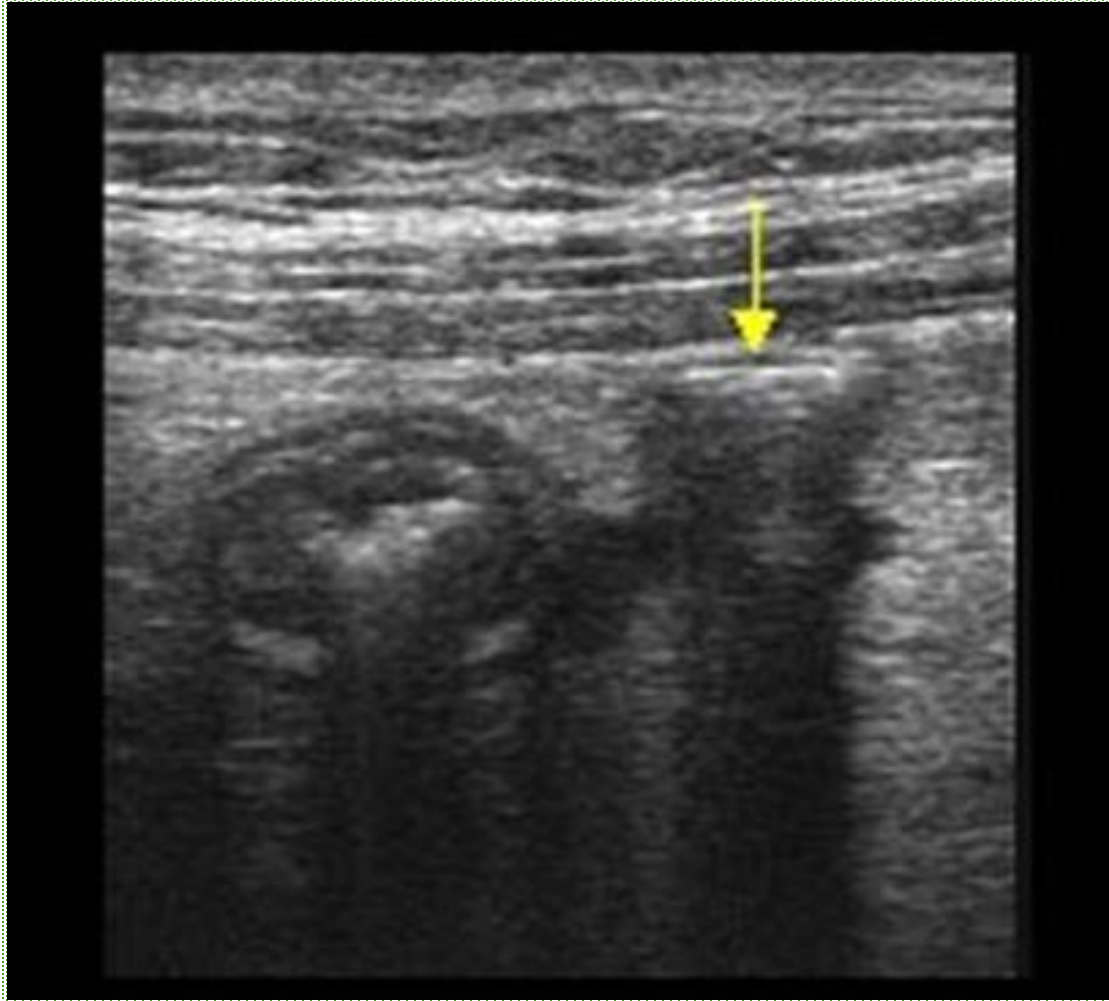
CAS CLINIQUE 3

- 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 $11\,000 /mm^3$
 - 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 /mm³
 - CRP 25 mg/l



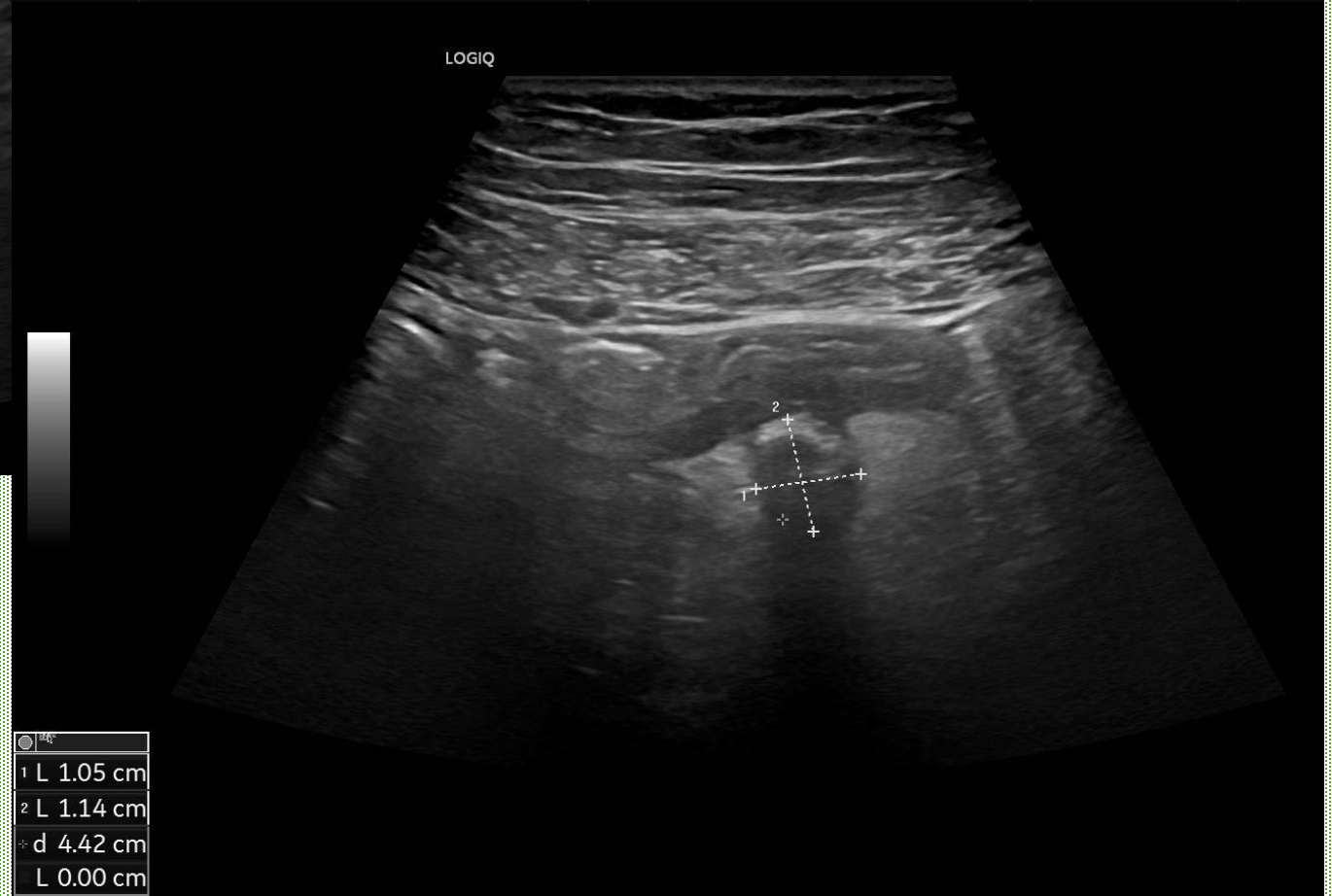
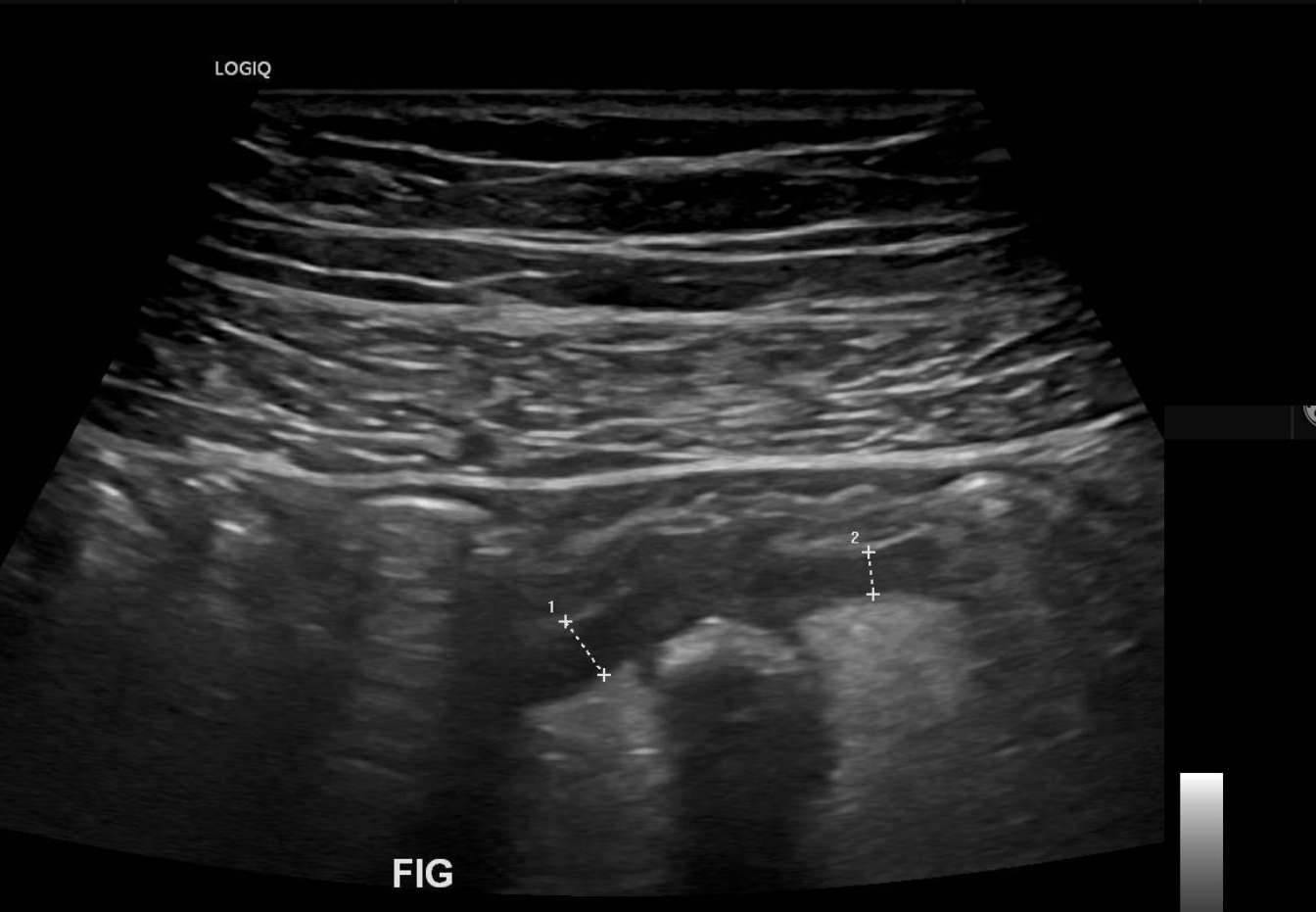


CAS CLINIQUE 4

- 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 /mm³, 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 /mm³
 - CRP 45 mg/l





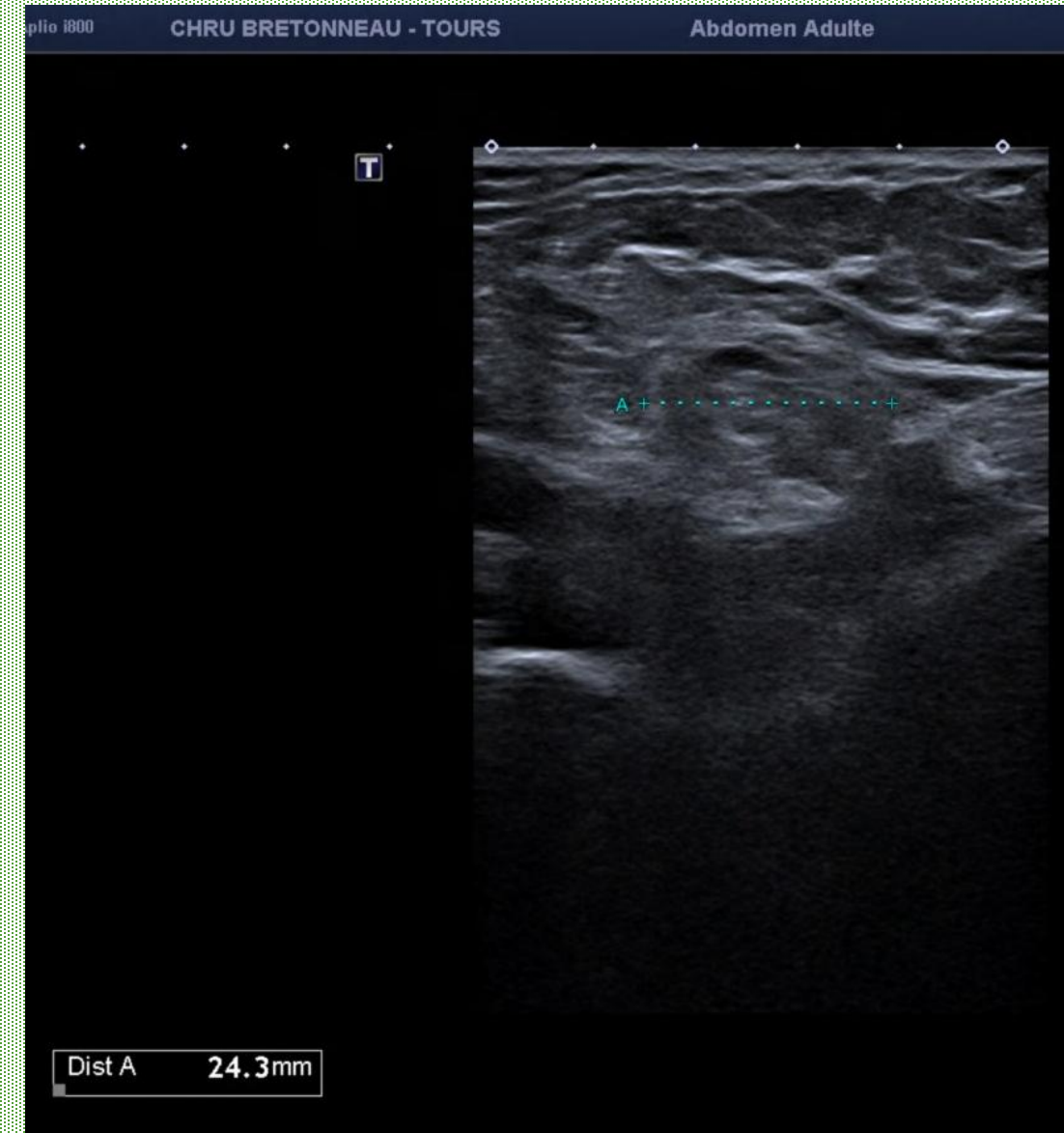
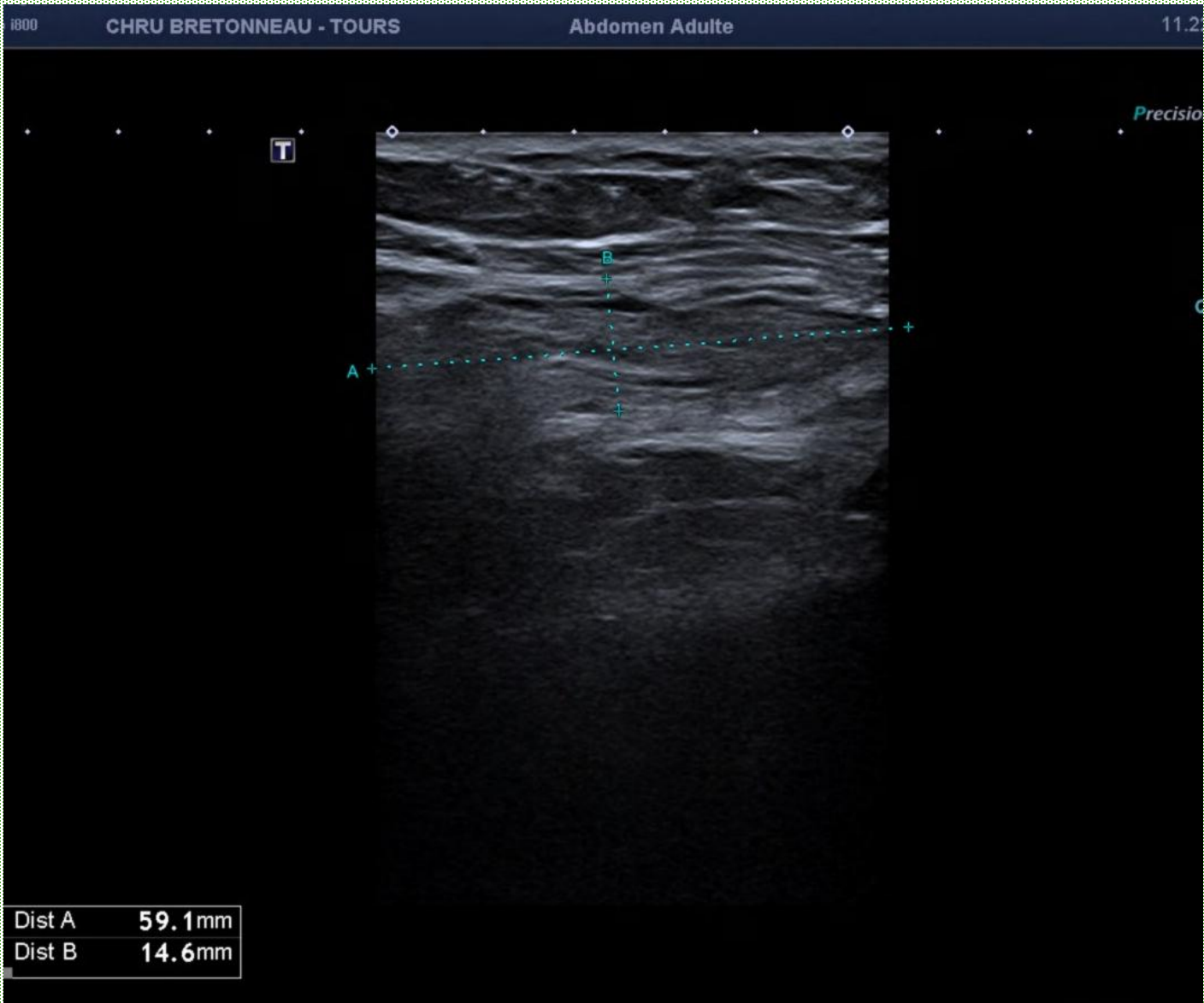
CAS CLINIQUE 5

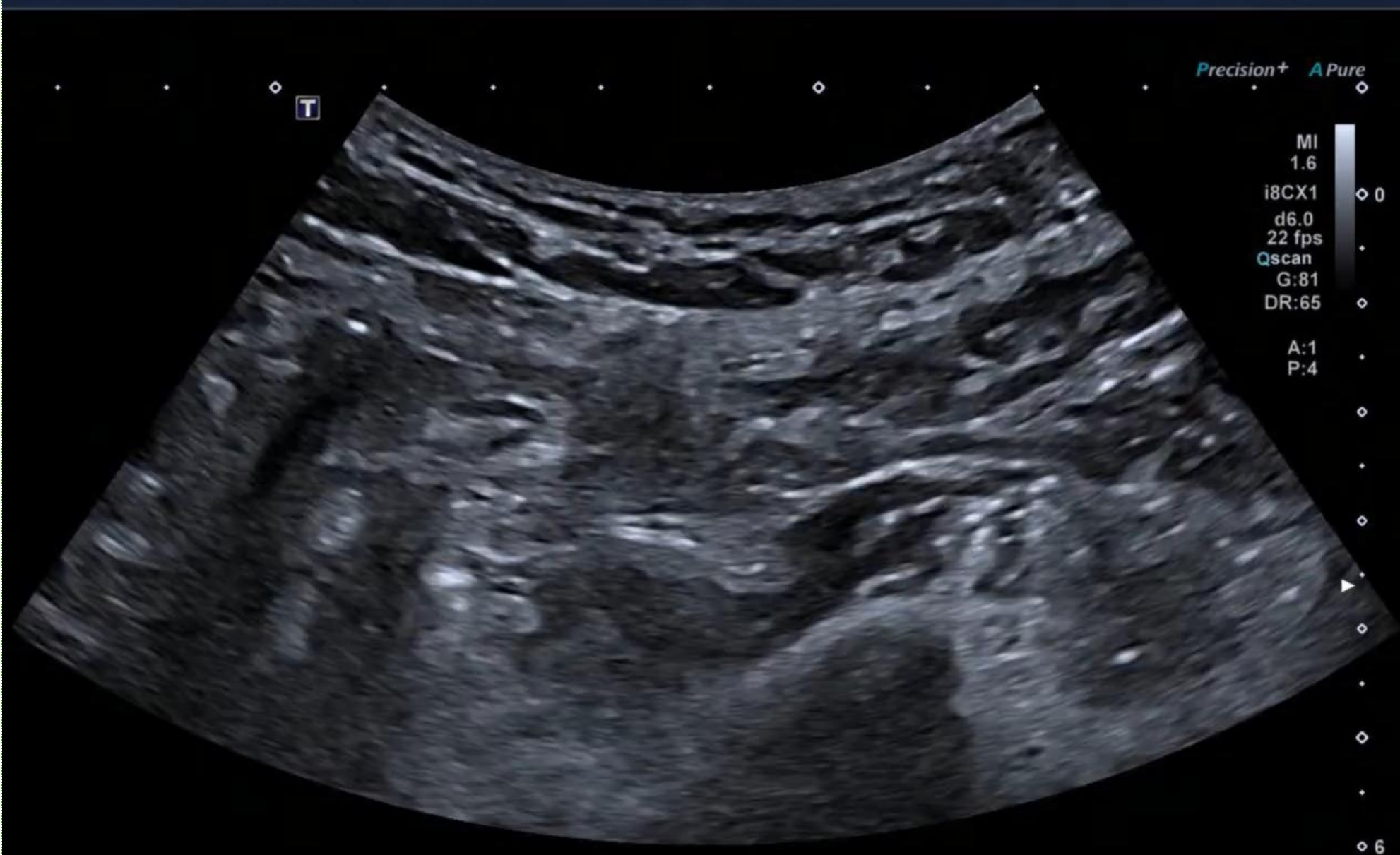
- M. D âgé de 56 ans
- Douleur abdominale d'évolution insidieuse depuis 5 jours, d'aggravation rapide depuis 24 h en FIG
- Ex. clinique:
 - Subfébrile
 - Douleur abdominale sans défense
- Bilan biologique:
 - Leucocytose à 15000 /mm³
 - CRP 45 mg/l
- Diagnostic échographique:

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 /mm³, CRP 10 mg/l

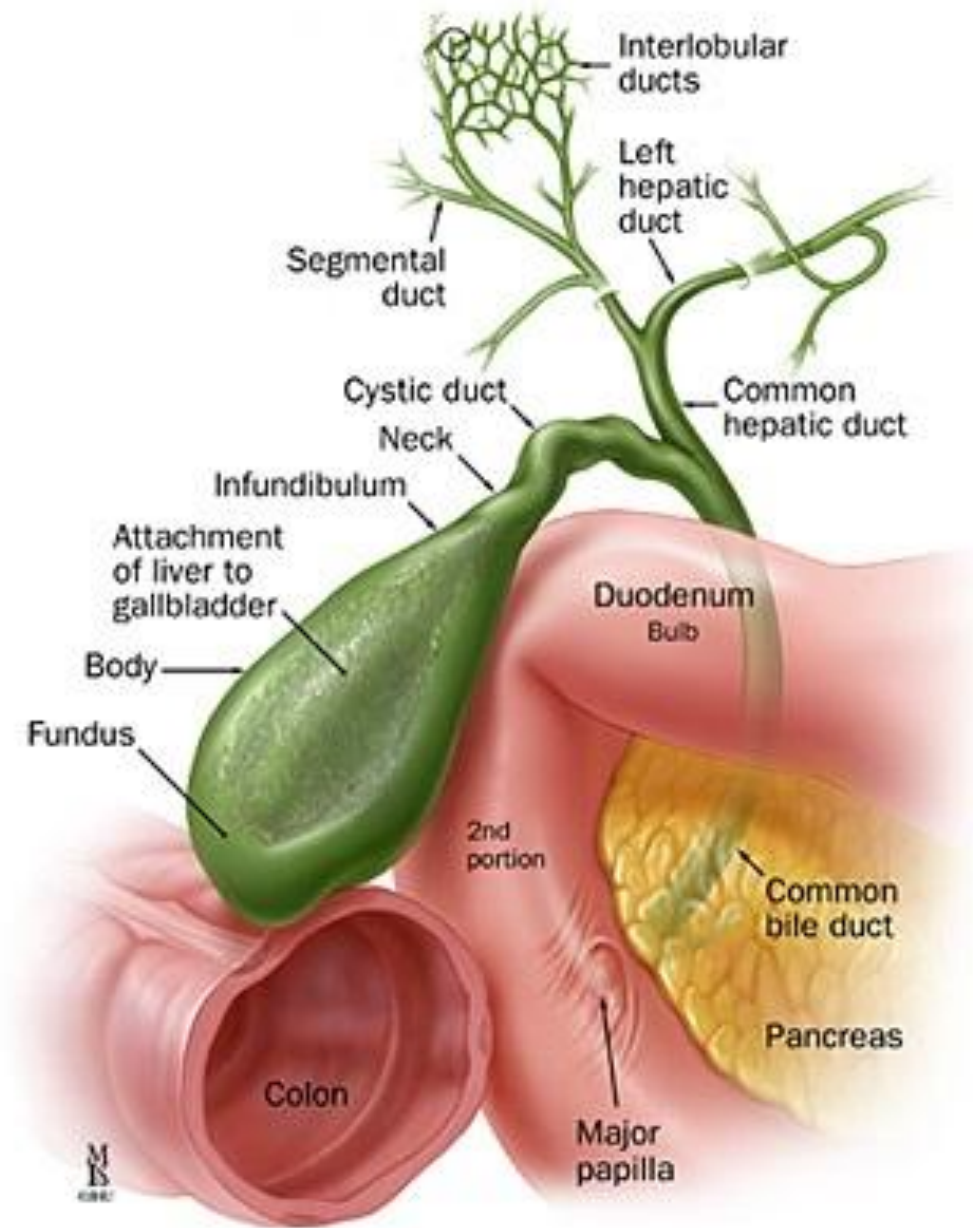




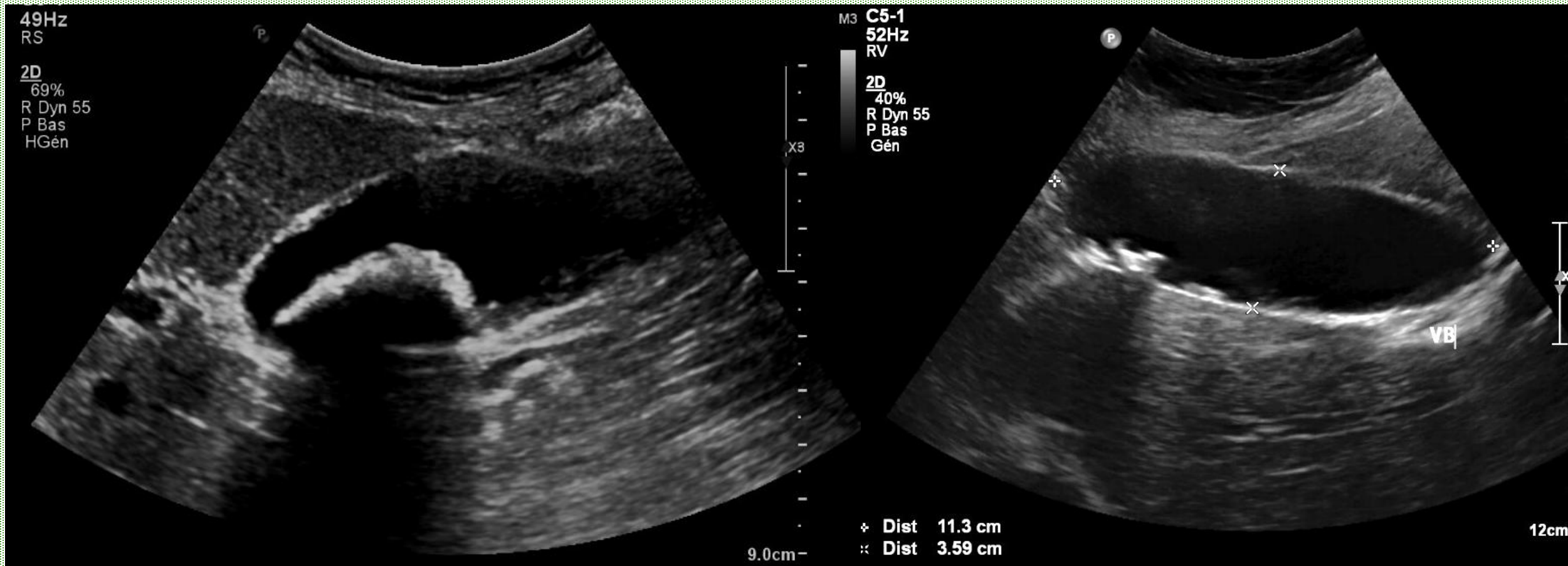
CAS CLINIQUE 6

- 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 /mm³, CRP 10 mg/l
- Diagnostic échographique:
**Hernie inguinale indirecte réductible
(à contenu intestinal)**

PATHOLOGIE VESICULAIRE



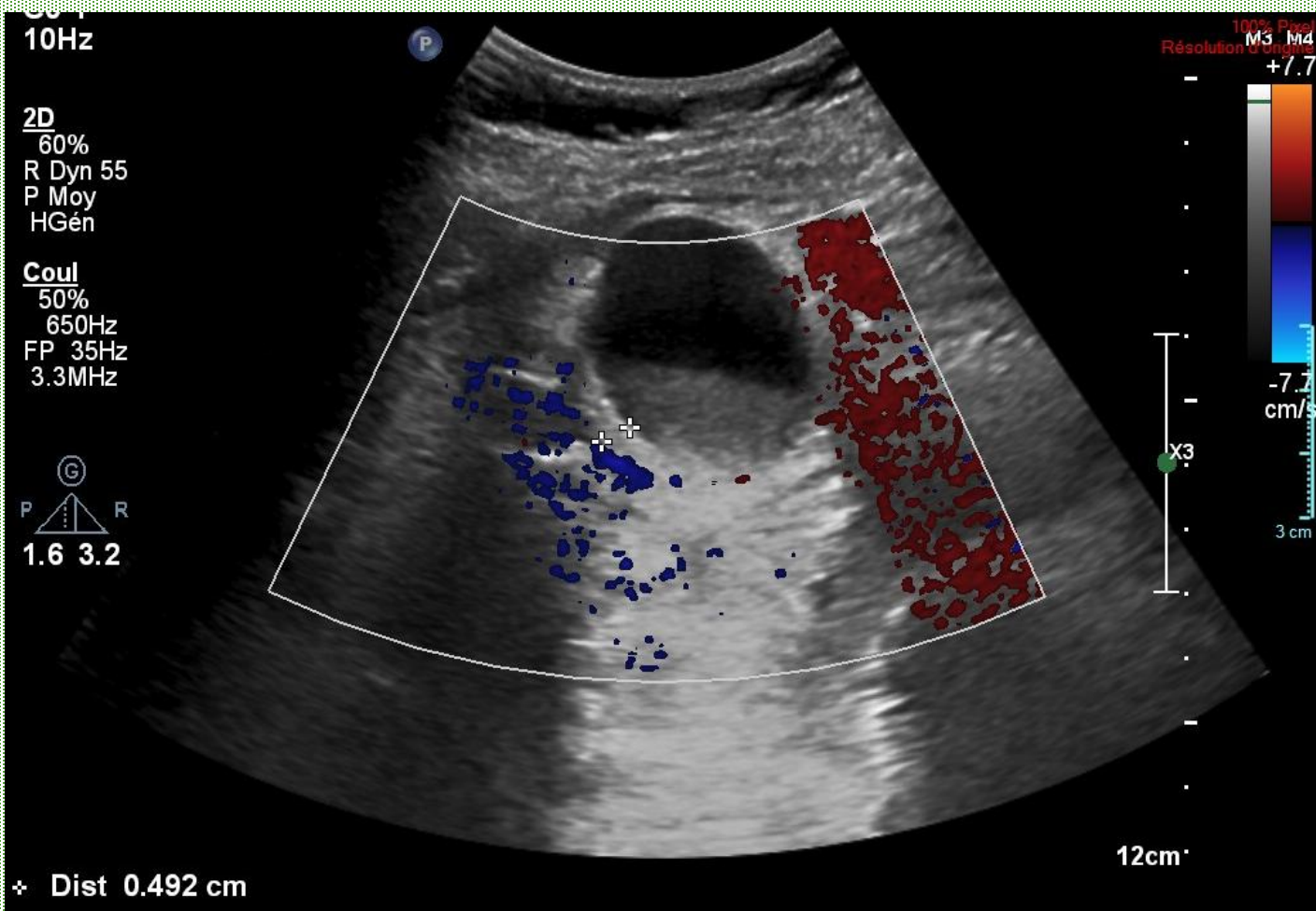
LITHIASSE BILIAIRE



Macrocalcul

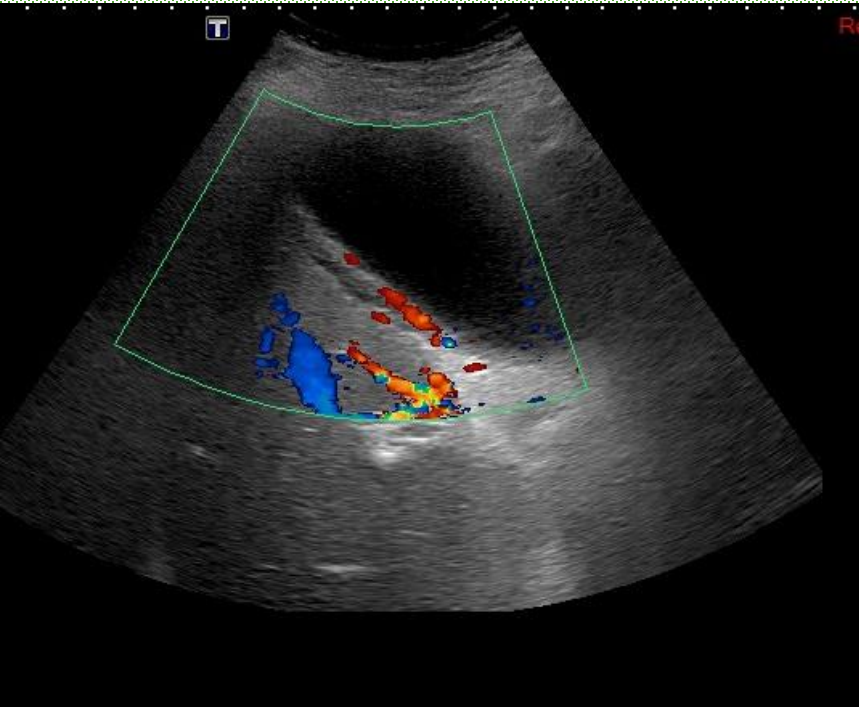
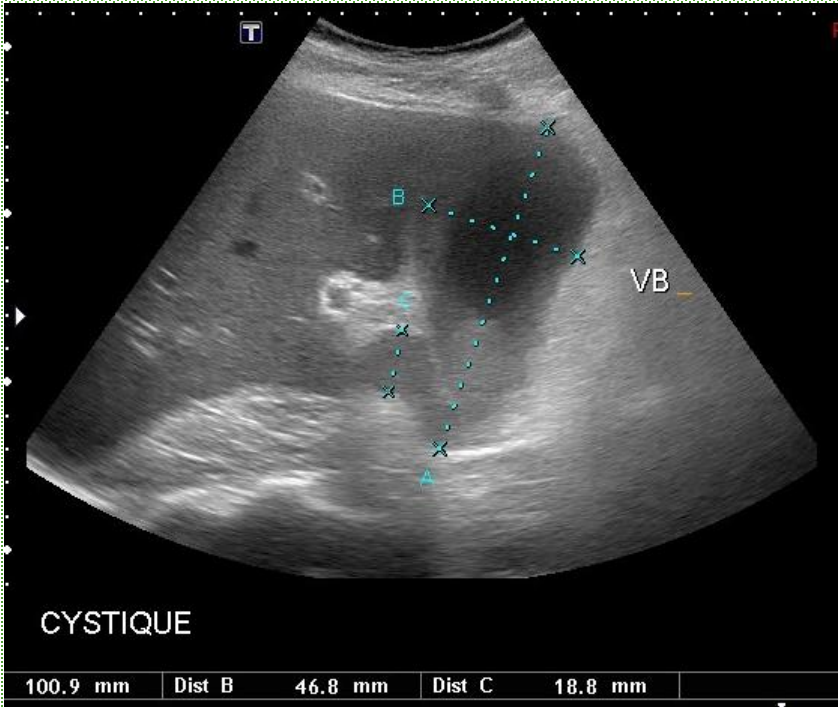
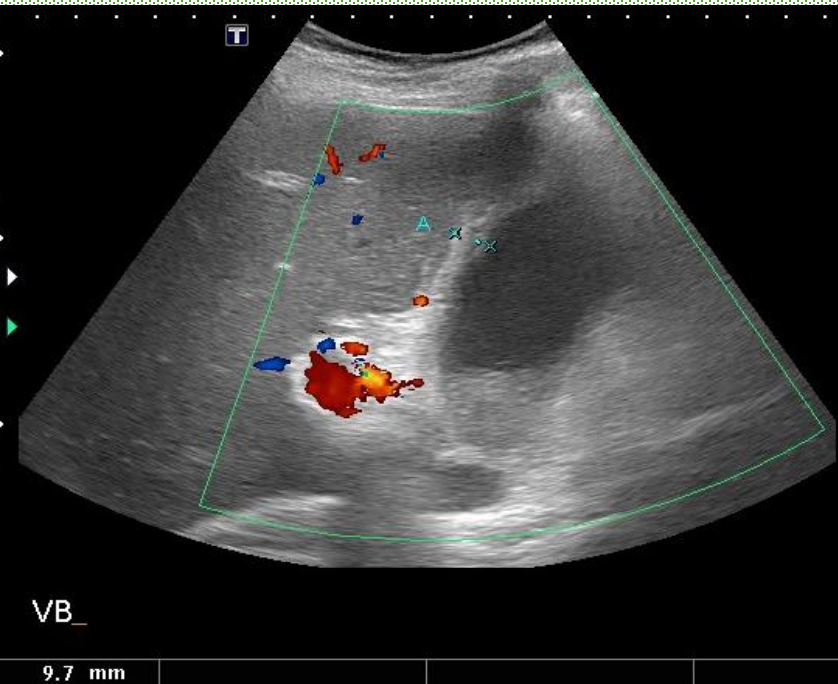
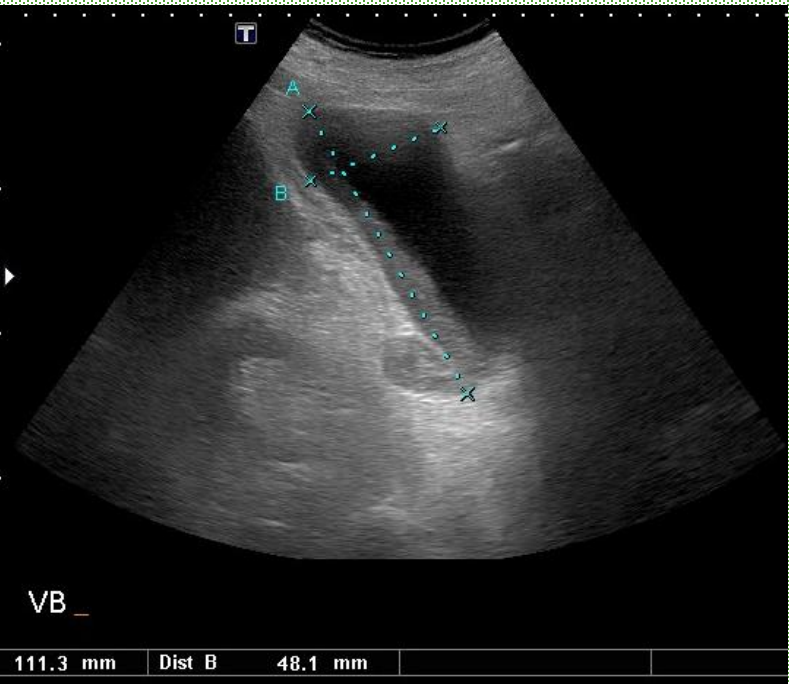
Microcalculs < 3 mm

LITHIASSE 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/mm³ 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/mm³ et une CRP à 30 mg/l
- Bilan hépatique normal

Diagnostic échographique :

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

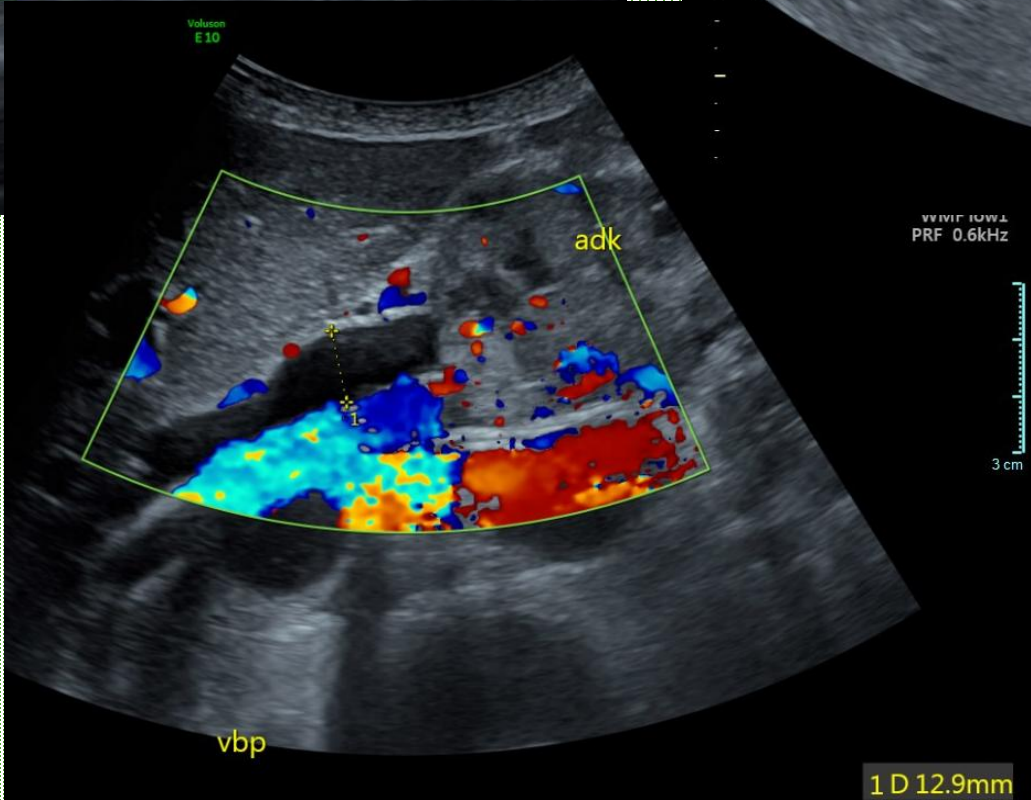
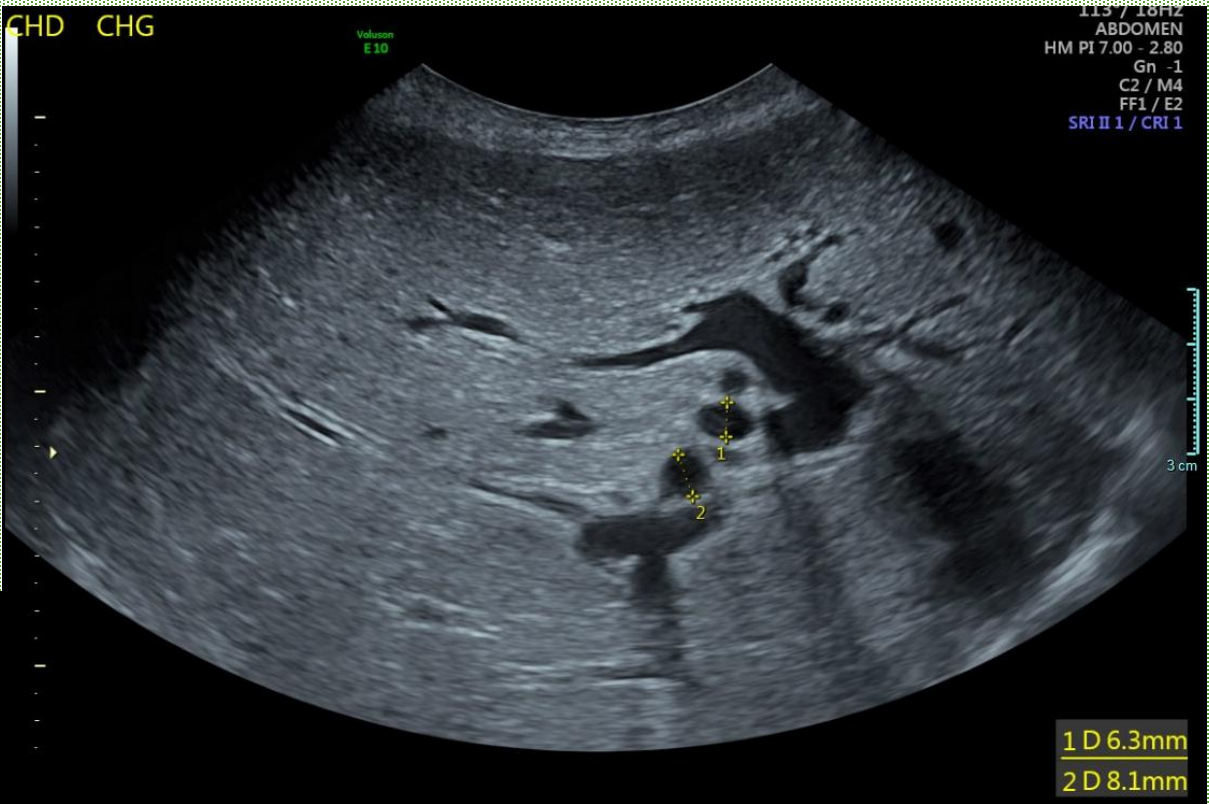
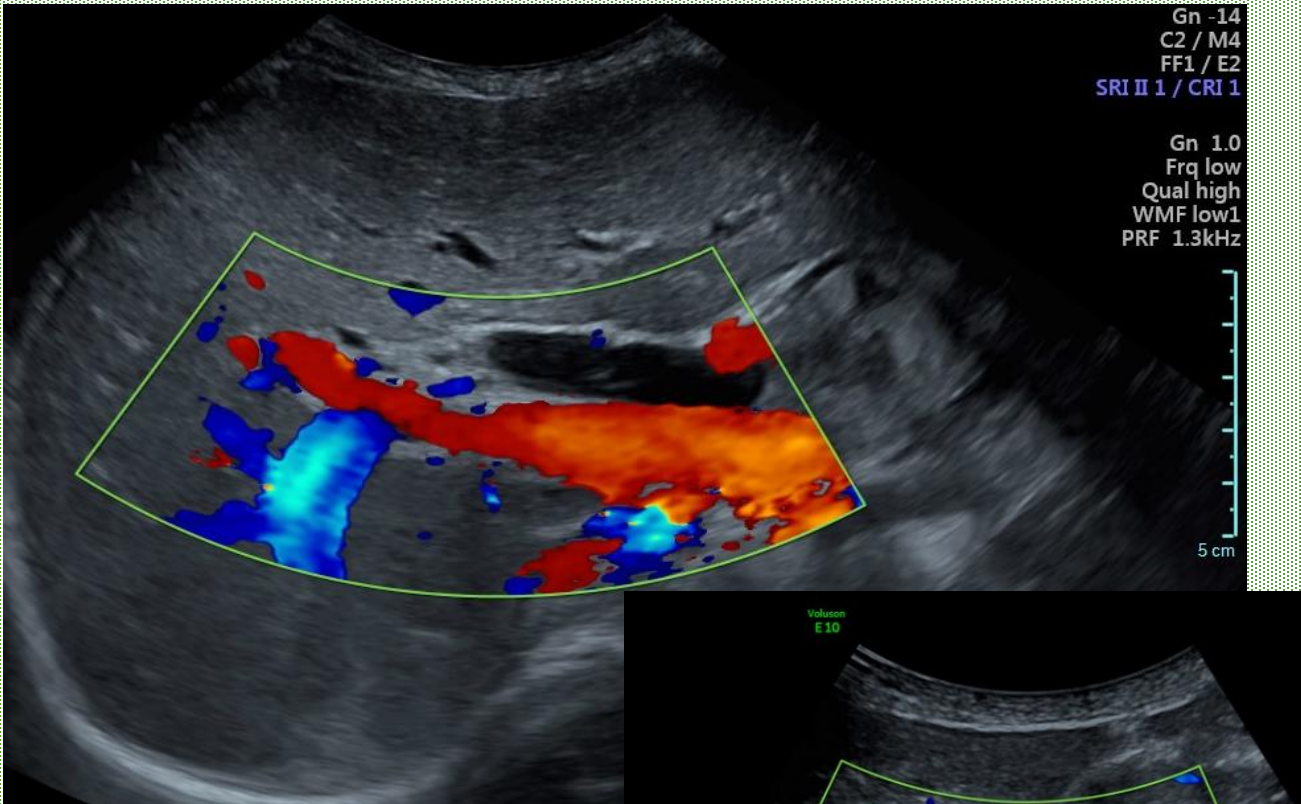
Cholécystite aiguë



Tout épaississement 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 11 000/mm³ 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 11 000/mm³ et une CRP à 70 mg/l
- Bilan hépatique perturbé avec cytolyse hépatique 1,5 N et hyperbilirubinémie conjuguée à 30 mg/l
- Diagnostic échographique:

Syndrome obstructif biliaire

Desc. série : MPR - TAP Portal
SOMATOM Definition AS+
OMNIPAQUE 350 1:15

<4>

Newer
SIEMENS SOMATOM Definition
120kV, 83mAs
Dominique

1.06

DFOV 156.5 x 74.7 cm

MPR 2.0 mm

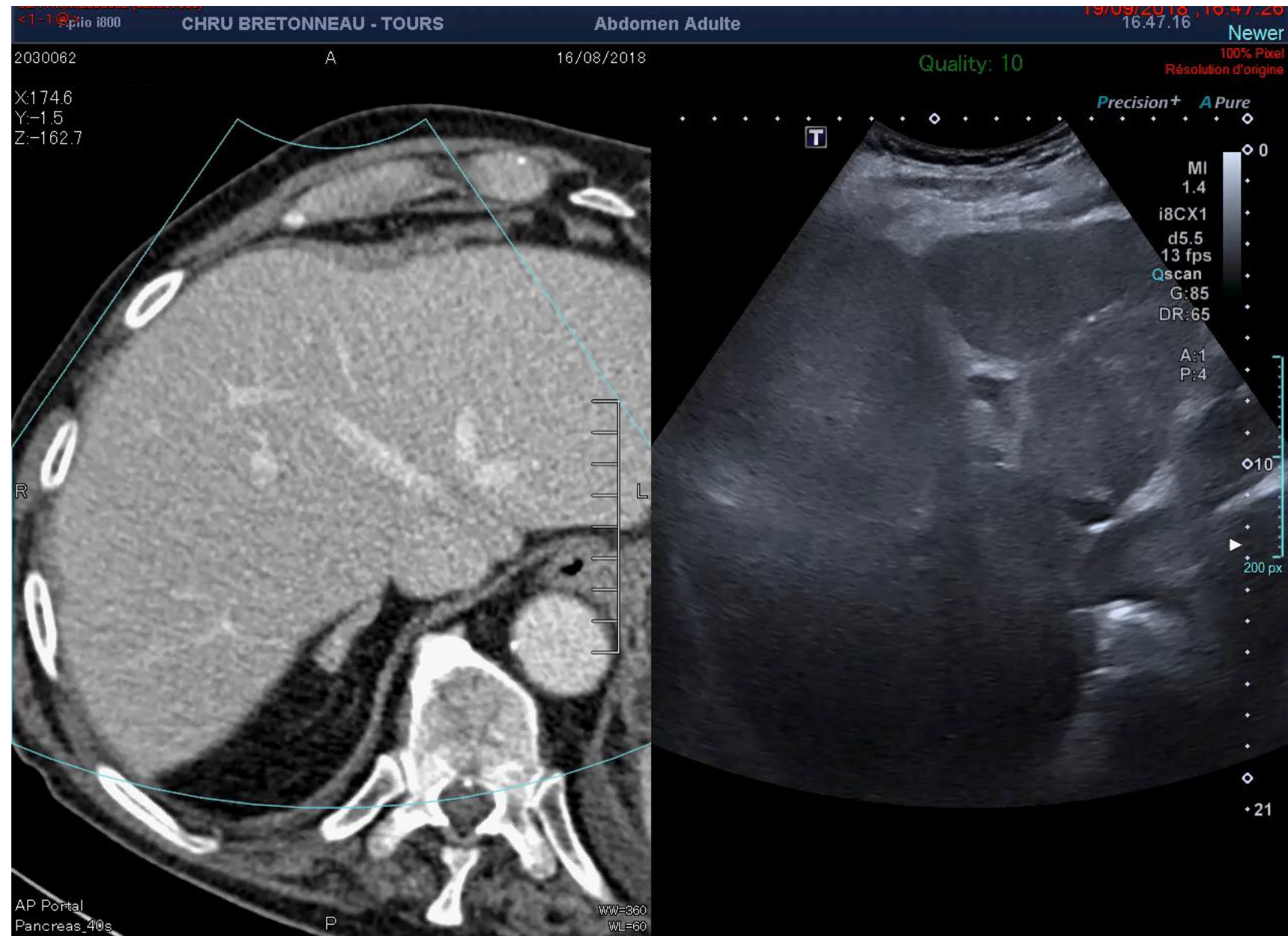
20 cm

R

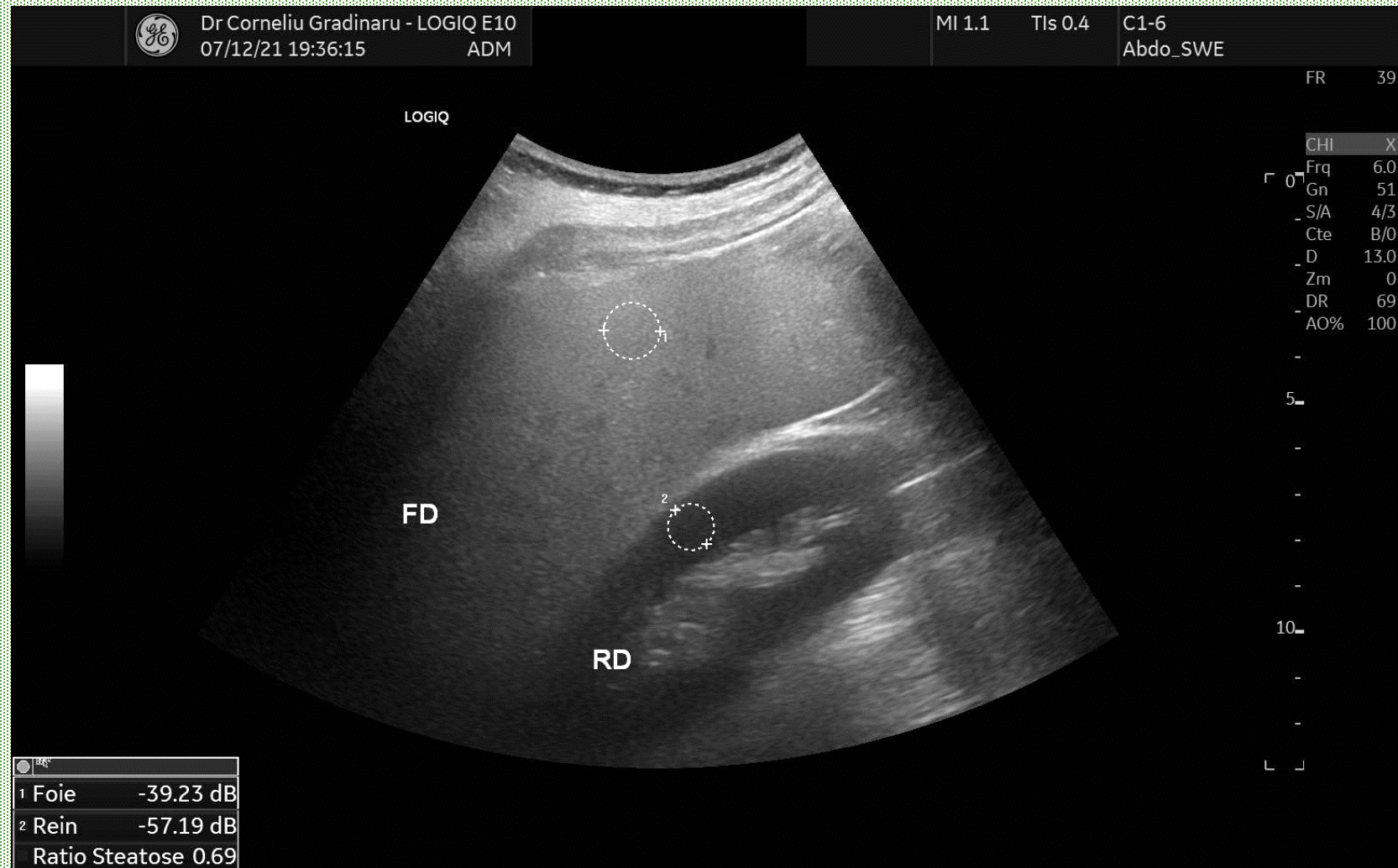


...complicqué d'une **angiocholite**

PATHOLOGIE HEPATIQUE

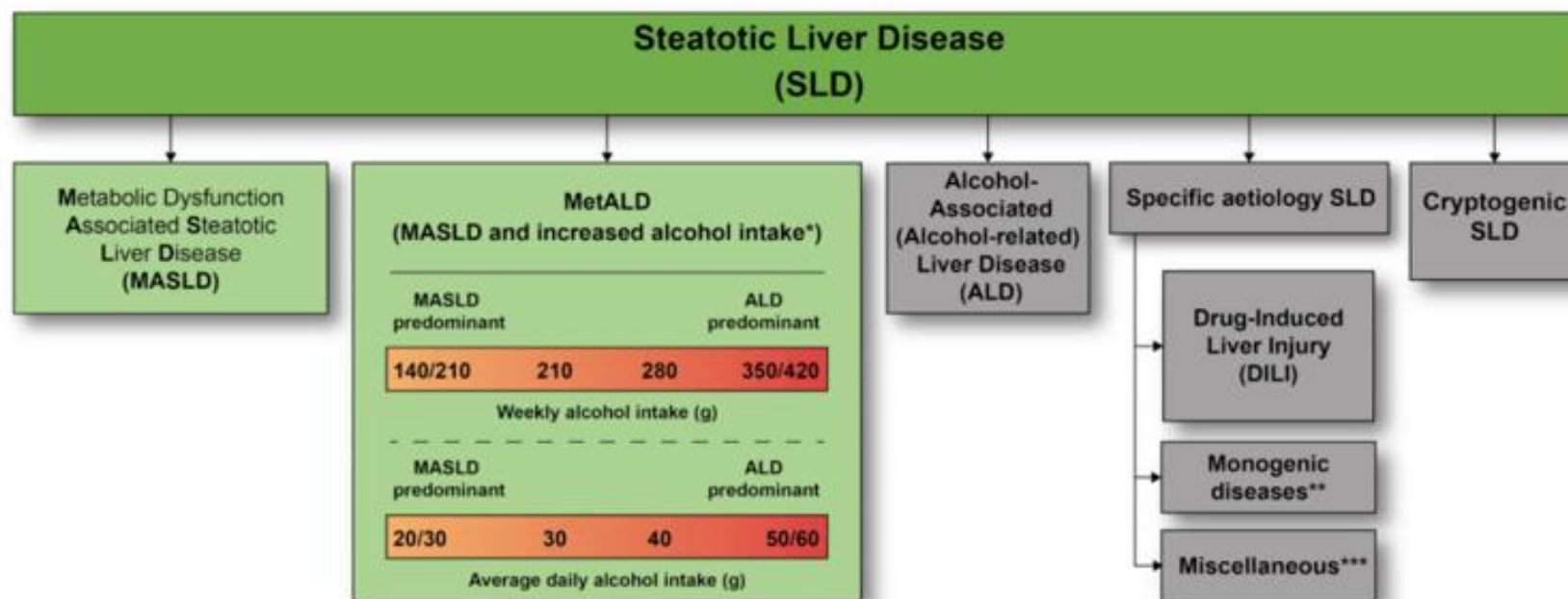


STÉATOSE HÉPATIQUE



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, Ratzliff 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/>).

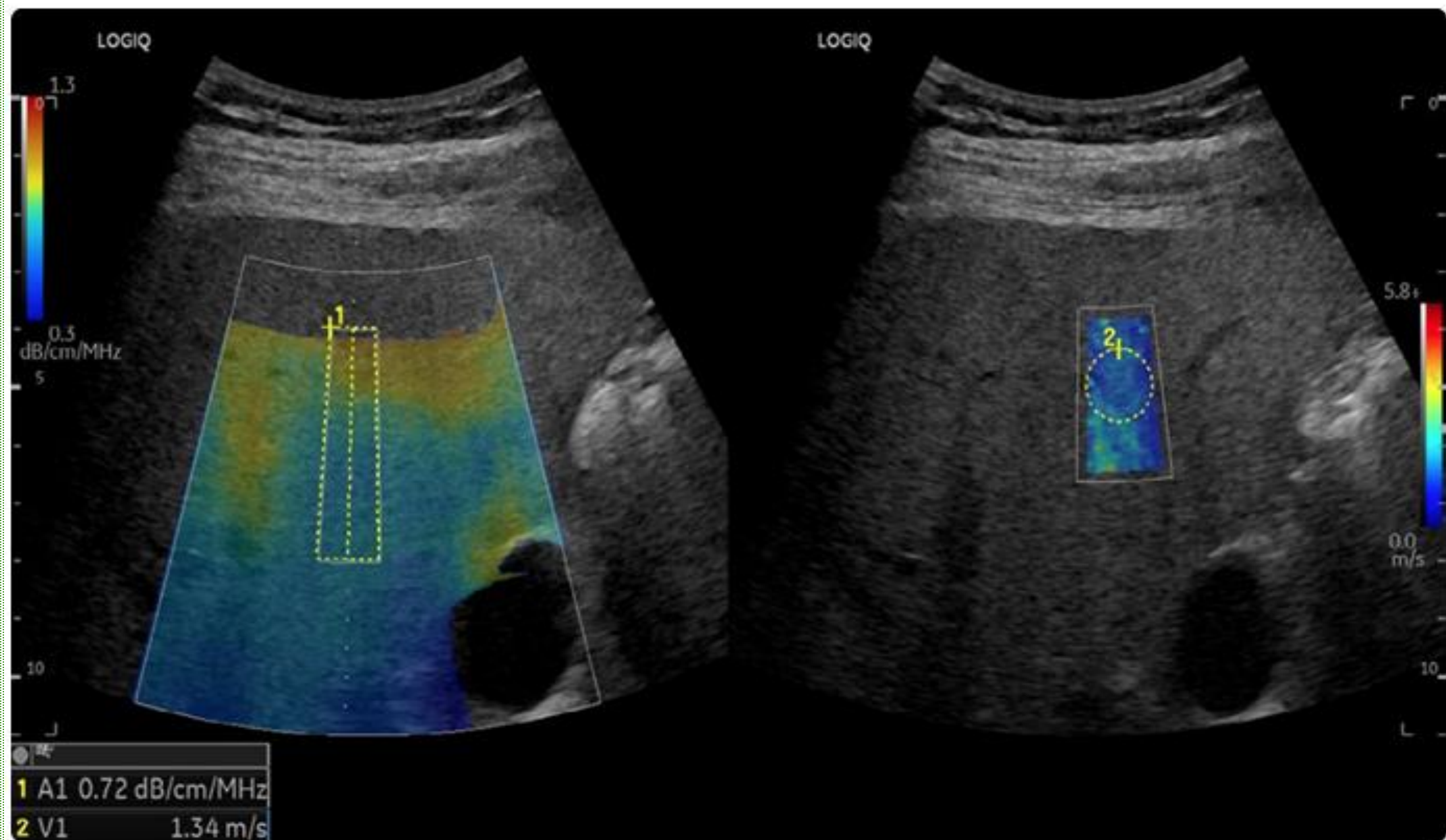
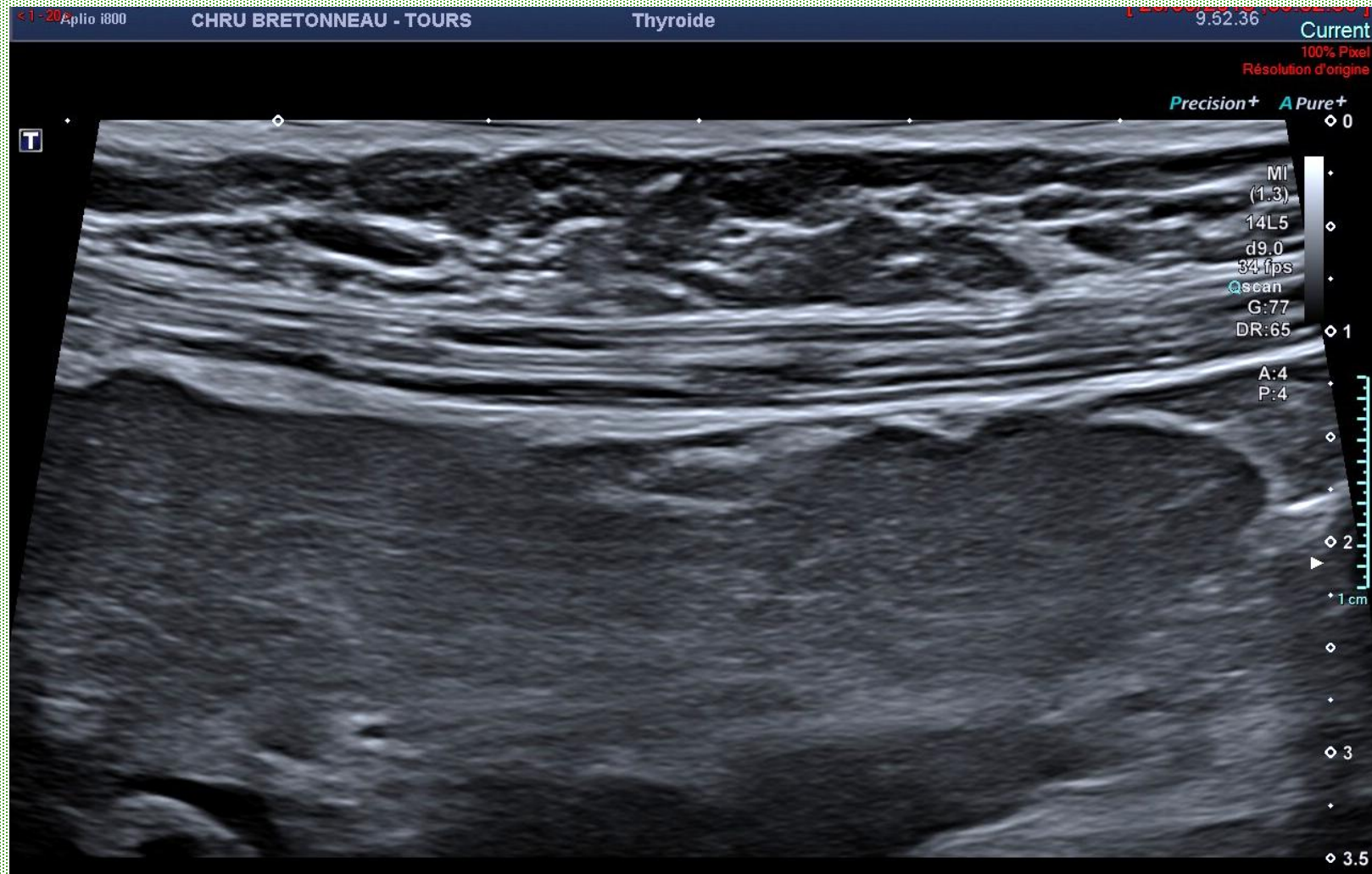


Figure 1. Assistant hépatique montrant l'enregistrement du SWE et l'UGAP sur une même coupe d'acquisition.

CIRRHOSE

= dysmorphie hépatique



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

HYPERTENSION PORTALE



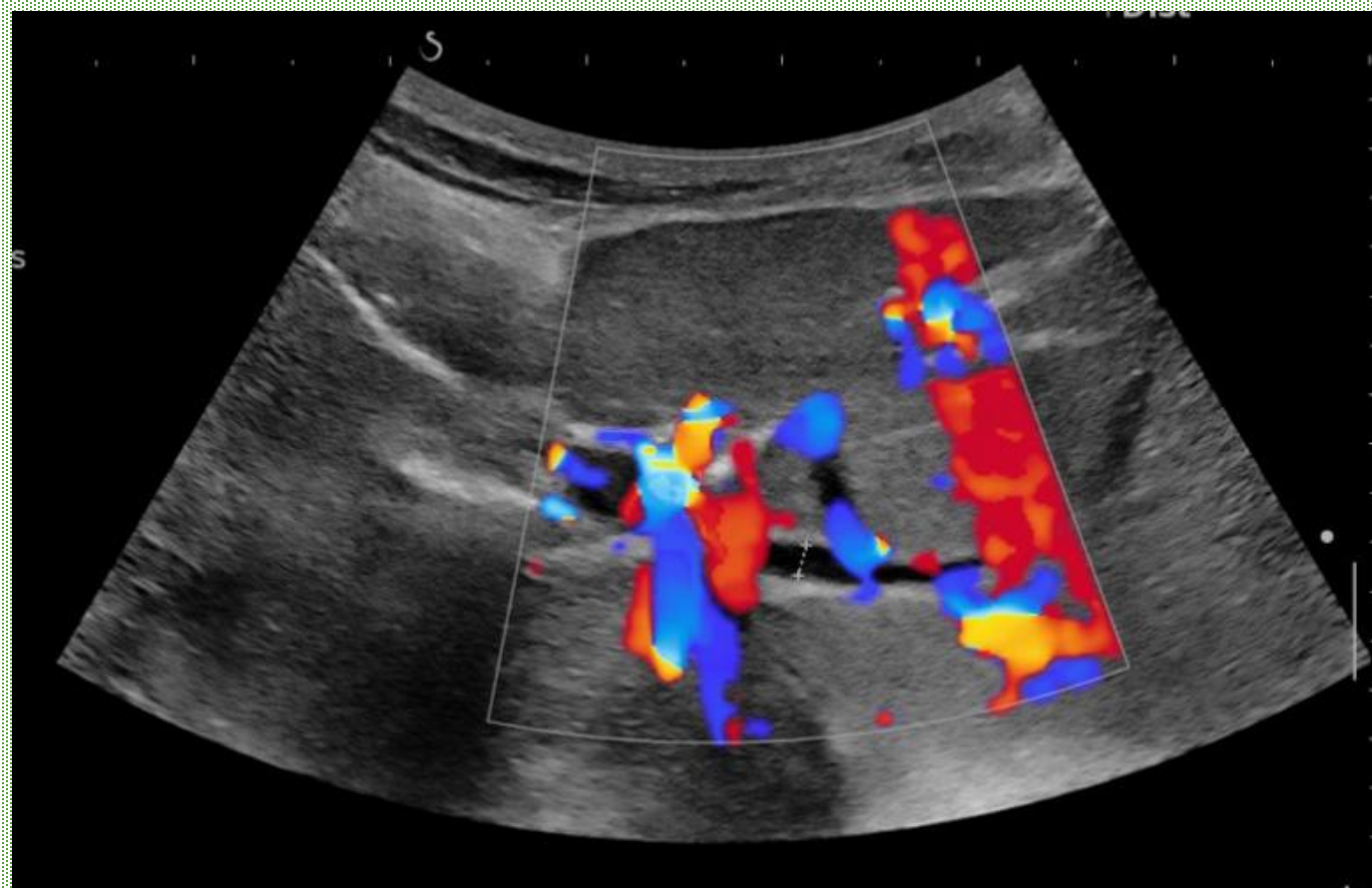
- **Dilatation du tronc porte** (calibre > 12 mm)
- **Splénomégalie** (grand axe ≥ 12 cm)
- Voies de dérivation porto-systémique
- Vitesse portale (maximale < 17 cm/s à jeun)

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





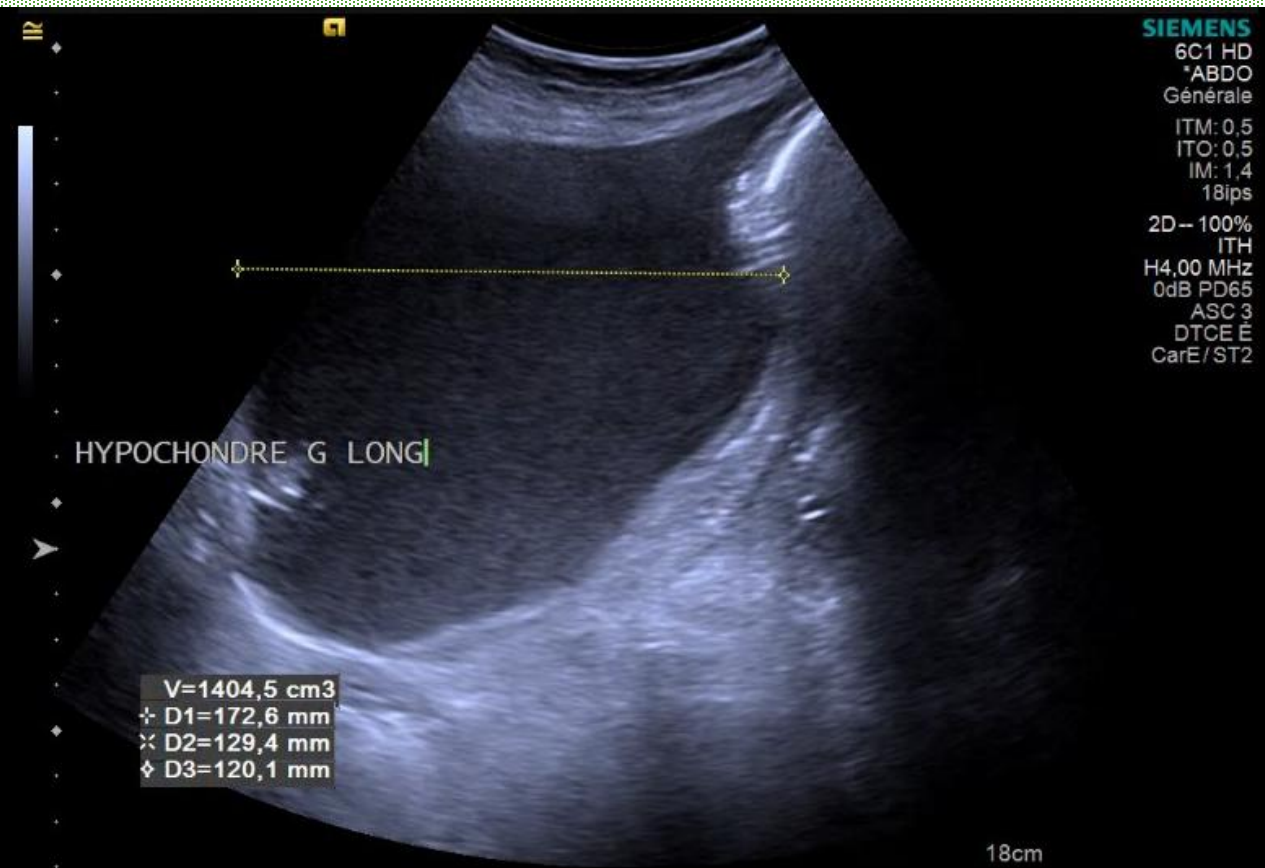
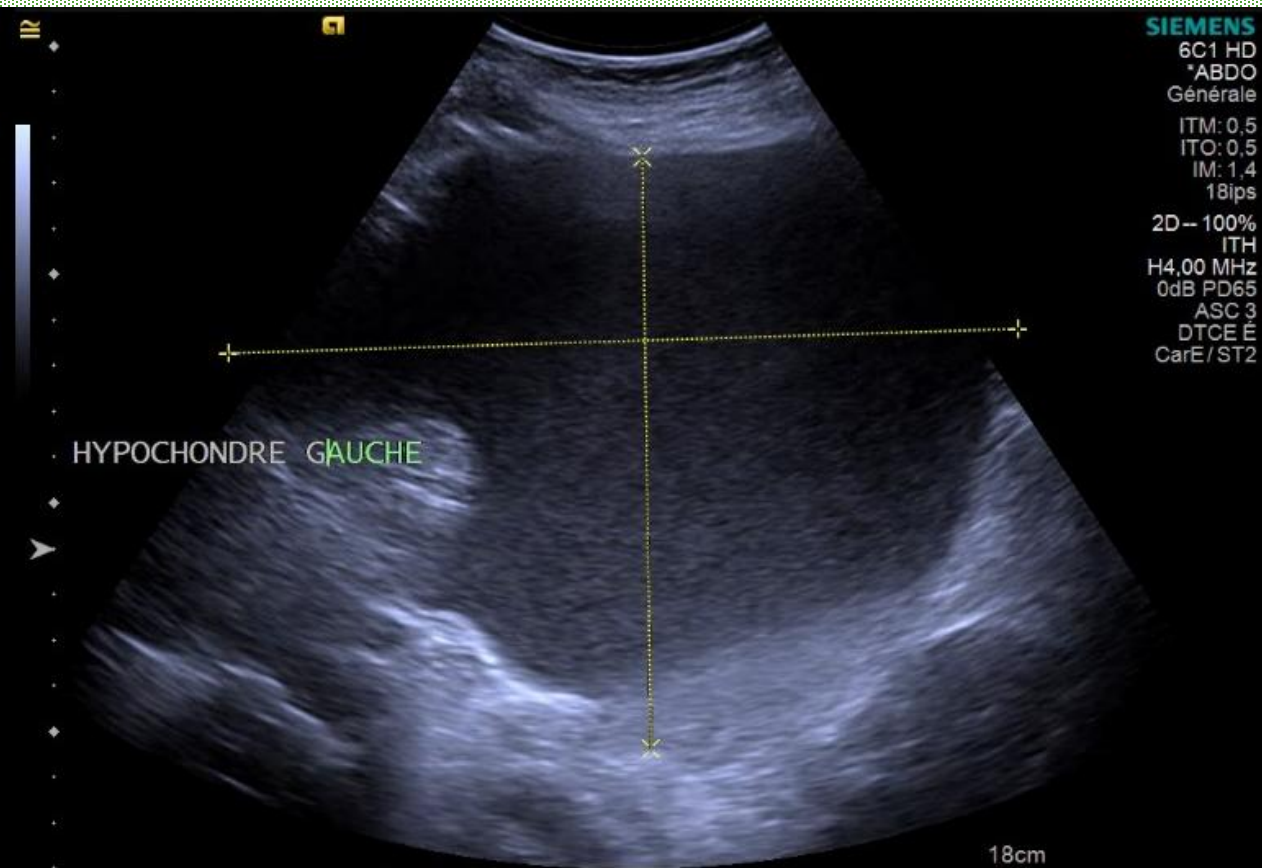


CAS CLINIQUE 9

- 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

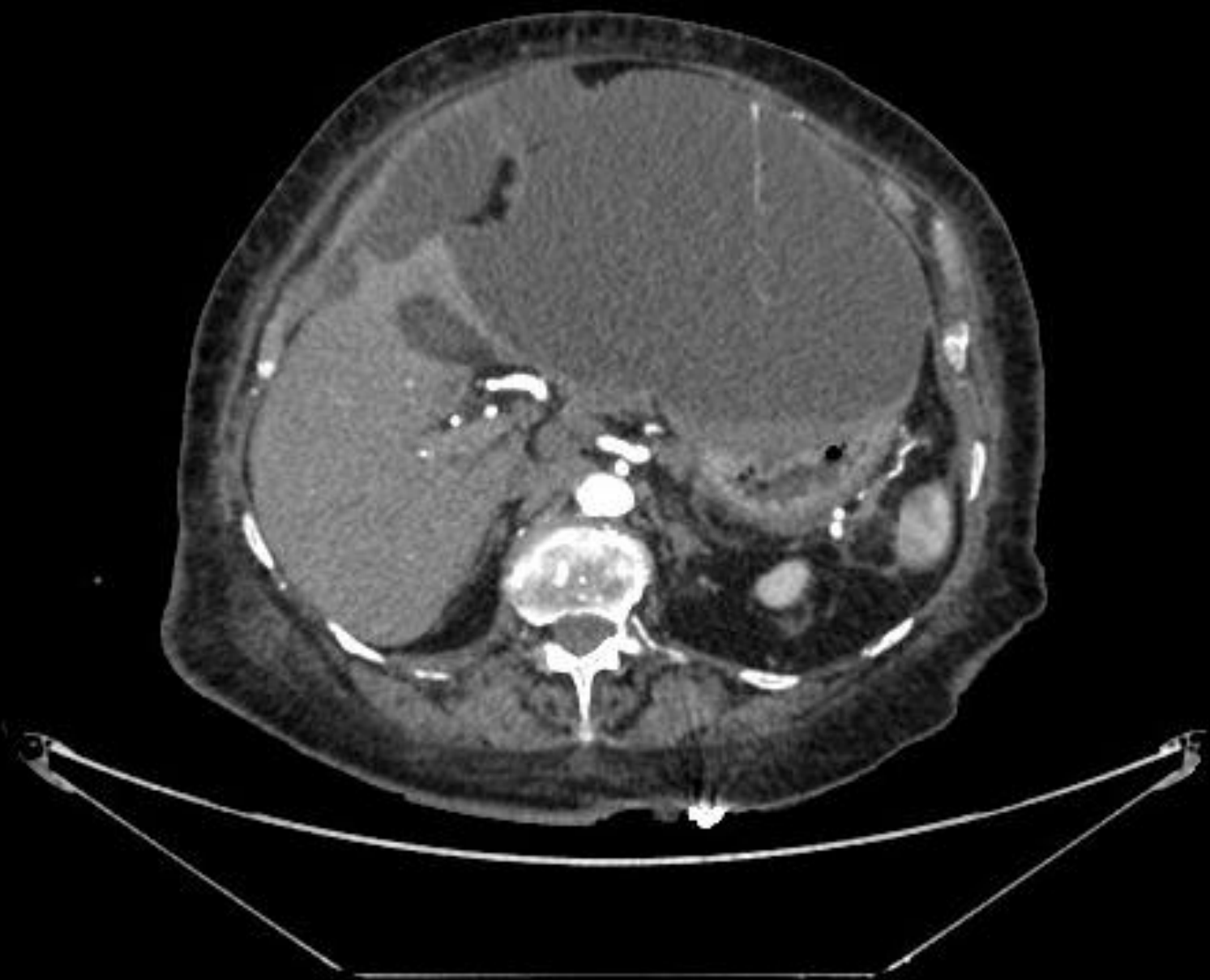
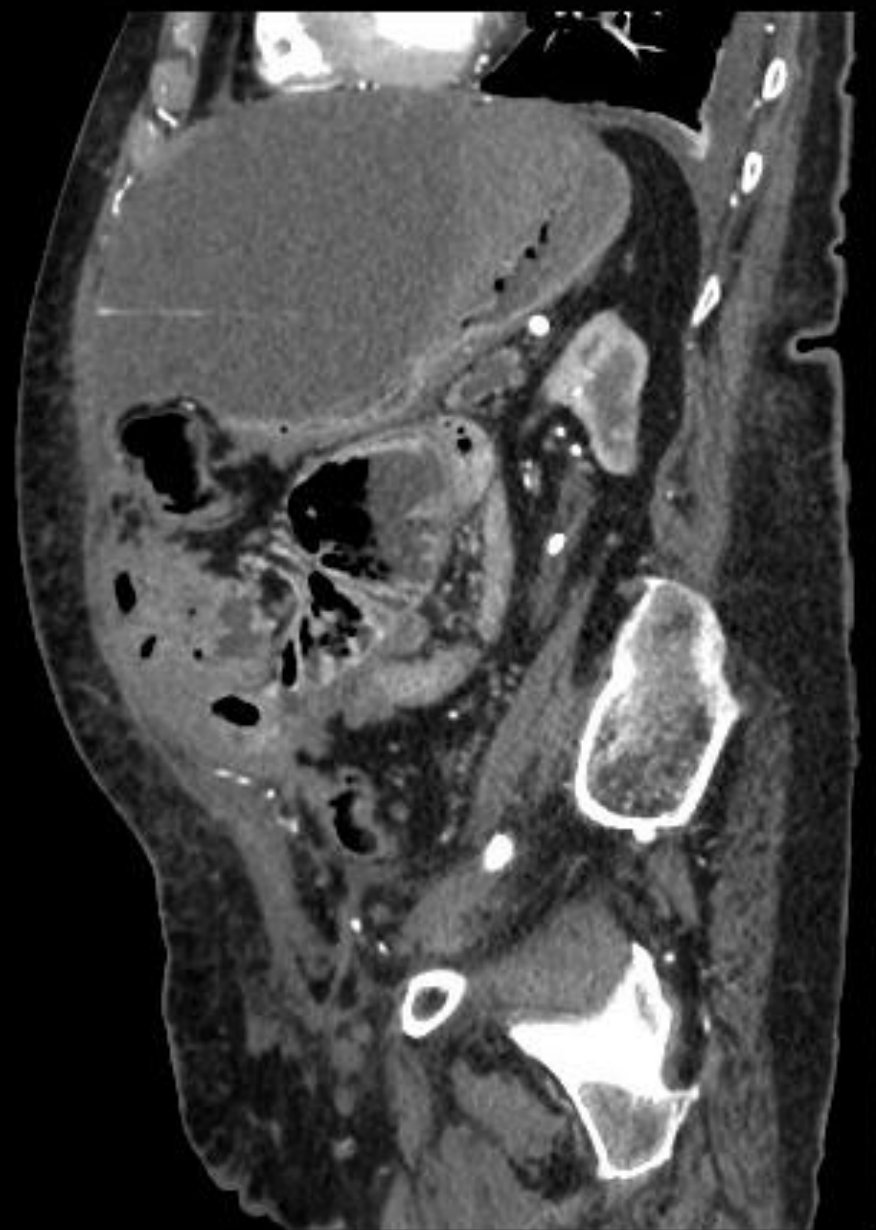
- Patient cirrhotique, 70 ans, aux antécédents d'occlusion intestinale, hospitalisé pour prise en charge d'une nouvelle décompensation œdémato-ascitique
- Douleur persistante dans l'hypochondre gauche suite à une ponction d'ascite multicloisonnée après repérage échographique préalable du compartiment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





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





CAS CLINIQUE 11

- Homme âgée 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)

C5-1 + Long. 5,55 cm

11Hz
15,0cm

2D

HGén
Gn 60
C 52
3 / 3 / 3

Couleur

2,5 MHz
Gn 50
1 / 5 / 3
Filtr Moy.

100% Pixel
Résolution d'origine
c
m
/
s

-20

10
5 cm

15,0cm

P  R
1,8 3,6

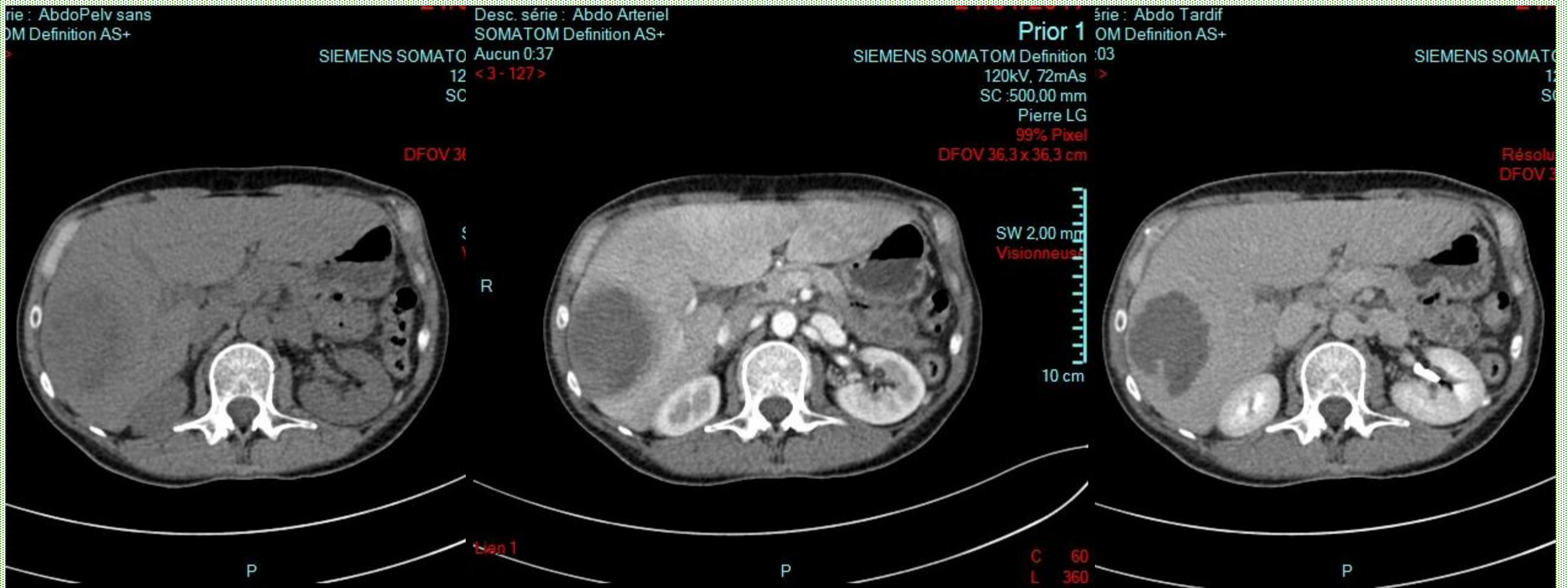
CAS CLINIQUE 11

- Homme âgée 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



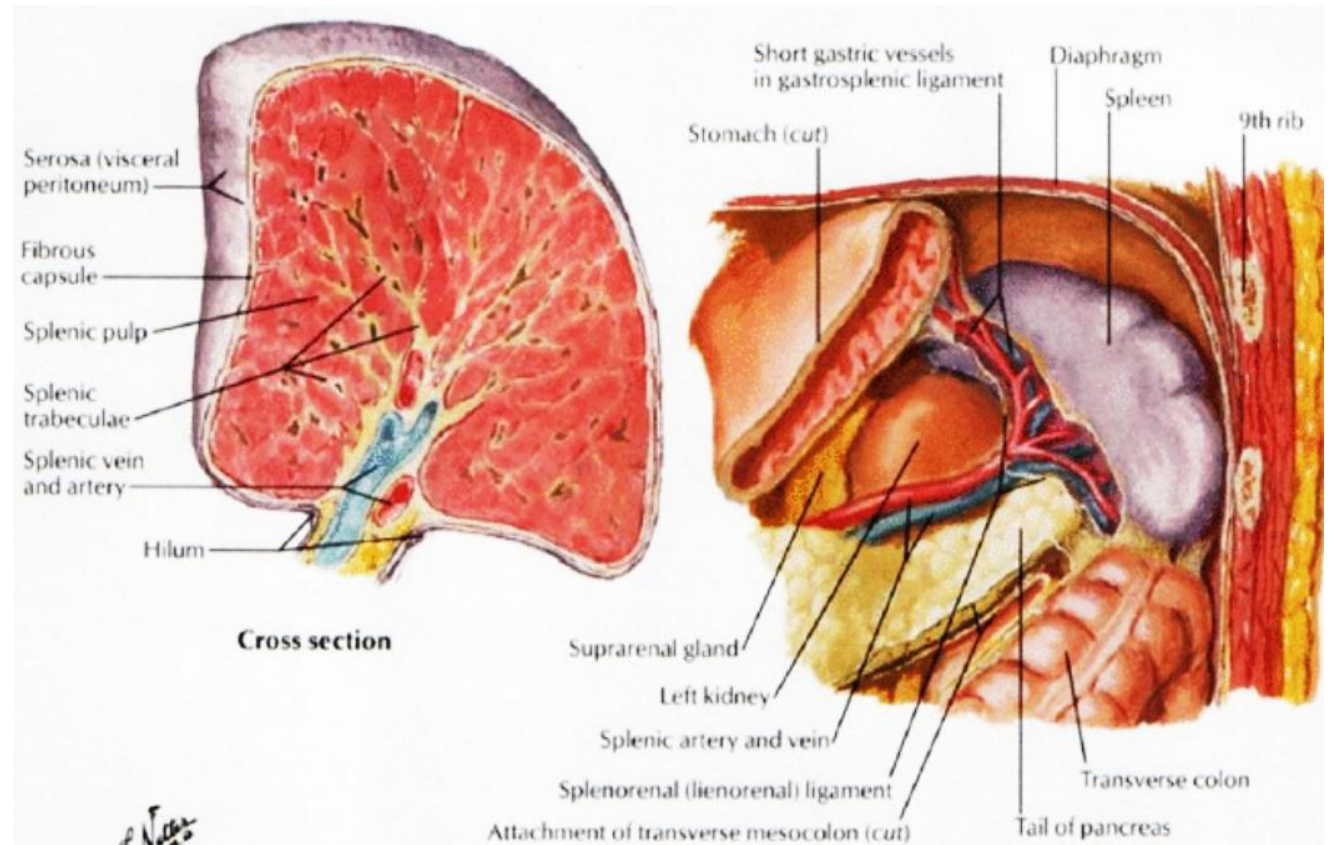
ABCÈS HÉPATIQUE AMIBIEN



Suivi à 6 mois

Suivi à 12 mois

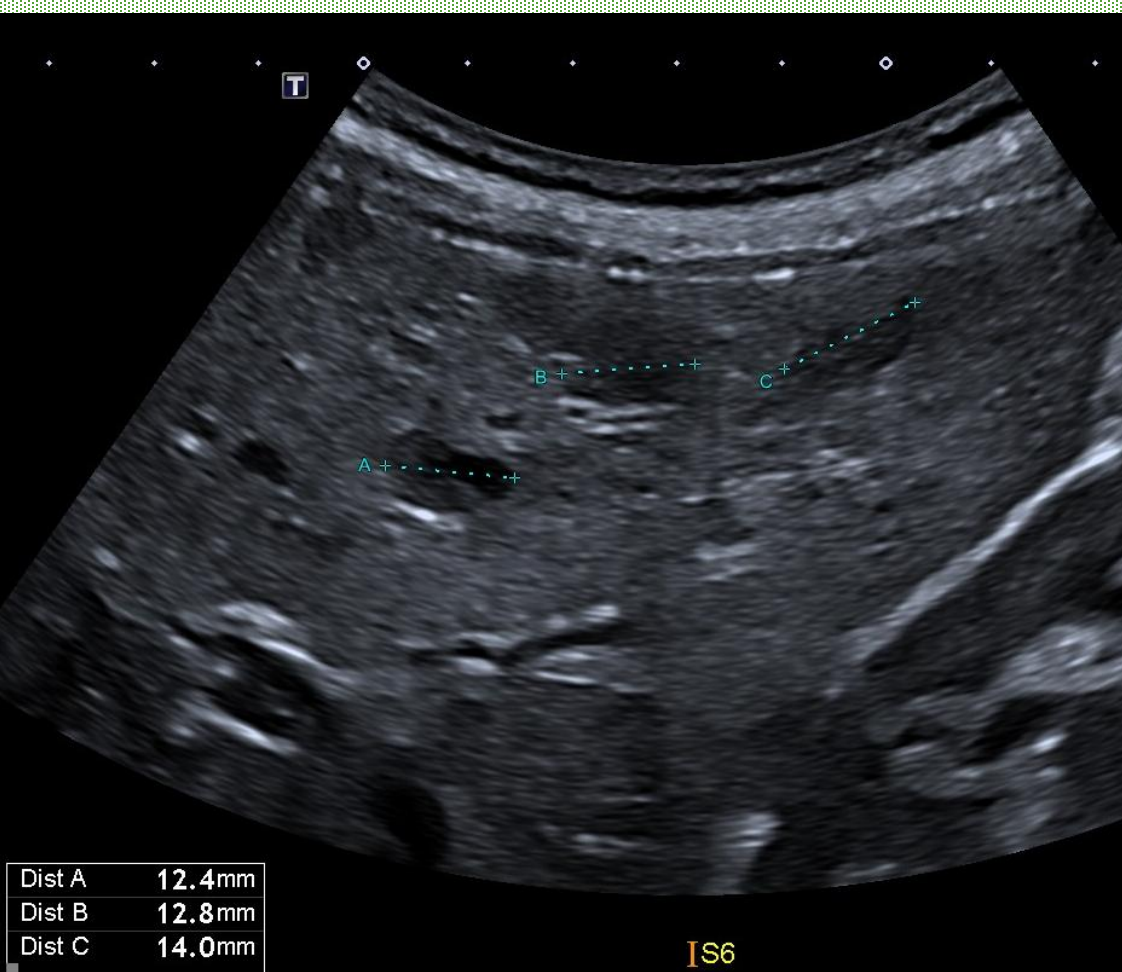
PATHOLOGIE SPLÉNIQUE

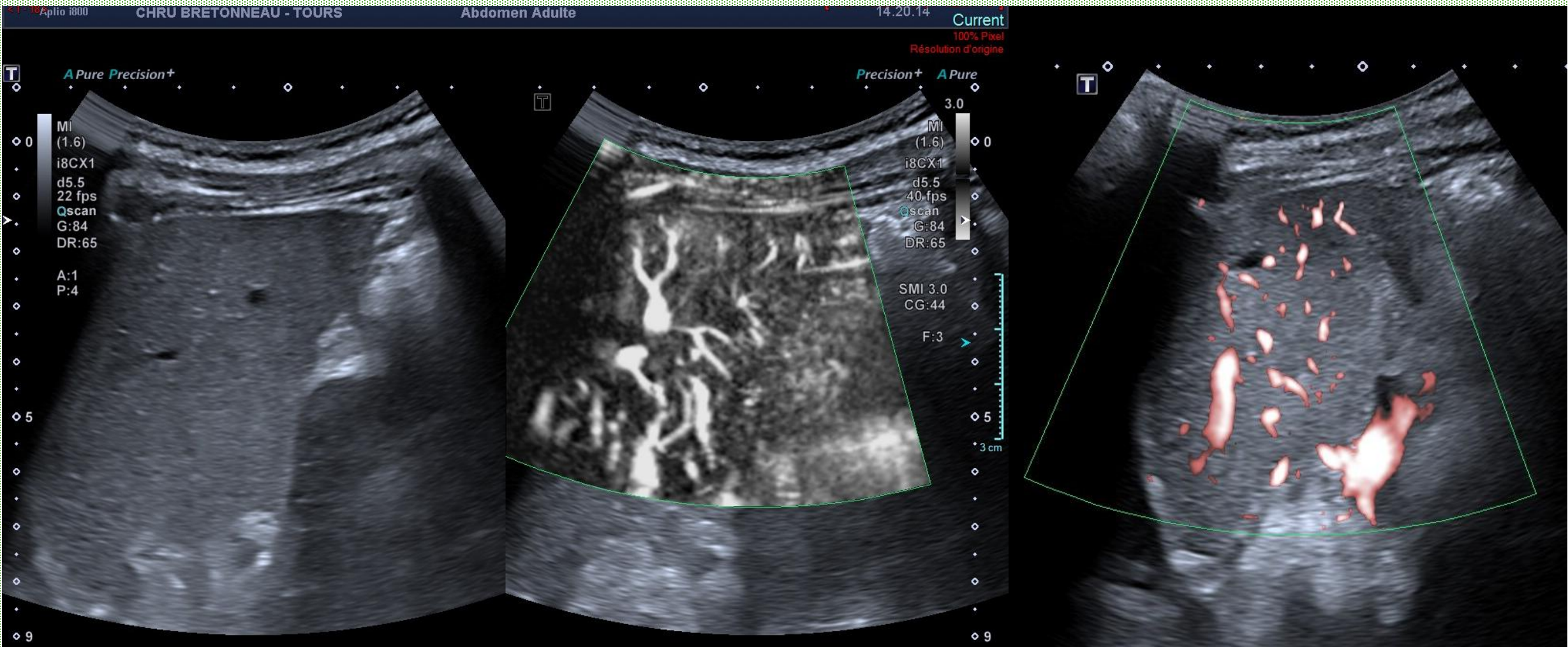


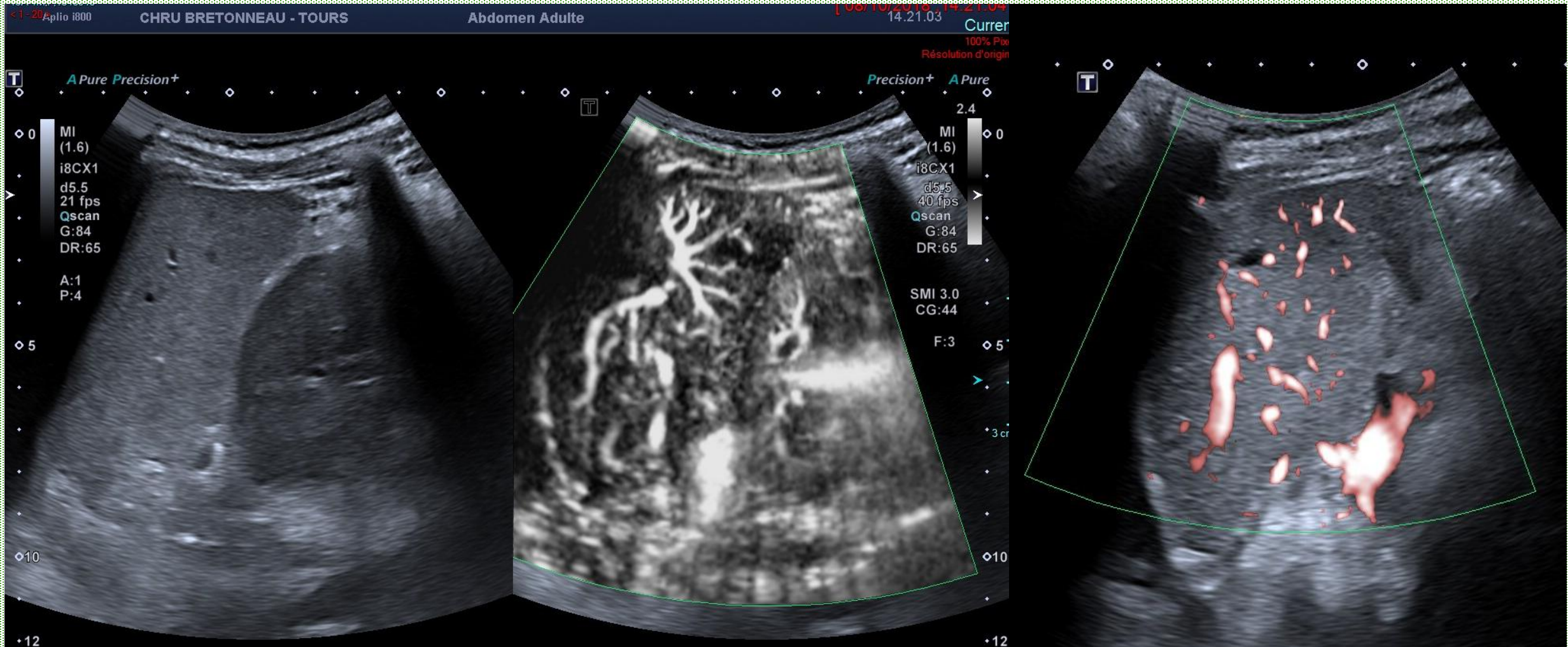
CAS CLINIQUE 12

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 contact avec des chatons récupérés dans la rue il y a 2-3 mois







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 contact avec des chatons récupérés dans la rue il y a 2-3 mois

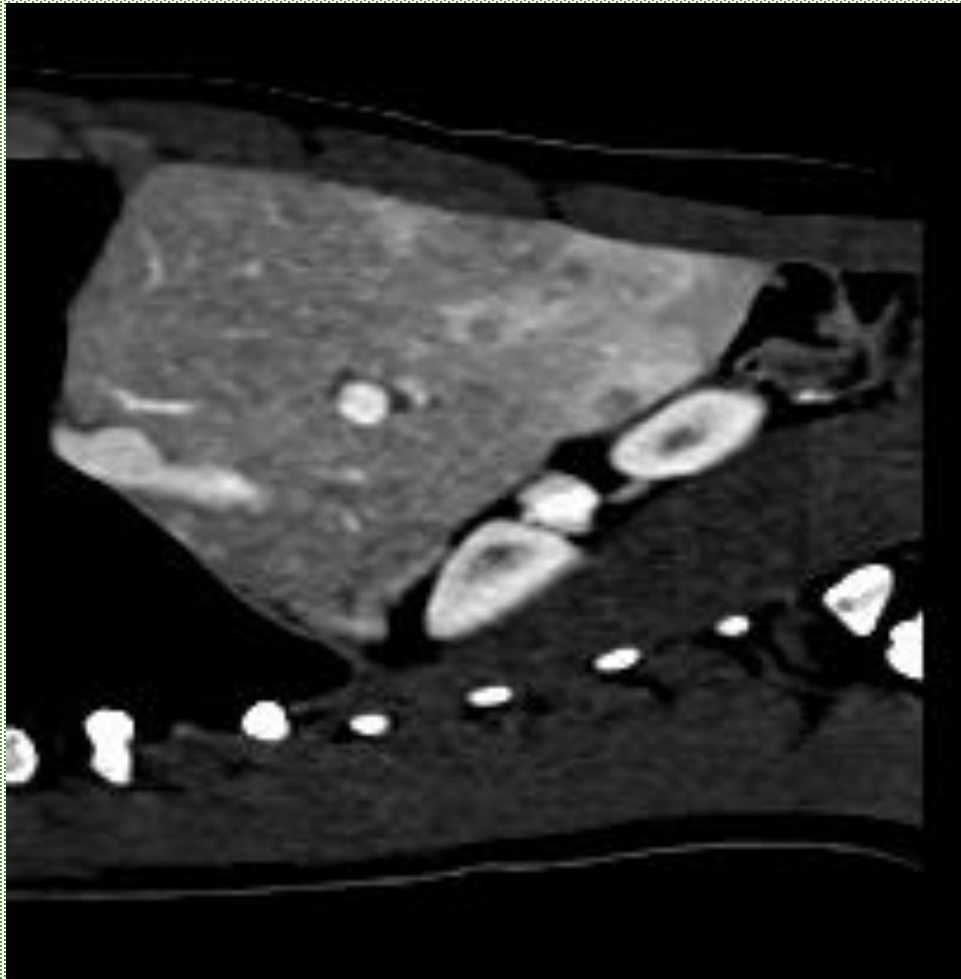
Diagnostic échographique :

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

30Hz
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

3 cm

X3

Rate

14cm

C 127
L 254



CAS CLINIQUE 13

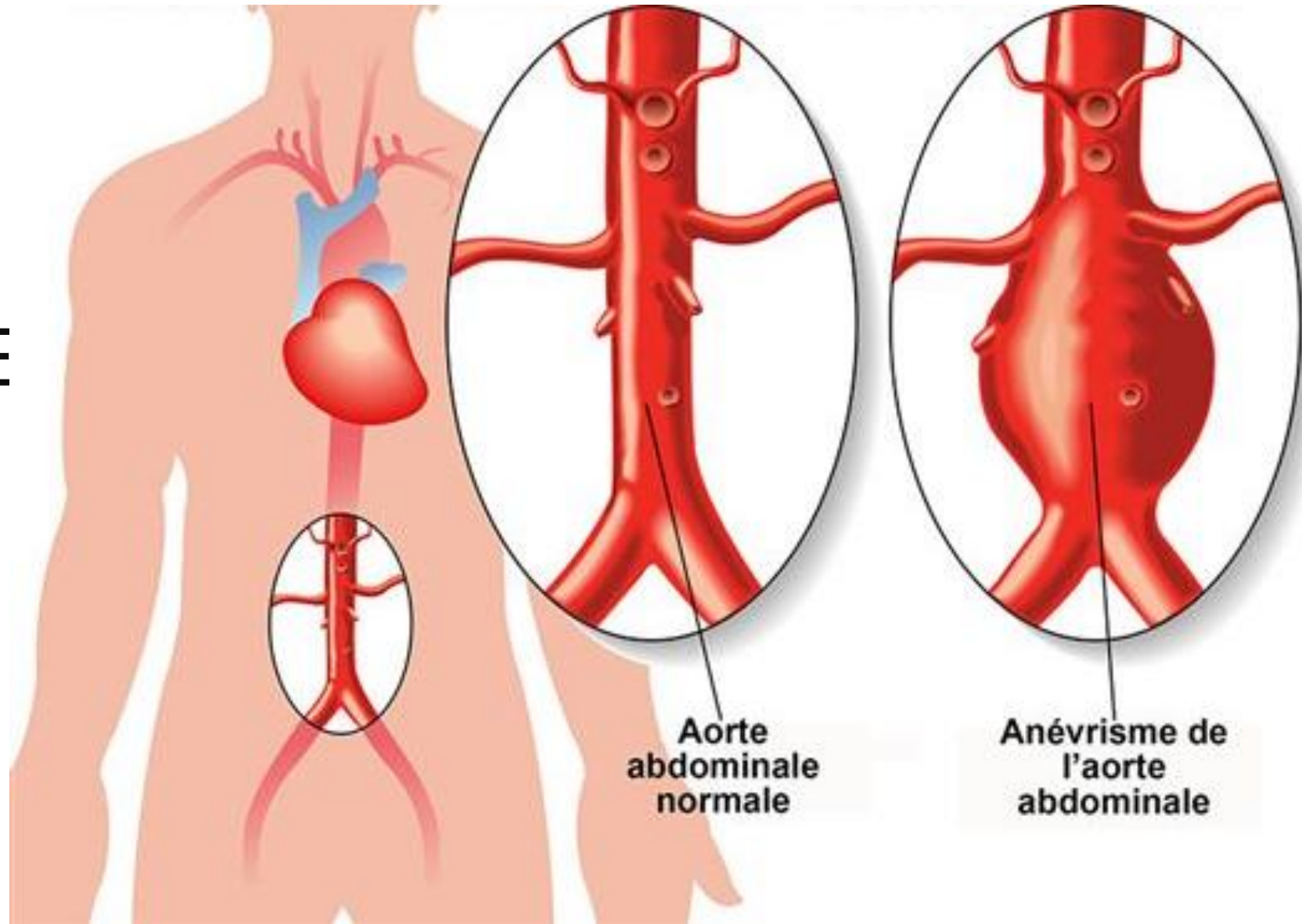
Femme âgée de 59 ans

- 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
 - $> 30\text{mm}$ (H=5,3%, F=1,3%)
 - $> 40\text{mm}$ (H=2%, F=0,3%)
 - $> 50\text{mm}$ (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

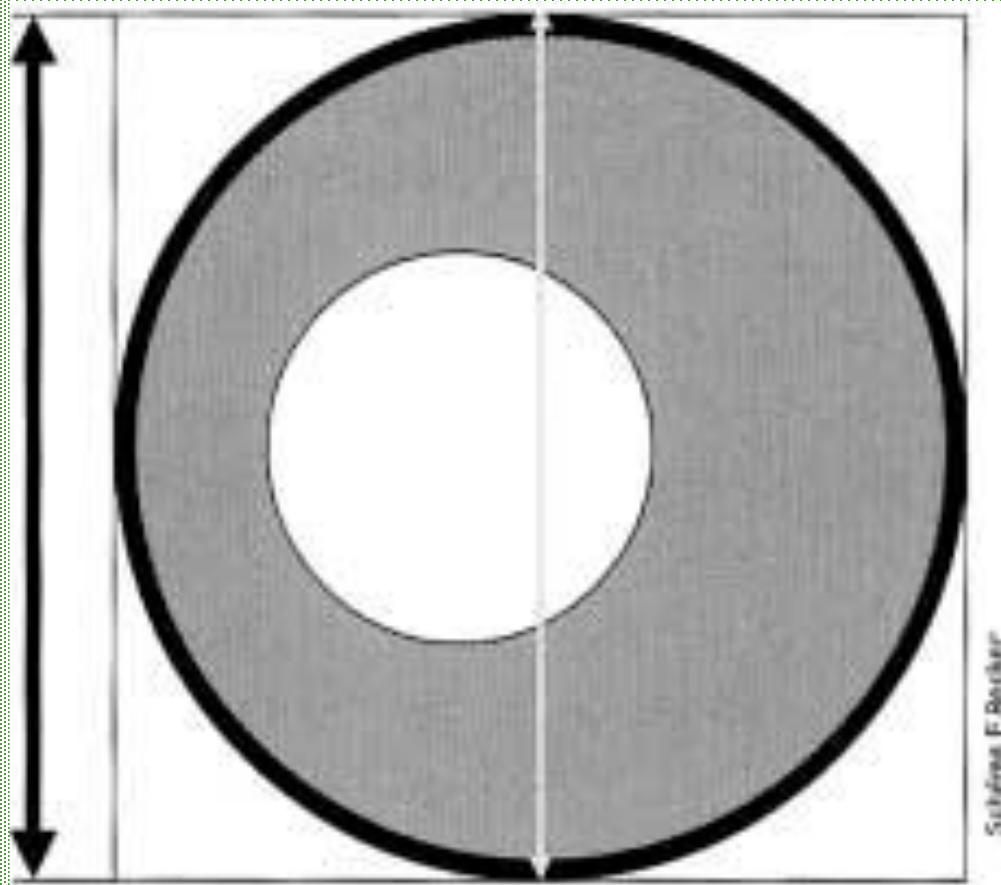
- 50-75 ans avec ATCD familiaux d'AAA
- 65-75 ans tabagiques ou ex-tabagiques

SFMV 2006 :

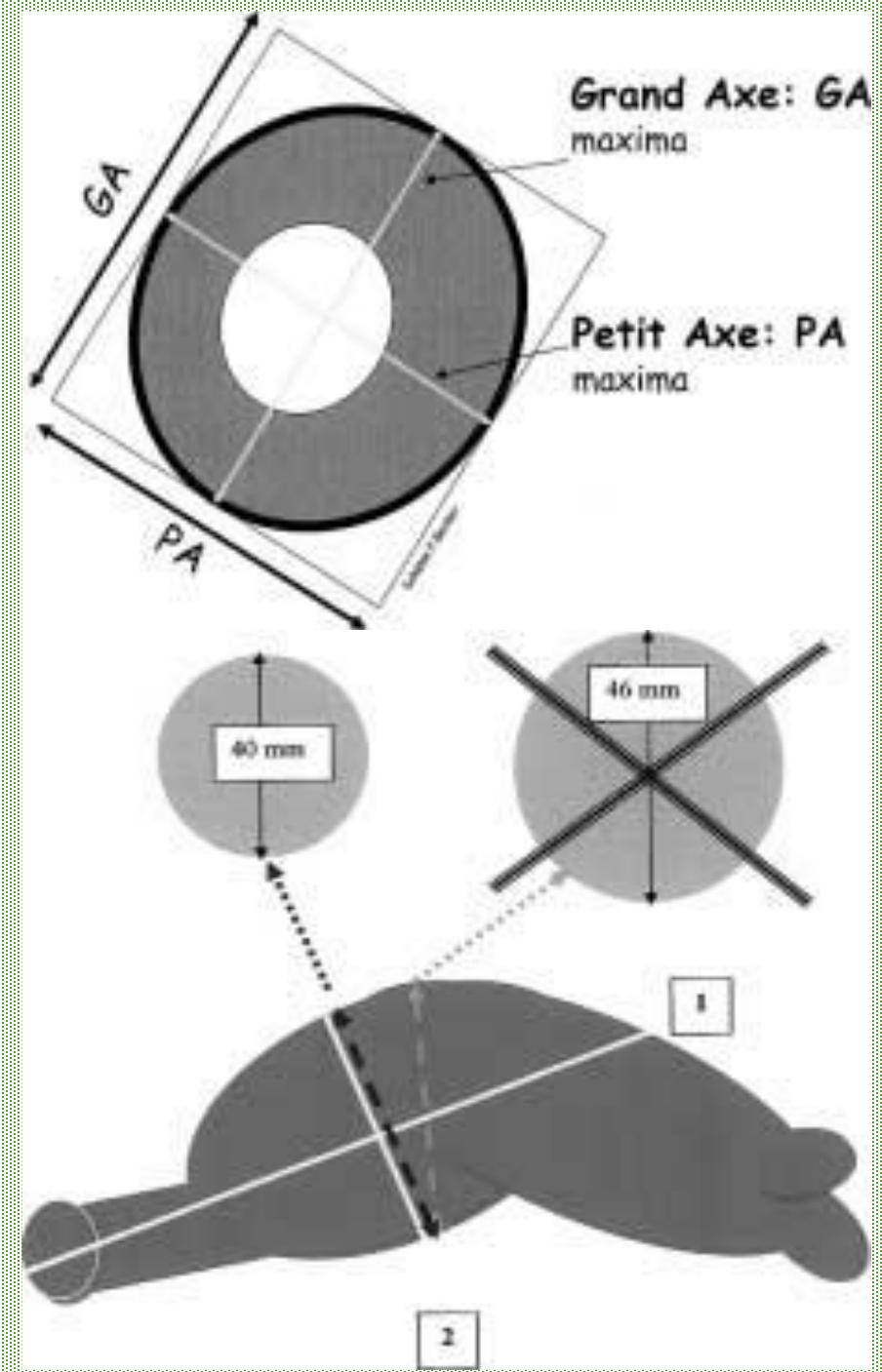
- ≥ 50 ans - Recommandé pour les H et les F avec ATCD familiaux d'AAA
- 60-75 ans
 - Recommandé pour les H tabagiques ou ex-tabagiques
 - Conseillé pour les F tabagiques ou hypertendues
 - Conseillé pour les H non fumeurs
- ≥ 75 ans - Conseillé pour tous les H et les F tabagiques sans comorbidité lourde 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)

C5-1
24Hz
RV
Z 1.0

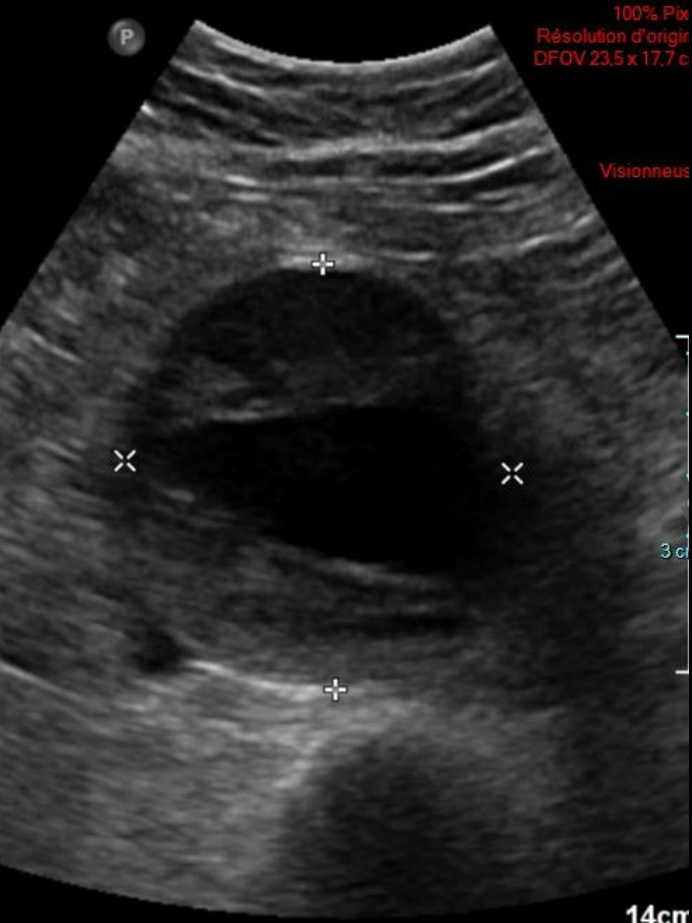


Aorte

✦ Dist 1 6.97 cm
✕ Dist 2 6.35 cm
⊙ Dist 3 6.53 cm
Volume 151 ml

17/04/2015 16:53:41

Prior
100% Pix
Résolution d'origine
DFOV 23.5 x 17.7 cm



Visionneus

14cm
C 1:
L 2:

74A 3M.M.2146482 (cstrs37000) A pertes: Rapport = 7,00

Desc. série : AORTE IV+ ABDO
SOMATOM Definition AS+
XENETIX350 0:41
< 5 - 397 >

20/04/2015

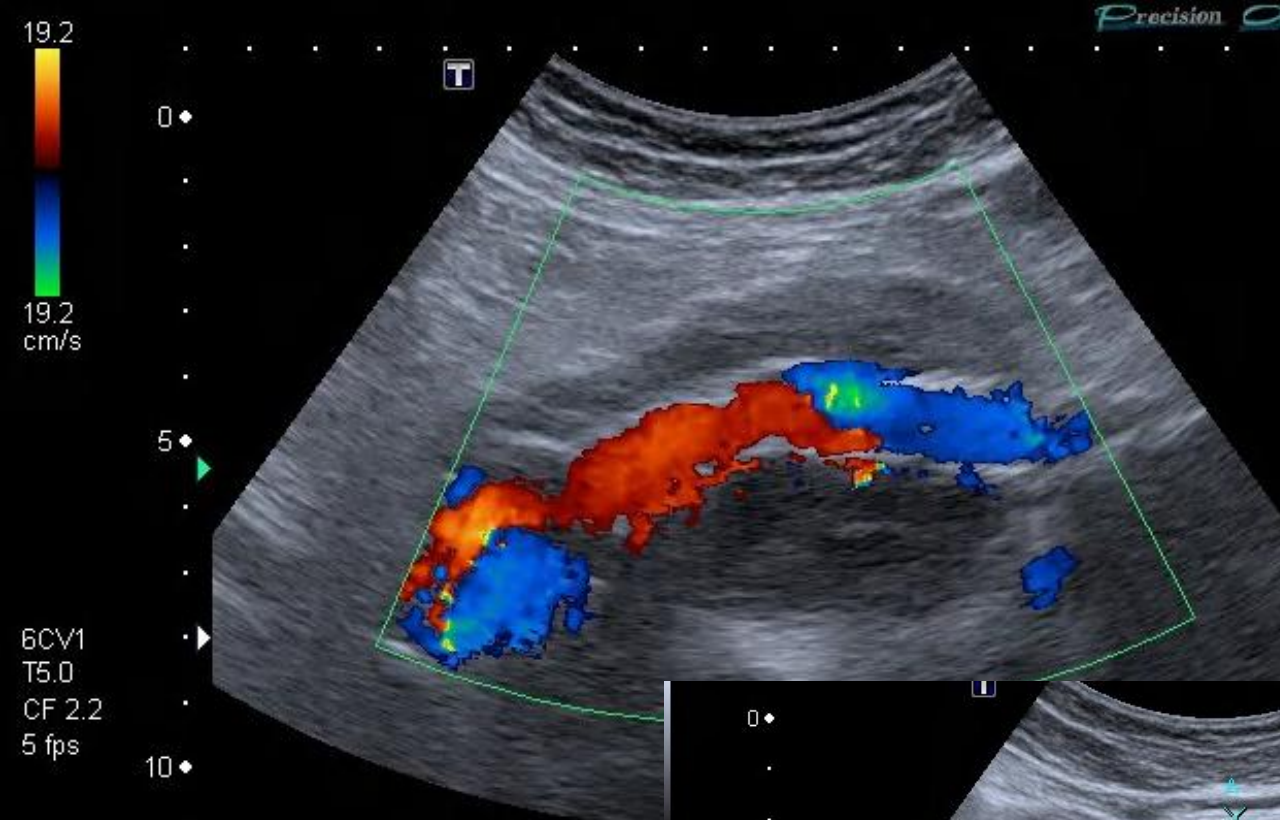
Prior 2

SIEMENS SOMATOM Definition
100kV, 168mAs
SC :500,00 mm
Charlle
100% Pixel
Résolution d'origine
DFOV 39,5 x 39,5 cm



SW 1,00 mm
Visionneus

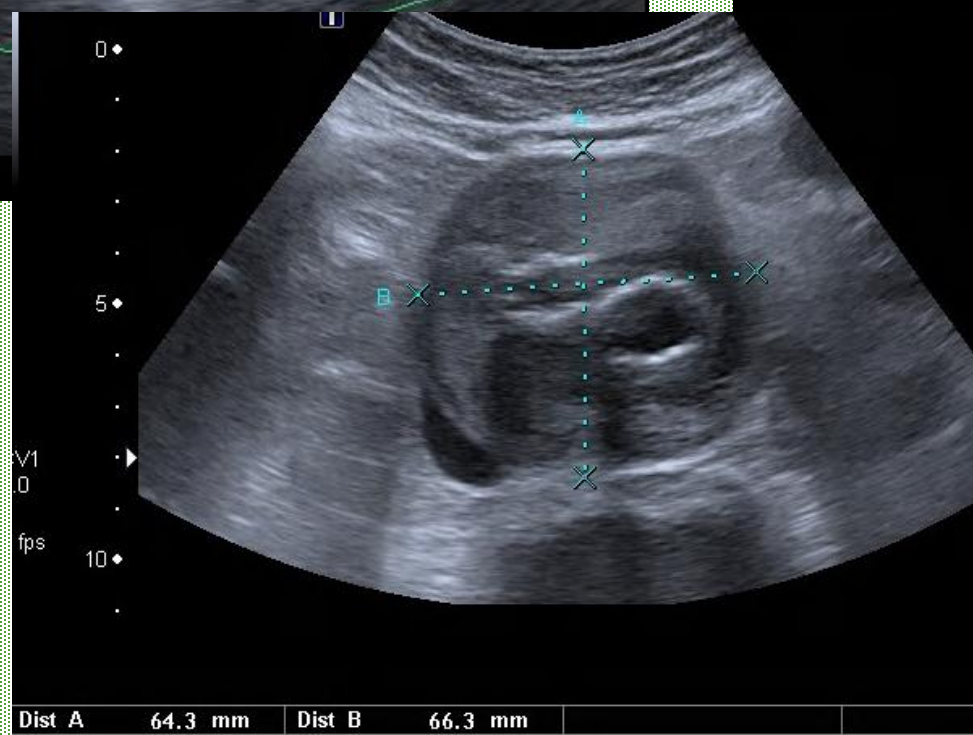
C 80
L 700



74A 8M.M.2146482 (cstrs37000) A penes: Rapport = 7.00
 Desc. série : RESUME
 SOMATOM Definition AS+
 XENETIX 0:24
 < 701 - 5 RESUME >

26/09/2015
 Prior 1
 PHILIPS
 Manon
 100% Pixel
 Résolution d'origine
 DFOV 52.8 x 52.8 cm

R

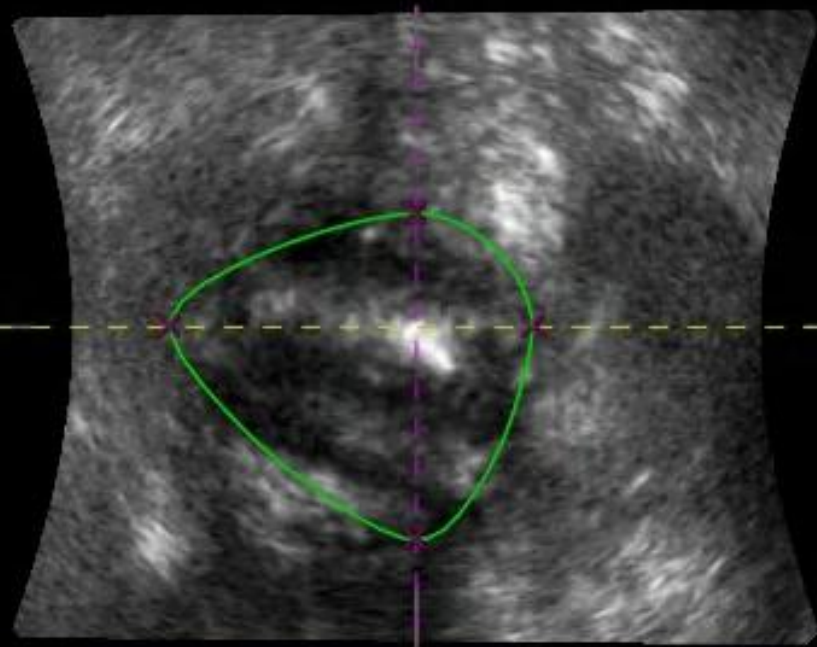
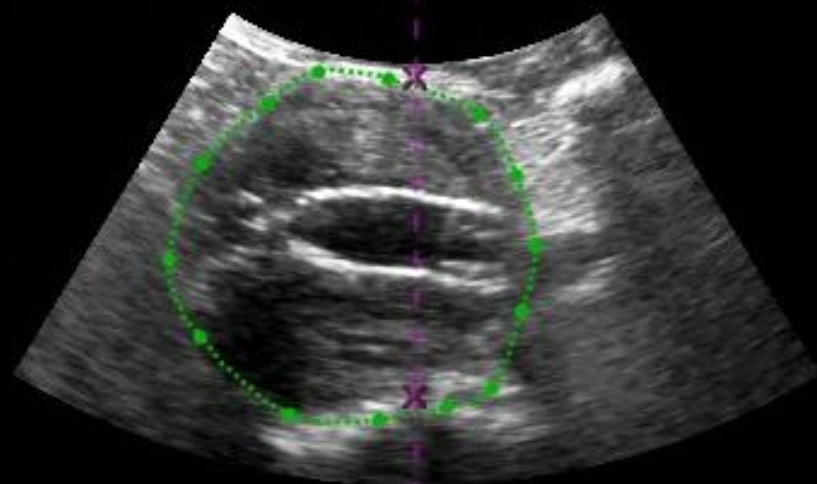


<1-3>

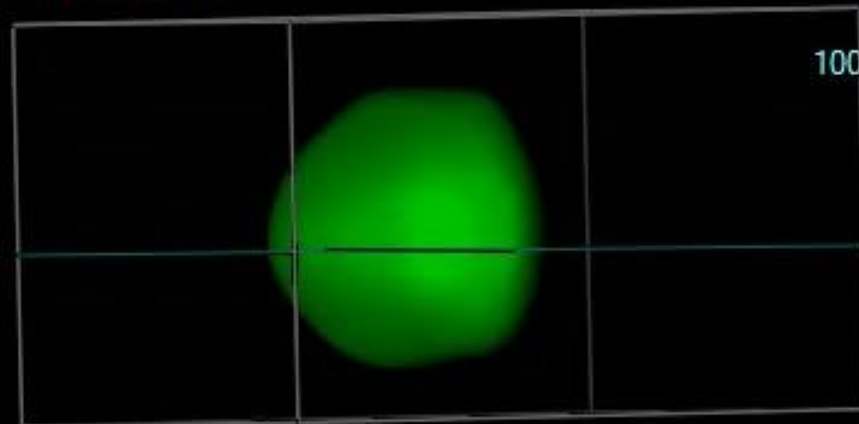
Current

100% Pixel

Résolution d'origine



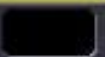
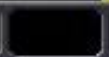
Volume 146.37 ml



Storing

HDD:54% Free

Raw Memory:#0(0%)



SURVEILLANCE DES AAA

Ø 30-39 mm : tous les 24 mois

Ø 40-45 mm : tous les 12 mois

Ø 45-50 mm : tous les 6 mois

Ø >50 mm : tous les 3 mois

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

MERCI POUR VOTRE ATTENTION