

Abdomen sans préparation : une alternative parfois rentable

Abdominal X ray: sometimes a profitable alternative

Bérout S. Abdominal X ray: sometimes a profitable alternative. Med Emergency, MJEM 2019; 27:34-6. doi: 10.26738/MJEM.2017/MJEM27.2019/SB.CRF.010318

Mots clés : abdomen sans préparation, douleur abdominale aiguë, pneumopéritoine, syndrome occlusif

Key words: acute abdominal pain, abdominal x-ray, bowel obstruction, pneumoperitoneum

ABSTRACT

The use of abdominal X-ray is controversial in acute abdominal pain investigation. CT-scans are often preferred, yet accessibility to medical imaging can be difficult. Indeed, not all medical centres have a CT-scan Unit or a 24-hour access to this peculiar medical imaging thus increasing time to get a CT-scan. We report the case of a 64-year-old man, with atypical abdominal pain, for whom plain abdominal radiography showed pneumoperitoneum secondary to bowel obstruction. The abdominal X-ray enabled the medical care to be continued with the patient's consent.

Authors' affiliation:

Correspondent author: Sébastien BEROUD, MD

Hospices Civils de Lyon, Centre Hospitalo-universitaire Lyon Sud

Service d'Accueil des urgences

165 Chemin du Grand Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France

sebastien.beroud@chu-lyon.fr

Bérout S, MD

Hospices Civils de Lyon, Centre Hospitalo-universitaire Lyon Sud, Service d'Accueil des urgences, 69310 Pierre-Bénite, France

Article history / info:

Category: Case report

Received: May 23, 2018

Revised: June 20 2018

Accepted: Jul. 11, 2018

Conflict of interest statement:

There is no conflict of interest to declare

RÉSUMÉ

La place du cliché d'abdomen sans préparation est débattue dans l'exploration des douleurs abdominales aiguës. Le scanner est souvent préféré. Il se pose le problème de l'accessibilité d'une part à cette imagerie, tous les centres n'étant pas équipés ou n'ayant pas la possibilité de réaliser heures sur 24 heures un scanner, ainsi que des délais de réalisation de cet examen. Nous rapportons le cas d'un homme de 64 ans qui présentait des douleurs abdominales atypiques associées à un syndrome subocclusif, chez qui la réalisation d'un cliché d'abdomen sans préparation a permis l'objectivation d'un pneumopéritoine sur occlusion intestinale et a favorisé la poursuite de la prise en charge.

INTRODUCTION

La place du cliché d'abdomen sans préparation (ASP) est débattue dans le milieu médical. Cet ASP a été obtenu chez un sujet de 64 ans qui présentait un tableau clinique digestif atypique avec un syndrome occlusif à bas bruit. Cette iconographie très explicite illustre parfaitement un tableau occlusif avec pneumopéritoine. Ce cas clinique, tout en rappelant les limites de l'ASP, souligne les anomalies à identifier sur la lecture d'un ASP en cas de syndrome occlusif avec un pneumopéritoine.

CAS CLINIQUE

Un homme de 64 ans s'est présenté aux urgences pour un inconfort abdominal, prédominant en région épigastrique. On notait dans ses antécédents une hypertension artérielle sous amlodipine. Depuis une semaine, il présentait une gêne abdominale, avec ballonnement quasi permanent et des nausées intermittentes. Sa dernière selle remontait à cinq jours, les derniers gaz à 24 heures. Il a présenté un épisode de vomissement cinq jours avant sa venue aux urgences et un second la veille. Son anamnèse ne révélait pas d'altération de l'état général. Il se présentait un matin après avoir pris son café. Son abdomen était souple et indolore malgré un volumineux météorisme accompagné d'un franc tympanisme. Les bruits hydro-aériques (BHA) étaient conservés. Le patient était apyrétique avec de bons paramètres vitaux. Il se plaignait simplement de son ventre « gonflé » inhabituel. Le reste de l'examen était sans particularités. La biologie retrouvait une protéine C réactive à 68 mg.L⁻¹, des leucocytes à 12,5 G.L⁻¹ (dont dix de polynucléaires neutrophiles) et un bilan hépato-pancréatique normal. Depuis son admission, il se sentait mieux et voulait rentrer chez lui sans plus attendre. Devant des arguments pour une occlusion intestinale (diminution de la fréquence des selles, appétit moindre, vomissements, gêne abdominale avec météorisme), bien que le tableau ne soit pas complet, une imagerie était indiquée pour objectiver cette hypothèse et la préciser. L'activité du service d'accueil des urgences (SAU) étant importante à cette période de l'année (mi-décembre), avec un service d'imagerie déjà surchargé, le scanner n'était pas disponible dans l'immédiat ; ce d'autant qu'il n'existait pas de critère d'urgence (pas de défense, BHA présent, fait qu'il ait bu son café, absence de vomissement depuis son admission au SAU, soit un recul de six heures). Nous sommes parvenus à lui faire accepter la réalisation d'un ASP afin de « débrouiller » la situation et permettre d'orienter la conduite à tenir. L'ASP retrouvait un volumineux pneumopéritoine, associé à une distension colique et à des niveaux hydro-aériques de type colique (**Figure 1**). Cette imagerie nous a permis de convaincre le patient de la nécessité d'une hospitalisation et de lui obtenir un scanner abdomino-pelvien injecté dans des délais courts (une heure après l'ASP). Le scanner, outre la confirmation du pneumopéritoine, a mis en évidence une occlusion par une tumeur sténosante du sigmoïde, sans signe de souffrance des parois intestinales. Il n'a pas été retrouvé de brèche à l'origine du pneumopéritoine. Le patient a bénéficié d'une chirurgie le

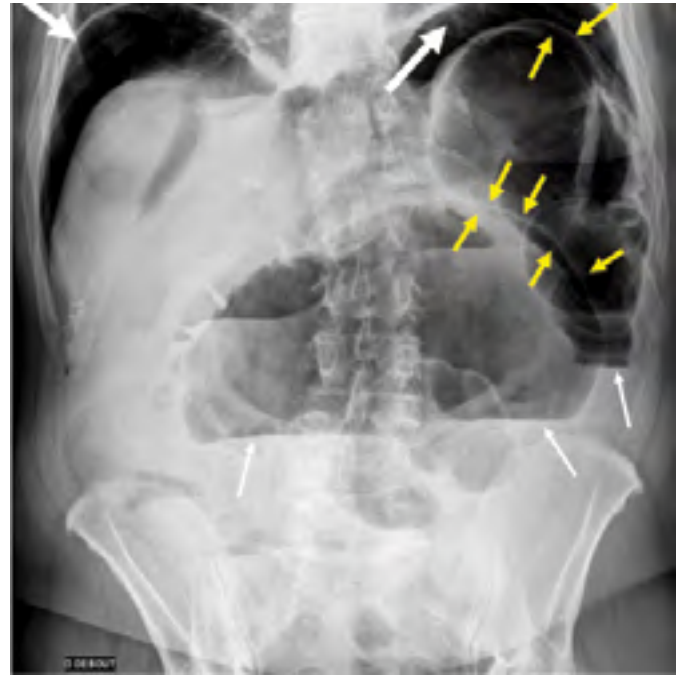


Figure 1 : Abdomen sans préparation debout de face. Cliché retrouvant une dilatation colique avec des niveaux hydro-aériques (flèches blanches fines). Absence de signe de distension de l'intestin grêle, en faveur d'une valvule iléo-caecale continente. Pneumopéritoine avec hyperclarté sous les deux coupoles diaphragmatiques (flèches blanches larges). Signe de Rigler [5], autrement appelé signe de la double paroi intestinale (flèches jaunes), visible lorsque de l'air se trouve de part et d'autre de la paroi intestinale. Ce signe est habituellement décrit sur des clichés effectués en décubitus dorsal. ©CHU Lyon Sud\ BeroudS

soir même, avec une colectomie totale et une anastomose iléo-rectale dans le même temps du fait de l'absence d'épanchement liquidien péritonéal. L'évolution à court terme a été bonne, avec un patient qui est entré dans la filière oncologique pour la suite des soins.

DISCUSSION

La place de l'ASP reste débattue dans la littérature [1]. En France, ses indications sont très restreintes, précisées par la Haute autorité de santé (HAS) [2], alors que l'ASP chez les anglo-saxons garde une place dans la stratégie d'exploration de certaines pathologies abdominales, notamment dans les suspicions de syndrome occlusif ou de perforation d'organe creux [3]. Pour certains auteurs européens, l'ASP a toujours une utilité aux urgences comme bilan de débrouillage lors de suspicion d'occlusion et de douleur abdominale haute [4]. Dans notre cas, le patient ayant une clinique aspécifique, l'ASP a permis, sans délai, de mettre en évidence un pneumopéritoine franc ainsi qu'une occlusion intestinale. Ces découvertes, bien que la probabilité prétest d'un tel rendement était faible, ont facilité une argumentation auprès du patient et ainsi ont permis de le convaincre de la nécessité d'une prise en charge hospitalière immédiate. L'ASP n'a pas remplacé le scanner, mais, dans ce cas particulier, nous a été utile pour orienter et accélérer la prise en charge. L'ASP a eu un rôle pédagogique auprès du patient, facilitant l'acceptation de la suite des soins.

Un ASP non contributif nous aurait probablement conduit, du fait du souhait fort et insistant du patient de sortir des urgences, à le laisser rentrer à domicile contre avis médical. Cette sortie se serait accompagnée d'une prescription d'un scanner abdomino-pelvien à faire dans les délais les plus brefs en ambulatoire et de consignes de surveillance. Cette attitude aurait été responsable d'un retard diagnostique avec indéniablement une aggravation de l'état clinique du patient et de son pronostic. Dans nos prescriptions d'examen radiologiques, il faut s'appuyer sur les référentiels nationaux lorsqu'ils existent ; et ce tout en sachant les adapter au fonctionnement du service dans lequel on travaille, notamment en cas d'absence de scanner ou de scanner ne fonctionnant qu'en horaire de journée. La rédaction de protocole peut permettre d'améliorer l'utilisation du plateau technique disponible en favorisant les soins les plus adaptés aux malades. Des membres du *Royal College of Radiologists* ont créé un poster didactique pour optimiser les prescriptions d'ASP [6]. Ils rappellent qu'un ASP entraîne une irradiation conséquente et qu'il est nécessaire d'en mesurer les conséquences dans nos prescriptions. Du fait que les services d'urgences et les services d'imagerie ne sont pas à l'abri d'événements (arrivée massive de patient, panne du scanner, panne d'ascenseur conduisant au scanner, etc.) il faut savoir fonctionner en situation dégradée. De plus, le scanner n'est pas universellement disponible 24 heures sur 24 heures dans tous les services d'urgences. Dans notre situation, bien que notre centre soit équipé d'un scanner c'est la forte suractivité au sein de notre SAU, résultant de la conjoncture particulière des fêtes de fin d'années avec une médecine de ville en retrait et l'épidémie de grippe qui sévissait, qui nous a conduit à réaliser chez ce patient un ASP en solution dégradée devant les délais d'obtention du scanner.

CONCLUSION

Ce patient avait une sémiologie trompeuse, néanmoins avec des arguments en faveur d'un syndrome oclusif. La conjoncture du SAU et du service d'imagerie de ce mois de décembre

(importante suractivité) nous a conduit à demander un ASP, examen souvent peu rentable dans les suspicions d'occlusion, ce pourquoi l'HAS lui préfère le scanner. Néanmoins, devant l'accessibilité de l'ASP et son faible coût, sa réalisation reste envisageable devant certains tableaux de douleurs abdominales (suspicion de perforation digestive ou d'occlusion intestinale).

En somme, en mode dégradé, on peut demander un ASP (« Yes we can !») devant certains tableaux digestifs, à condition de bien l'interpréter, et de connaître les limites de cet examen (faible rendement avec risques de faux négatifs). Un syndrome oclusif manifeste doit bénéficier en première intention d'un scanner abdomino-pelvien.

REMERCIEMENTS au docteur Olivia Le Saux pour l'aide à la rédaction de l'abstract en anglais.

RÉFÉRENCES

1. Gans SL, Stoker J, Boermeester MA. Plain abdominal radiography in acute abdominal pain; past, present, and future. *Int J Gen Med* 2012; 5:525-33.
2. Haute Autorité de Santé. Indications et non-indications de la radiographie de l'abdomen sans préparation. Rapport d'évaluation technologique. 2009 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_745656/fr/indications-et-non-indications-de-la-radiographie-de-l-abdomen-sans-preparation (dernier accès le 20 mars 2018).
3. American College of Radiology and the Society for Pediatric Radiology. Practice parameter for the performance of abdominal radiography (Resolution 2) 2016; <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Practice-Parameters/radabd.pdf?la=en> (dernier accès le 20 mars 2018).
4. Excoffier S, Poletti PA, Brandstatter H. Douleurs abdominales aiguës hautes: quelle imagerie? *Rev Med Suisse* 2013; 9:1710-4.
5. Ly JQ. The Rigler Sign. *Radiology* 2003; 228:706-7.
6. Soin S, Catriona R, Akkib R, Cheng F. Indications for Plain Abdominal films from the Emergency Department | The Royal College of Radiologists. 2016 <https://www.rcr.ac.uk/audit/indications-plain-abdominal-films-emergency-department> (dernier accès le 31 mai 2018).